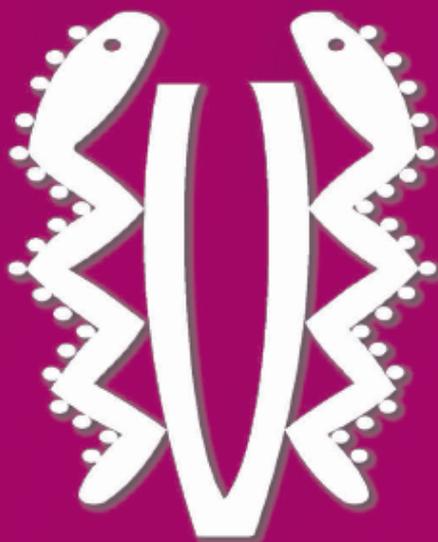


Revista Colombiana *de* **Bioética**

VOLUMEN 9 No. 1

ENERO - JUNIO DE 2014

ISSN 1900-6896



Revista Colombiana de Bioética

UNIVERSIDAD EL BOSQUE • DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA • ENERO - JUNIO DE 2014 • VOL. 9 N° 1 • ISSN 1900-6896

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad
y su sentido

PRESIDENTE DEL CLAUSTRO

José Luis Roa Benavides

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

Carlos Alberto Leal Contreras

RECTOR

Rafael Sánchez París

VICERRECTORA ACADÉMICA

María Clara Rangel Galvis

VICERRECTOR DE INVESTIGACIONES

Miguel Ernesto Otero Cadena

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Francisco José Falla Carrasco

REVISTA COLOMBIANA DE BIOÉTICA

ISSN 1900-6896

Es una publicación del Departamento
de Bioética de la Universidad El Bosque

PÁGINAS WEB

www.bioeticaunbosque.edu.co

www.unbosque.edu.co

COORDINADOR EDITORIAL

Nelson Molina Ramírez

DIRECTOR

Jaime Escobar Triana, *Ph. D.*

COMITÉ EDITORIAL

Carlos E. Vasco Uribe, Ph. D.

Universidad de Manizales

Juan Mendoza-Vega, M. D.

Academia Nacional de Medicina

Mario Hernández, Ph. D.

Universidad Nacional de Colombia

Sergio De Zubiría, Ph. D.

Universidad de Los Andes

Constanza Ovalle, Ph. D.

Universidad El Bosque

Gustavo Chirolla Ospina, Ph. D. (c).

Pontificia Universidad Javeriana

Mario Fernando Castro, Ph. D.

Universidad El Bosque

Luis Álvaro Cadena, Ph. D.

Universidad El Bosque

Jaime Escobar Triana, M. D., Ph. D.

Universidad El Bosque

Nelson Molina Ramírez, Ph. D. (c).

Universidad El Bosque

Arturo Liévano León, biól.

Universidad El Bosque

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Gilbert Hottois, Profesor Titular
Universidad Libre de Bruselas, Bélgica.

Marcelo Palacios, Presidente Sociedad
Internacional de Bioética, España.

Volnei Garrafa, Presidente Asociación
Brasileña de Bioética, Brasil.

Miguel Kottow, Profesor Titular Facultad
de Medicina, Universidad de Chile, Chile.

Pablo Simón Lorda, Profesor Escuela
Andaluza de Salud Pública, España.

Juan Carlos Tealdi, Director Programa
Bioética Hospital de Clínicas de
la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Kenneth Goodman, Director Programa
Ética de la Investigación,
Universidad de Miami, EE. UU.

Salvador Bergel, Cátedra UNESCO
de la Universidad de Buenos Aires.

Marcela Escobar-Gómez, M. D.
BiLingoLLC, Languaje Services

COLABORAN CON LA REVISTA COLOMBIANA DE BIOÉTICA

Juan Mendoza-Vega, M. D.

Universidad Nacional de Colombia
Profesor Titular y Emérito Colegio Mayor de Nuestra Señora
del Rosario. Bogotá, Colombia.

Joao Víctor Muñoz Durán, Ph. D.

Universidad de California.
Profesor investigador
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá.

Oscar Mejía Quintana, Ph. D.

de Pacífic W. University, Los Angeles.
Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia.

Héctor Fabio Ospina Serna, Ph. D.

Nova Southeastern University, Columbia
Profesor Universidad de Manizales.

Emilssen González de Cancino

Doctorado en Derecho. Universidad Autónoma de Madrid, España.
Profesora Titular Universidad Externado de Colombia.

Eduardo Rueda Barrera, Ph. D.

Doctor en Filosofía, Universidad del País Vasco (España).
Especialización en Bioética, Universidad El Bosque.
Profesor Asociado Instituto de Bioética
Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

José María Siciliani Barraza

Doctorado Université de Paris IV (Paris-Sorbonne), U.P.IV, Francia.
Profesor Titular Universidad de La Salle y
Universidad de San Buenaventura. Bogotá, Colombia.

Amparo Vélez Ramírez, Ph. D.

Doctorado en Filosofía. Universidad de Navarra (España).
Profesora investigadora Universidad El Bosque
y Universidad de La Sabana.

Con la colaboración del Grupo "Bioética, Ciencias de la Vida". Grupo reconocido por COLCIENCIAS. Esta publicación ha sido financiada por la **UNIVERSIDAD EL BOSQUE**.

© 2014
Universidad El Bosque
Departamento de Bioética

**PARA CONTRIBUCIONES,
SUSCRIPCIONES O CANJES**
Departamento de Bioética
Universidad El Bosque
Cra. 7B Bis N° 132-11
Tels.: 648 9036 - 648 9039
E-mail: bioetica@unbosque.edu.co
publicacionesbioetica@unbosque.edu.co
Bogotá, D. C. - Colombia

DEPÓSITO LEGAL
ISSN: 1900-6896

Periodicidad semestral

Número de ejemplares: 200

REVISTA COLOMBIANA DE BIOÉTICA

Admitida en: Índice de Publicaciones Científicas y Tecnológicas.
Publindex, Colciencias, Categoría B
<http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/>

Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. **Latindex**
<http://www.latindex.unam.mx>

Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. **Redalyc** <http://redalyc.vaemex.mx/>

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.
Lilacs. <http://lilacs.bvsalud.org/es/>

Biblioteca virtual para la vigilancia en salud pública de Colombia.
Bvs-vspcol. <http://www.bvs-vspcol.bvsalud.org/php/index.php>

Diseño e Impresión:
Editorial Kimpres
PBX: 413 6884 • Fax: 290 7539
www.kimpres.com
Bogotá, D.C., Colombia - junio de 2014

Contenido

Presentación.....	5
<i>Jaime Escobar Triana</i>	

Artículo de investigación

Consentimiento informado en odontología. Estudio histórico-interpretativo en Cundinamarca 1990-2010.....	7
<i>Informed consent in dentistry. Historical-interpretive study Cundinamarca Colombia 1990-2010</i>	
<i>Consentimiento informado em odontologia. Estudo histórico interpretativo em Cundinamarca Colômbia 1990-2010</i>	
<i>María Teresa Escobar López</i>	

Artículos de reflexión

El principio de precaución: Un discurso bioético para la producción de energía eléctrica en la sociedad del riesgo.....	126
<i>The precautionary principle: A bioethics discourse for the energy production in a risk society</i>	
<i>O princípio da precaução: Um discurso bioético para a produção de eletricidade na sociedade de risco</i>	
<i>Carlos Díaz Rodríguez</i>	

Aproximación a la posibilidad de una ciudadanía integral desde la autonomía, en perspectiva bioética.....	151
<i>Approach to the possibility of integral citizenship from the autonomy in bioethics perspective</i>	
<i>Abordagem para a possibilidade de uma cidadania integral de autonomia, a perspectiva bioética</i>	
<i>Nohora Joya Ramírez</i>	

Dilemas que enfrentan los enfermeros en la práctica profesional.....	172
<i>Dilemmas that nurses encounter in professional practice</i>	
<i>Dilemas enfrentados pelas enfermeiras na prática profissional</i>	
<i>Francy Hollminn Salas Contreras</i>	

Aspectos éticos de la investigación en salud en niños.....	183
<i>Ethical aspects on children's health research</i>	
<i>Aspectos éticos da pesquisa da saúde das crianças</i>	
<i>Martha Lucía Serrano López</i>	

Reseñas bibliográficas

Dignidad y diversidad humanas, de Gilbert Hottois.....	197
<i>Jaime Escobar Triana</i>	

Universidad, cultura y emancipación en América Latina, de Sergio De Zubiria Samper.....	201
<i>Constanza Ovalle Gómez</i>	

Filosofía y políticas editoriales.....	204
--	-----

Instrucciones para los autores.....	207
-------------------------------------	-----

Instructions for writers.....	210
-------------------------------	-----

Relación de artículos publicados 2012 y 2013.....	213
---	-----

Presentación

La Universidad El Bosque y su Departamento de Bioética presentan con satisfacción el volumen 9 (1) de su *Revista Colombiana de Bioética* que contiene un artículo de investigación, cuatro de reflexión y dos reseñas.

En «Consentimiento informado en odontología. Estudio histórico-interpretativo en Cundinamarca 1990-2010», María Teresa Escobar López da a conocer los resultados de su investigación, en el Área de Bioética y Salud, Línea Dilemas y Problemas en las Prácticas Clínicas, del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Este estudio histórico interpretativo muestra el surgimiento del consentimiento informado en odontología en Cundinamarca, desde la academia y las regulaciones legales hasta cómo lo conciben odontólogos, magistrados, expertos y su desarrollo en los procesos ético-disciplinarios. Evidencia las dificultades en la práctica odontológica en Cundinamarca y, con perspectiva bioética, propone líneas de solución.

En «El principio de precaución: Un discurso bioético para la producción de energía eléctrica en la sociedad del riesgo», Carlos Díaz Rodríguez hace una reflexión sobre la importancia que tiene la bioética en el discurso y la práctica en un mundo cada vez más amenazado por el deterioro del entorno. A partir del «principio de precaución» enfatiza en la importancia de la corrección y sobre todo de la prevención de daños medioambientales con graves consecuencias para los vivientes humanos y no humanos. La aplicación del citado principio busca proteger la vida en todas sus manifestaciones y su entorno frente a los riesgos presentes en la producción de energía eléctrica.

En «Aproximación a la posibilidad de una ciudadanía integral desde la autonomía, en perspectiva bioética», Nohora Joya Ramírez hace una reflexión sobre la autonomía, en el contexto de la bioética, y aboga por su fortalecimiento como una estrategia de emancipación y de recuperación de los códigos morales que son fundamentales en un sistema económico, y en relación con los recursos sociales que son importantes, pero no más que los seres humanos y sus derechos. La autora plantea la necesidad urgente de recuperar la autonomía fundamentada en la bioética, como una práctica no solo individual, sino social.

En «Dilemas que enfrentan los enfermeros en la práctica profesional», Francy Hollminn Salas Contreras hace una reflexión sobre los dilemas suscitados en la práctica, a partir de la formación y los saberes fundamentados en principios que los enfermeros reciben en las facultades. El artículo reflexiona sobre las clases de dilemas, sus elementos y las decisiones con enfoque bioético. Se ocupa de factores tan importantes como las desigualdades en la contratación de un recién egresado, el clima laboral, decisiones ante procedimientos tecnocientíficos frente a la vida, la confrontación entre los valores y principios personales y los institucionales de lo cual no siempre es posible encontrar soportes documentales.

En «Aspectos éticos de la investigación en salud en niños», Martha Lucía Serrano López destaca en artículo, no solo la importancia, sino el imperativo legal, de quienes investigan en salud en niños, de aplicar las normas internacionales y nacionales sobre ética y de la importancia de la investigación en niños. Además del riguroso

apego a los lineamientos normativos enfatiza en las características particulares de los niños y en su vulnerabilidad, como personas y como sujetos de investigación, lo que exige no olvidar su autonomía y su incapacidad, para dar un consentimiento informado, lo que exige la representación de los padres o tutores.

Finalmente, dos reseñas: una de Jaime Escobar Triana sobre el libro *Dignidad y diversidad humana*, del filósofo belga Gilbert Hottois, reconocida autoridad mundial en bioética, en el cual los estudiosos de este tema encontrarán un formidable aporte doctrinal sobre la especie humana, su dignidad y su diversidad; y otra de Constanza Ovalle Gómez sobre el libro *Universidad, cultura y emancipación en América Latina*, del filósofo colombiano Sergio de Zubiría

Samper, reconocido educador e investigador de temas sociales, en la cual se identifican, con un riguroso enfoque histórico, los problemas y dilemas que enfrenta la universidad en occidente, tipifica sus crisis y reflexiona por su sentido, su finalidad y su futuro.

Como siempre, esperamos que esta nueva edición tenga utilidad para todos y despierte el interés de la cada vez creciente comunidad de bioeticistas.

Jaime Escobar Triana, M.D., Ph.D.
Director del Departamento de Bioética
Universidad El Bosque
Bogotá, Colombia
Junio de 2014

Consentimiento informado en odontología. Estudio histórico-interpretativo en Cundinamarca 1990-2010*

*Informed consent in dentistry. Historical-interpretive study
Cundinamarca Colombia 1990-2010*

*Consentimiento informado em odontologia. Estudo histórico
interpretativo em Cundinamarca Colômbia 1990-2010*

María Teresa Escobar López**

Resumen

El consentimiento informado es un proceso reciente, lleva unas cuantas décadas incorporándose en el campo de la salud. Nació en investigación con seres humanos, se impuso inicialmente en respuesta a la forma como se venía realizando la investigación y pensando básicamente garantizar el respeto a las personas y su autonomía¹. Se incorporó en la atención clínica hace menos de 50 años², producto de problemas éticos donde estaban comprometidas la autonomía de los pacientes, la información y la toma de decisiones. Emergió, fundamentalmente, como expresión del principio de autonomía. En Colombia se empezó a aplicar en odontología desde la década de los noventa, como una exigencia legal frente a los procesos disciplinarios éticoprofesionales³ y no como resultado de la concienciación, por parte de los profesionales

* Esta es una investigación doctoral original, en el Área de Bioética y Salud, Línea Dilemas y Problemas en las Prácticas Clínicas, del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Director Luis Álvaro Cadena Monroy, P h. D. profesor investigador del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Documento entregado el 13 de enero de 2014 y aprobado el 20 de junio de 2014.

** Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia; magíster en Bioética, Universidad El Bosque; doctora en Bioética, Universidad El Bosque; profesora asociada Facultad de Educación y Humanidades Universidad Militar Nueva Granada. Correos electrónicos: mtescobar@hotmail.com; maria.escobar@unimilitar.edu.co

¹ El Código de Núremberg de 1947 Incluye por primera vez el consentimiento informado como protección de los sujetos participantes en investigación, básicamente como respuesta a los juicios en Núremberg donde fueron juzgados quienes habían realizado experimentos crueles e inhumanos en los campos de concentración en la segunda guerra mundial.

² En relación con la práctica clínica, se utilizó por primera vez en 1957 en una corte de California, Estados Unidos, en la jurisprudencia del famoso caso *Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*.

³ Ley 35 de 1989, *Código de Ética del Odontólogo Colombiano*, crea los Tribunales de Ética Odontológica en el país, y la Resolución 13437 de 1991 reglamenta sobre los derechos de los pacientes. Se inicia así la consideración legal sobre el tema. A partir de la Resolución 1995 del 2000 se exige legalmente el documento escrito. Véase Ley 35 de 1989. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, marzo de 1989 y Resolución 13437 de 1991. Diario Oficial Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia, 1 de noviembre de 1991.

y de los pacientes, de su papel en la cualificación de la relación clínica⁴. Poco se ha estudiado de manera específica⁵, tanto en relación con otros principios como en el contexto de las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas donde se aplica⁶. Por tanto, es necesario indagar las estrategias y los recorridos que se han dado en la práctica clínica y en las leyes, para aplicar el proceso de consentimiento informado en odontología.

Esta investigación es un estudio histórico-interpretativo que analiza cómo surge el consentimiento informado en odontología en Cundinamarca, cómo aparece en la academia, las regulaciones; cómo lo conciben odontólogos, magistrados expertos en el tema y cómo se desarrolla en un escenario clave: los procesos ético disciplinarios. Se busca evidenciar los problemas que presenta su implementación en la odontología, particularmente en el caso de Cundinamarca, con el fin de proponer líneas de solución en perspectiva bioética.

Palabras clave: Odontología, consentimiento informado, estudio histórico, ética profesional, bioética.

Abstract

Informed consent is a recent process that has been incorporated for a few decades in the health field. The process was developed in human research, as a response to the way in which human research was being conducted, to guarantee respect and autonomy for human beings. Less than 50 years ago it was integrated in the clinical field, due to ethical issues where patient autonomy, information and decision-making were compromised. It appeared primarily as an expression of the principle of autonomy. In Colombia, the process started its application in dentistry since the nineties, as a legal right in face of the disciplinary ethical-professional proceedings rather than a result of professionals and patients' awareness of its role in the qualification of the clinical setting. Little has been specifically studied, both in relation to other principles and in the context of economic, social, cultural and political conditions where it is applied. Therefore it is necessary to examine the strategies and pathways that have formed, both in clinical practice and in regulations, in order to implement the informed consent process in dentistry.

This research is an interpretive historical study that analyzed the development of dentistry informed consent in Cundinamarca – Colombia. It addresses its appearance in the academy, its regulations: the conception of dentists and skilled judges on the topic, and its development in a key scenario: the ethical disciplinary process. The research seeks to highlight the problems for its implementation in dentistry, particularly in the case of Cundinamarca, in order to recommend solutions from the bioethics perspective.

Key words: Dentistry, informed consent, historical study, professional ethics, bioethics.

Resumo

O consentimento informado é um processo incorporado alguns décadas atrás em o profissão de saúde. Realizado por pesquisas sobre humanos, para descobrir à forma como se fazia a pesquisa e pensando para garantir

⁴ ESCOBAR, María. «Consentimiento informado en odontología. Más que un problema legal, un asunto para reflexionar sobre la relación odontólogo-paciente y la odontología en general». En *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*, (210):, 2004, pp. 42-53.

⁵ La generalización sobre la teoría del consentimiento informado no es adecuada debido a las diferencias que suelen ocurrir entre las diversas prácticas que se realizan en salud, si bien se han ido esclareciendo puntos claves entre el consentimiento informado en investigación y clínica todavía el recorrido respecto a las diferentes especialidades y actividades clínicas esta por ser trabajado.

⁶ Como se pudo constatar en estudios anteriores. Es importante resaltar como recientemente en textos como el de Manson, N., and O'Neill, O., *Rethinking informed consent in Bioethics*, se advierte la preocupación por la comunicación y la confianza. Experto en el tema, como Pedro Simón Lorda; alude a condiciones de acceso y equidad así como tener en cuenta la pluralidad, pero sin llegar a profundizar en asuntos de suma importancia para nuestro contexto, como la diversidad cultural, problemas de justicia sanitaria, diferencias en cuanto a profesiones y profesionales de la salud temas de especial relevancia y directamente relacionados con los problemas que enfrentamos a la hora de ver la implementación del consentimiento informado en odontología.

basicamente o respeito pelas pessoas e sua autonomia. Cadastrado em clínicas após de 50 anos atrás, por causa da problemas éticas da onde foram cometidos aos doentes, informações de decisão. Esse surgiu primeiramente como uma expressão do postulado da autonomia. Em Colômbia, começou a ser aplicado em odontologia desde os anos 1990s, como uma direito legal contra os processos ético-disciplinares em vez do resultado da consciência por parte dos profissionais e pacientes sobre o qualificações do ambiente clínico. Pouco tem sido estudado especificamente, não só em relação a outros postulados mas também no contexto das condições econômicas, sociais, culturais e políticas, onde foi aplicado. Por isso, é necessário investigar as estratégias e caminhos que têm ocorrido na prática clínica e na lei, para implementar o processo do consentimento informado e realizado em odontologia.

Esta pesquisa é um estudo histórico interpretativo que analisou a forma em que o consentimento informado em odontologia surge em Cundinamarca - Colômbia, aborda como ele aparece nos regulamentos da academia; como é planejado pelos dentistas e pelos juízes qualificados sobre a tema, e como isso se desenvolve no cenário principal: processos disciplinares de ética. Destina-se a destacar as problemas de aplicação em odontologia, principalmente no caso de Cundinamarca, a fim de propor soluções numa perspectiva bioética.

Palavras-chave: Odontologia, consentimento informado, estudo histórico, ética profissional, bioética.

«La bioética hoy en día constituye una investigación de frontera entre las ciencias de la vida y varias disciplinas filosóficas, principalmente la ontología y la ética».

JULIANA GONZÁLEZ

Introducción

El consentimiento informado en salud es un proceso joven e incipiente que busca garantizar el derecho del paciente a recibir información sobre salud y así propiciar la toma de decisiones autónomas y responsables. Como proceso, requiere ser pensado desde y para cada campo de saber y de práctica, puesto que las generalizaciones y estandarizaciones no son adecuadas en la intención de incorporarlo en las profesiones y actividades en salud, de una manera apropiada. Comienza a aplicarse en la odontología colombiana en la década de los noventa, para cumplir, básicamente, con una exigencia legal, como se ha podido constatar en investigaciones llevadas a cabo en universidades e instituciones hospitalarias, donde se analizó la percepción, el conocimiento y uso de formatos escritos.

El consentimiento informado ha sido objeto de interés personal y profesional desde 1995.

En sucesivos estudios se han detectado problemas que la presente investigación trata, esta vez, apoyándose en el análisis histórico interpretativo. Se revisaron documentos de consentimiento informado de catorce facultades de odontología y se contrastaron con formatos ideales elaborados para dicha investigación⁷; igualmente, se realizaron entrevistas y encuestas a profesionales de dos hospitales y dos clínicas universitarias de cuatro diferentes ciudades del país⁸.

⁷ Se consideran formatos ideales los que se elaboran a partir de los fundamentos legales y teóricos existentes cuando no existen parámetros anteriores. En este caso, ante la ausencia en el medio académico y de práctica de la odontología, se elaboraron teniendo en cuenta la Constitución Nacional de 1991, la Declaración de los Derechos de los Pacientes: Resolución 13437, Ley 35 1989 y la Resolución 1995 de 1999, jurisprudencias sobre relación odontólogo-paciente, recomendaciones internacionales y el criterio de expertos. Para una ampliación sobre el tema véase ESCOBAR, María. Consentimiento informado en odontología y sus especialidades. Bogotá: Feriva, 2009.

⁸ En los estudios llevados a cabo se revisaron formatos de instituciones educativas y percepción del consentimiento informado en profesionales en ejercicio. La observación participante al interior de dos de las instituciones ayudó a establecer que existían pro-

Dichos estudios mostraron que la incorporación del consentimiento informado ha sido más un proceso legal y no una toma de conciencia por parte del profesional de la odontología o del paciente poseedor de derechos. El consentimiento no se habría empleado como un instrumento para cualificar la atención clínica, más bien surge en los procesos disciplinarios ético-profesionales, las jurisprudencias⁹ y las estadísticas de problemas en la relación odontólogo-paciente. Hoy, las fallas en el consentimiento informado ocupan el segundo lugar en debilidades probatorias ante casos de responsabilidad ética, según lo publicó Fepasde¹⁰ en la indagación llevada a cabo, tanto con odontólogos como con abogados de los Tribunales Nacional y de Cundinamarca. Esta investigación corroboró que el documento escrito es primordialmente entendido como un requisito que se debe cumplir, una obligación legal que genera sanción.

Desde su formulación en la investigación con humanos, el consentimiento informado se ha relacionado primordialmente, y en algunos casos de forma exclusiva, con el criterio de autonomía. Pero, ¿A qué tipo de autonomía se refiere? Se trata de la autonomía considerada como libertad para decidir, como *condición del individuo que de nadie depende en ciertos aspectos*¹¹, planteamiento teórico vital para el entendimiento de la autonomía moral y del

ser humano como gestor de sus decisiones en salud. Sin embargo, se debe analizar la autonomía a la que se refiere el consentimiento informado como una condición relacionada con consideraciones de justicia en la prestación de servicios, puesto que, en buena parte, la elección está unida con la capacidad de pago y con los criterios de cubrimiento de servicios, en nuestro caso, el denominado Plan Obligatorio de Salud (POS)¹².

Cabe preguntarse si las condiciones en que se realiza la prestación de servicios de salud, específicamente considerando las exclusiones que establece la Ley 100 de 1993, favorecen la autonomía de los pacientes en odontología. ¿Se puede hablar de decisión libre e informada donde existe bajo cubrimiento de actividades básicas de salud oral y donde puede correr riesgo la vida del paciente?¹³ ¿Las decisiones de los pacientes pueden desvincularse de los cada vez más elevados costos de la odontología? Si un paciente comprende bien y opta por un determinado tratamiento pero no puede pagarlo, ¿de cuál autonomía hablamos? En profesiones como la odontología, donde las investigaciones, la propaganda y el mercado tienden a la creación de necesidades, ¿con qué criterio se evalúa? ¿Cómo deciden las personas? ¿Cómo influye el entorno social y cultural en ello?

En gran parte, la atención en salud oral está condicionada por el pago del servicio y esto incide de manera importante en la relación profesional-paciente. Si bien se persigue la salud y el bienestar de los «usuarios», se trata

blemas en la implementación y aplicación del consentimiento informado. Ver referencias de los estudios en la bibliografía.

⁹ TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Manual de Ética Odontológico. Legislación, jurisprudencia y doctrina*. Bogotá: Jurídicas Gustavo Ibáñez, 2000.

¹⁰ MÉDICO-LEGAL. *Revista colombiana para los profesionales de la salud*. Bogotá: Fepasde. (4) 2005, p. 21. Comportamiento de los procesos éticos en odontología. El consentimiento informado ocupa el segundo lugar como falla en debilidades probatorias en casos de responsabilidad ética odontológica, después de una deficiente historia clínica que ocupa el primer lugar.

¹¹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. 21.a ed. Tomo 1, Madrid 1992, p. 234.

¹² El POS es el Plan Obligatorio de Salud establecido por la Ley 100 de salud en Colombia, que incluye en odontología tratamientos como exodoncias, endodoncias y operatoria, pero excluye atención fundamental como la necesaria para tratar la enfermedad periodontal, las mal-oclusiones, la rehabilitación oral fundamentalmente, porque son servicios costosos, etc.

¹³ El tema fue trabajado en el texto: ESCOBAR, María. «Exclusión y bioética: estudio de caso de enfermedad periodontal». Artículo presentado como requisito para la candidatura del doctorado en bioética (sin publicar).

de un asunto de compra y venta, por tanto, condicionado directamente por el pago, por la oferta y la demanda, aspecto ampliamente trabajado por autores como Consuelo Ahumada, Iván Ilich, María Guzmán¹⁴. Las relaciones comerciales en salud son generadoras de desconfianza. En las sociedades surgen cuestionamientos como: ¿Hasta dónde los profesionales están influenciados por asuntos financieros? ¿Qué tanto cuenta el beneficio del paciente? Tales cuestionamientos son fundamentales si aceptamos y entendemos que, en últimas, la relación entre el paciente y el profesional de salud es el depósito de una confianza en una conciencia¹⁵.

Tanto las consideraciones anteriores como los cuestionamientos planteados, suscitan una gran pregunta: ¿Cuáles han sido las estrategias y las trayectorias desarrolladas en la práctica clínica, en las leyes y en los procesos disciplinarios ético-profesionales, en cuanto a la aplicación del proceso de consentimiento informado en odontología en nuestro medio, a partir de la década de los noventa?

Esta investigación se planteó como objetivo establecer la trayectoria del proceso de consentimiento informado en odontología, a partir de la década del noventa, teniendo en cuenta los contextos históricos, profesionales y legales en que surgió en el departamento de Cundinamarca, Colombia, los motivos de queja y ámbitos en que surgen los procesos disciplinarios éticopro-

fesionales a los odontólogos en Cundinamarca, en los que esté implicado el consentimiento informado, así como los cambios que la dinámica del consentimiento informado ha ocasionado en las formas de interacción odontólogo-paciente.

La investigación busca hacer aportes desde la bioética al considerar los contextos históricos, profesionales y legales en que surgió el consentimiento informado en odontología en Colombia. Logra mostrar que, para mejorar el proceso de consentimiento informado y entender su papel en la cualificación de la relación odontólogo paciente, es necesario tener en cuenta el contexto social, político, cultural y social. Se demuestra que es necesario estudiar el proceso de consentimiento informado para entender los cambios que ocasiona en las formas y contextos de interacción en los encuentros odontólogo-paciente.

1. METODOLOGÍA

En lo fundamental, la investigación se adelantó apoyándose en la metodología cualitativa. Se utilizaron técnicas de revisión documental en libros y revistas de odontología, análisis de contenido de todos los procesos éticoprofesionales del tribunal de Cundinamarca, novecientas cincuenta y seis quejas, para seleccionar aquellos relacionados con consentimiento informado (180). Se entrevistaron a 19 expertos, entre magistrados y abogados de los tribunales, además de 34 odontólogos, para describir la relación entre la incorporación del consentimiento informado como una exigencia legal y la forma como se incluye en la práctica clínica odontológica. Con lo encontrado se reconstruyó e interpretó, a partir de los principales escenarios donde se desarrolla, la historia del consentimiento informado en odontología en el departamento de Cundinamarca.

¹⁴ Para una mayor comprensión y ampliación del tema véase: GUZMÁN María. *Aspectos conceptuales de la Reforma sanitaria de Colombia*, Bogotá: Kimpres-Universidad El Bosque 2010. AHUMADA, Consuelo. «Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina». En *Revista Panamericana de Salud Pública.*; 25(1), 2009, pp. 84-92. ILLICH, Iván, *Némesis médica*. En obras reunidas I. México: Fondo de Cultura Económica, 2006, «Introducción».

¹⁵ Aforismo usado para referirse a la relación profesional paciente, véase: PORTES, Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris: PUF, 1954. Citado por DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*. Montreal: Université de Montréal FIDES. 1999, p. 114.

Se utilizó la información existente en archivos, publicaciones de libre acceso y opiniones de informantes, estas últimas, fuentes anónimas. Según la Resolución 8430 de 1993, esta fue una investigación sin riesgo. Se realizó dentro de los más estrictos contextos científico-investigativos. El trabajo realizado es original e incluye fuentes primarias y secundarias. Para el sustento teórico se recurrió a fuentes bibliográficas diversas las cuales se anotaron en citas y en la bibliografía en el momento en el que a ellas se recurría.

Metodológicamente, la investigación se basa en tres componentes: 1) Revisión documental; 2) Análisis de contenido a los procesos disciplinarios éticoprofesionales; 3) Entrevistas a informantes clave: expertos de los tribunales de ética odontológica de Cundinamarca y tribunal nacional, y odontólogos en ejercicio con práctica clínica desde 1995, o antes. Los procesos éticodisciplinarios y entrevistas se analizaron mediante el programa informático Atlas Ti, versión 5.0 Se profundiza en aspectos problemáticos detectados en estudios previos, hacia la búsqueda de soluciones y propuestas desde la bioética.

2. RESULTADOS

2.1 CONTEXTOS HISTÓRICOS, PROFESIONALES Y LEGALES EN QUE SURGIÓ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SALUD EN LAS SOCIEDADES DE OCCIDENTE

2.1.1 Revisión documental: Se adelantó una revisión documental principalmente a partir de los años noventa, en libros y revistas de odontología, para establecer cómo se inicia el abordaje del consentimiento informado, teniendo en cuenta leyes o resoluciones, así como la inclusión de la temática en la academia.

En estudios como este, la revisión documental es una herramienta fundamental, puesto que dichas exploraciones son parte de la reconstrucción histórica que se pretende. Esta estrategia tuvo como principal objetivo conocer y delimitar el ámbito en que se desarrolla la investigación, pero también ayudó a enriquecer el marco conceptual mediante la información proporcionada. También sirvió para delimitar objetivos específicos y recoger información sobre aspectos concretos del diseño, estrategias, pautas de seguimiento, criterios de selección, determinación del tamaño de muestra, prevención de problemas, etcétera¹⁶.

Adicionalmente, tal revisión buscó seguir la trayectoria del Consentimiento Informado en Odontología a través de lo escrito en la Ciudad de Bogotá y el Departamento de Cundinamarca, Colombia. Se hizo énfasis en textos acerca de la relación odontólogo paciente para ver si existían aproximaciones a la autonomía o al consentimiento de pacientes.

Se hizo una búsqueda directa, en artículos y libros, de escritos sobre consentimiento informado en odontología. Principalmente se revisó lo escrito en Cundinamarca en el periodo 1990-2010. También se hizo una revisión documental relacionada con el tema, teniendo en cuenta, como criterios de búsqueda, la relación odontólogo paciente, la autonomía en odontología, la información en odontología. Se presentan aquí los resultados de dicha indagación, anticipando que realmente son pocas las aproximaciones teóricas. En libros se presenta, de manera específica y para el

¹⁶ Tanto en investigación cualitativa como cuantitativa y en clínica epidemiológica se resalta lo valioso de la revisión documental y el estado de la cuestión. Véase al respecto: ARGIMON, Josep y JIMÉNEZ Josep. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier, 2004 pp. 117-124 y CASTELLANOS, Carlos. *Estrategias de investigación en metodología cualitativa*. Bogotá: Guadalupe, 1996.

caso colombiano, uno del Tribunal Nacional de Ética odontológica¹⁷.

En 2002, se realiza un estudio sobre consentimiento informado en odontología, donde se evalúan documentos escritos y se realizan sugerencias de categorías imprescindibles y aconsejables, que luego se complementan, editan y se publica un libro al respecto en 2009, de mi autoría. En 2003 se publican jurisprudencias sobre consentimiento informado, como doctrina. Otro libro sobre consentimiento informado, cuyo autor es el doctor Benjamín Erazo, magistrado y ex presidente de la Federación Odontológica Colombiana¹⁸, fue publicado en 2007. Ahí se realiza un abordaje general sobre el consentimiento informado y el autor analiza algunos artículos que tocan directamente el tema, también desde una perspectiva general, que puede ser aplicada a cualquier campo o actividad en salud.

2.1.2 Estado del consentimiento informado en odontología en Colombia: El consentimiento informado inicia su aparición en los procesos disciplinarios ético-profesionales, las jurisprudencias¹⁹ y las estadísticas de problemas en la relación odontólogo-paciente, entre los años 1994 y 1996. Se empieza a aplicar de manera práctica y escrita en documentos, fundamentalmente pensados desde lo legal en algunas facultades de odontología y en instituciones hospitalarias donde se hace atención

odontológica en niveles II y III de atención²⁰. En el estudio llevado a cabo en 2001, nueve de las 14 facultades de odontología de ACFO²¹ ya habían iniciado el estudio del tema²².

A partir de estas informaciones, puede afirmarse que el consentimiento informado en la odontología colombiana comienza a aplicarse a mediados de la década de los noventa, para cumplir básicamente con una exigencia legal, como se ha podido constatar en investigaciones llevadas a cabo desde 1995. Dichas investigaciones dieron cuenta, en primer lugar, de su sustento teórico y los fundamentos bioético-filosóficos, para luego proceder a realizar estudios prácticos. Estos últimos, llevados a cabo en universidades e instituciones hospitalarias, donde se analizó percepción, conocimiento y uso de formatos escritos.

En un primer estudio, realizado en 1995²³ en los Tribunales de Ética de Odontología en Colombia, sobre quejas ético disciplinarias, se hizo evidente que existían dificultades en la relación profesional paciente, se observó que no se aplicaba el consentimiento²⁴ o que la información era deficiente, y asuntos como el pronóstico eran subvalorados en la historia clínica y en la información al paciente. Esto

¹⁷ TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Op. cit.*, pp. 30-39.

¹⁸ HERAZO, Benjamín. *Consentimiento informado: Para procedimientos, intervenciones y tratamientos en Salud*. Bogotá: Ecoe, 2007.

¹⁹ TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Manual de ética odontológico*. Legislación, jurisprudencia y doctrina. Bogotá: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez, 2000. Incluye jurisprudencias sobre relación profesional paciente: riesgo previsto. pp. 24-25 sentencias de 1997 y sobre consentimiento (no se enuncia como consentimiento informado sino solamente como consentimiento con relación a la advertencia de riesgo) p. 26. Sentencia 1995. Todas del tribunal de Antioquia.

²⁰ Según la Resolución 5261 de 1994 los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. Véase Resolución 5261 de 1994. Ministerio de Salud, Bogotá, 5 de agosto de 1994.

²¹ Asociación colombiana de facultades de odontología que en ese momento incluían esas catorce (14) facultades.

²² ESCOBAR, María. *Consentimiento informado en odontología*. *Op. cit.*, 2002. Para una mayor comprensión e información sobre los hallazgos. Ver capítulo cinco. Estudio de la aplicación del consentimiento informado en odontología. Revisión de formatos de las facultades adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología: ACFO.

²³ DUQUE, Mary y ESCOBAR María. *Aplicación del método casuístico a quejas ante tribunales de ética odontológica en Colombia en: Experiencias en bioética: primera promoción de especialistas*. Colección *Bios y Ethos*. (1). Bogotá: Ediciones El Bosque, 1997, pp. 115-125.

²⁴ DUQUE y ESCOBAR. *Op. cit.*, 1997, p.120.

llevó a revisar la problemática alrededor del consentimiento, encontrando que en Colombia no existía literatura al respecto, al menos en los primeros años de la década del noventa, y ya empezaban a verse problemas como información deficiente, no advertencia de riesgos, secuelas u otras consecuencias de procedimientos y tratamientos, etcétera²⁵.

El acercamiento al nuevo proceso que comenzaba a implementarse en la profesión odontológica, carecía de aportes teóricos, de consideraciones clínicas en su aplicación y, al menos, de documentos escritos que lo formalizaran. No se encontró elemento alguno que sugiriera se estuviera llevando a cabo en la atención clínica regular de odontología. El consentimiento informado, el cual para algunos bioeticistas era la nueva forma que adoptaba la relación profesional paciente (años noventa en Colombia), estaba remitido casi exclusivamente a la investigación y la medicina clínica hospitalaria, básicamente cirugía, por el alto grado de materialidad propio de esta actividad²⁶. Odontólogos con especialidad en cirugía, entrevistados para esta investigación (de ello se hablará en detalle en capítulos siguientes), corroboran que es en los hospitales donde se realizan cirugías maxilofaciales donde escuchan por primera vez la expresión «consentimiento informado» relacionada con esta profesión²⁷ (solo para dicha especialidad y cuando la atención se hacía en quirófano, pues tratamientos como extracción

de cordales, no pasaron en un comienzo, por la mediación del documento escrito de consentimiento informado).

El consentimiento informado es «el eje sobre el que giraría la nueva relación enfermo médico (REM)»²⁸. El problema en la profesión odontológica, si tenemos en cuenta las quejas ético disciplinarias que llegaron a dichos tribunales, espacios donde se empieza a utilizar el término y a visualizar el proceso, es que se acudía a él más por las quejas y reclamos de pacientes que por el conocimiento de la profesión sobre un proceso que, como derecho y deber legal, era nuevo y en el que existía la necesidad de ofrecer información, además de considerar y respetar la autonomía y la libre elección.

Rastreadas las fuentes escritas de este primer momento del consentimiento informado en odontología en Colombia (1990-1995), encontramos que publicaciones como la Revista de la Federación Odontológica Colombiana, revistas de asociaciones de especialistas, revistas y publicaciones de universidades como Nacional, Javeriana y El Bosque, no reportan ningún acercamiento teórico o práctico. Se puede afirmar que en ese momento el consentimiento informado era un proceso incipiente y poco conocido en odontología.

Al revisar la teoría del consentimiento informado en lo relacionado con la profesión odontológica, se encontró que la literatura al respecto era muy escasa y provenía básicamente de la bioética en la profesión médica. El estudio realizado para aplicar el método casuístico proveniente de la bioética entre 1995 y 1996²⁹, reveló la existencia de problemas en la relación profesional paciente y en la información a los pacientes, lo que llevó a proponer un estudio

²⁵ Problemas recurrentes en las quejas ético disciplinarias sin que aun aparezca el término consentimiento que se menciona por primera vez en 1996.

²⁶ El consentimiento informado en cirugía y sobre todo relacionado con la aplicación de la anestesia general serán los primeros procedimientos en incorporar formatos para autorizar, «el ingreso al quirófano». En derecho este alto grado de materialidad del riesgo que representan algunas actividades clínicas como la anestesia le otorgan la obligatoriedad y aumentan la necesidad de información amplia y suficiente.

²⁷ Entrevistas a odontólogos en ejercicio, con más de medio tiempo de actividad clínica y graduados antes de 1995.

²⁸ GRACIA, Diego. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho, 1998, p. 57.

²⁹ DUQUE, Mary y ESCOBAR, María. *Op. cit.*, pp. 115-125.

más sobre consentimiento informado en esta profesión. Se inicia así una investigación sobre consentimiento informado en odontología como trabajo de maestría en bioética en la Universidad el Bosque³⁰.

La investigación tuvo una primera parte teórica que demostró la necesidad de buscar elementos prácticos y específicos de la teoría del consentimiento en odontología en Colombia. Así, se abordaron jurisprudencias de consentimiento informado en este campo³¹. Inicialmente se tuvo en cuenta lo legislado por el Tribunal de Ética Odontológica de Antioquia, el cual, en providencia del 15 de noviembre de 1995, habla de la necesidad del consentimiento del paciente con relación a la advertencia de riesgo y refiere que, si bien en la Ley 35 de 1989 no se exige «firma autenticada del paciente al autorizar los tratamientos, aunque desde el punto de vista probatorio civil esto pueda ser más conveniente», de todas maneras, afirma el magistrado ponente, debe «registrarse en la historia la advertencia de riesgo» y debe darse una «información adecuada y clara según las condiciones particulares de cada individuo».

Son las jurisprudencias de las altas cortes las que, desde el derecho, han dado forma a la actual teoría del consentimiento informado. En ellas, en primera instancia, es importante citar los pronunciamientos del Consejo de Estado. Para ello, se deben enunciar algunos referentes jurisprudenciales de importancia, como los siguientes: Sentencia del Consejo de Estado, Radicado 7795, 9 de julio De 1993. Ahí se sienta un precedente básico cuando se asegura que «no es válido un consentimiento verbal. Cuando es posible aplazar la intervención médica, sin consecuencias

mortales para el paciente, es necesario obtener el consentimiento expreso y escrito». Corte Constitucional. Sentencia T-401 de septiembre 12 de 1994. La cual se pronuncia sobre el derecho que tiene todo paciente a rehusar la aplicación de un determinado tratamiento sobre su cuerpo. Corte Constitucional. Sentencia T-474/96, 25 de septiembre de 1996, según la cual no es válido el consentimiento del menor adulto (hace referencia al menor maduro) que pone en riesgo su vida y «prevalece el consentimiento paterno». Estas sentencias, como se ve, van a dar parámetros sobre aspectos importantes del consentimiento informado.

Es importante resaltar la Sentencia de mayo 3 de 1999³², en que se pronuncia el Consejo de Estado frente a un caso donde el consentimiento informado es calificado de deficiente al no referirse a procedimientos específicos, ni a las consecuencias, ni a posibles secuelas o riesgos. También se dijo que adolecía de causa lícita porque «la renuncia previa a reclamaciones por daños derivados de hechos ilícitos, culposos y, en el caso de las personas jurídicas de derecho público, por falla en el servicio, no puede ser admitida».

En este sentido, la sentencia sienta bases, de manera minuciosa, acerca de la necesidad de informar riesgos y posibles consecuencias, al advertir que el consentimiento informado contenido en el proceso tiene problemas por no especificar actividades y procedimientos, pero también es importante por resaltar vicios en el consentimiento, pues no se tiene en cuenta de forma adecuada el criterio de capacidad por tratarse de un menor de edad. Adicionalmente, alude a como se incluyen renunciaciones que en su momento solo buscan la protección del profesional frente a posibles demandas, sin cumplir con el deber de informar adecuadamente.

³⁰ ESCOBAR, María. *Consentimiento informado en odontología*. Trabajo de Grado (magister en Bioética). Bogotá: Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, 2002.

³¹ TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Op. cit.*, pp. 26-27.

³² CONSEJO DE ESTADO. Sentencia del 3 mayo de 1999. Hospital Militar vs. Menor que queda parapléjica por intervención. Vicios en el consentimiento.

Es de relevancia particular la Sentencia del Consejo de Estado de enero 24 de 2002³³, ya que en ella se sientan bases relacionadas con la importancia del consentimiento informado, en el sentido de colocarlo como «expresión de los derechos fundamentales a la autonomía y libre desarrollo de la personalidad del paciente...». De esta manera, en Colombia, como ocurrió en las famosas sentencias de 1907 sobre el derecho a la libre autodeterminación de las personas y la de 1957, en los Estados Unidos, donde por primera vez se habló de *consentimiento informado* y se reconoció que no basta con realizar de manera correcta los procedimientos técnico científicos, tales sentencias del Consejo de Estado son enfáticas en resaltar que, si no se informa y el paciente no tiene posibilidad de aceptar o no un tratamiento, no hay ni puede haber consentimiento informado, teniendo en cuenta que no debe faltar «... información sobre el tipo de intervención que se le realizaría, ni sobre sus posibles riesgos ni alternativas de tratamiento...»³⁴. Deja clara la necesidad de incluir imprescindiblemente, dentro de un consentimiento informado, advertencias sobre riesgos y alternativas de tratamientos. El Consejo de Estado, en este caso, condena al pago de perjuicios porque se negó al paciente la oportunidad de decidir no operarse y posiblemente no quedar con las secuelas mencionadas.

De manera similar, esta sentencia proporciona elementos claros y claves para legislar sobre consentimiento informado, al aseverar que «el consentimiento debe ser ilustrado, idóneo y concreto, y que su prueba corre a cargo del demandado»; igualmente, da parámetros respecto a categorías que también se tornan imprescindibles en el consentimiento, a partir del pronunciamiento: «Importa el conocimiento

sobre las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual va a ser sometido. La decisión que tome el paciente es en principio personal e individual.

En ese orden de ideas, la información debe ser adecuada, clara, completa y explicada al paciente; y constituye un derecho esencial para poner en ejercicio su libertad». Del mismo modo, la sentencia da por sentadas unas bases claras sobre la necesidad de consentimientos específicos (no genéricos), la importancia de informar con lenguaje claro y entendible, además de los criterios de oportunidad y secuencia, al incluir en la sentencia que «El consentimiento idóneo se presenta cuando el paciente acepta o rehúsa el procedimiento recomendado luego de tener una información completa acerca de todas las alternativas y los posibles riesgos que implique dicha acción...». Esto es, se trata de que el paciente tome la decisión que crea más conveniente con posterioridad a este ejercicio. Continúa dicha sentencia, «...en los actos posteriores de ejecución, cuando se requiere una intervención quirúrgica ampliatoria, no vale el consentimiento dado para la primera intervención, lo que resulta claro es que necesita una nueva declaración legítima del paciente».

Más adelante, se refiere a que «el consentimiento que exonera, no es el otorgado en abstracto, in genere, esto es para todo y para todo el tiempo, sino el referido a los riesgos concretos de cada procedimiento; sin que sea suficiente por otra parte la manifestación por parte del galeno en términos científicos de las terapias o procedimientos a que deberá someterse el paciente, sino que deben hacerse inteligibles a este para que conozca ante todo los riesgos que ellos implican y así libremente exprese su voluntad de someterse, confiado a su médico».

³³ _____, Radicado 12706 M. P. Jesús María Carrillo Ballesteros. 24 de enero de 2002.

³⁴ *Ibid.*

Estos antecedentes jurisprudenciales son el marco a seguir, son la guía pertinente en la costumbre del derecho y de esa forma lo entienden y aplican los tribunales de odontología, por homologación de criterio³⁵, como se vio en las sentencias de los Tribunales de Ética Odontológica, noviembre 15 de 1995, donde ya se menciona la necesidad del consentimiento y la necesidad de la información o, la sentencia del 12 de diciembre de 1997, de la seccional de Antioquia, la cual hace referencia a la necesidad de informar del riesgo previsto.

Es importante aclarar que la base de estos pronunciamientos es la Constitución de Colombia. En odontología, están expresados en la Ley 35 de 1989 o Código de Ética del Odontólogo Colombiano, capítulo II, donde habla de relación profesional paciente y hace énfasis en la libertad de elección y la necesidad de informar sobre riesgos e incertidumbres que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento odontológico, y también la resolución sobre derechos de los pacientes³⁶.

En perspectiva bioética, en el marco de la maestría de la Universidad el Bosque, en 2001 se investigó sobre consentimiento informado y su aplicación en odontología, para ver cómo se aplicaban formatos de consentimiento informado y qué motivaba su aplicación. Se encontró que existía una diversidad de abordajes en los pocos formatos escritos de consentimiento informado en odontología. Como en medicina, se observó que especialmente se remitía a ellos cuando se trataba de tratamientos quirúrgicos, e inició a implementarse pensando en cubrir toda la profesión odontológica con formatos generales, algo no recomendable. Se revisaron catorce documentos de consentimiento infor-

mado de nueve (9) facultades de odontología, los cuales se contrastaron con formatos ideales³⁷ elaborados para dicha investigación, pues en ese momento se carecía de los parámetros mencionados anteriormente.

Es importante resaltar un primer hallazgo: Uno solo de los formatos cumplía el 57 % de categorías consideradas imprescindibles para este tipo de documentos escritos, y fue el que más las contemplaba. Por lo demás, se encontró que existían formatos con un bajísimo cumplimiento de categorías fundamentales (hubo uno con 7 %), puesto que carecían de algo tan obvio como la firma de quién daba su consentimiento. Todo esto llevó a proponer 14 formatos para diferentes actividades y especialidades odontológicas³⁸, los cuales hacían énfasis en lo imprescindible de realizarlos de manera específica para procedimientos y especialidades, lo importante de utilizar lenguaje sencillo y la necesidad de adecuarlos a cada contexto social y cultural en un país como el nuestro, pluriétnico y multicultural. Con posterioridad a esta investigación, se realizaron, específicamente para odontología, dos investigaciones más para ver percepción³⁹ y conocimiento⁴⁰ acerca del con-

³⁵ Así lo expresan y confirman los expertos consultados en esta investigación. Abogados asesores y secretarios de tribunales: Nacional y de Cundinamarca.

³⁶ Resolución 13437 de 1991. *Op. cit.*

³⁷ ESCOBAR, María. *Consentimiento informado en odontología y sus especialidades*. Bogotá: Feriva, 2009. Publicación completa del estudio realizado. Allí se presentan 5 formatos ideales que se elaboraron en el 2001, a partir de los fundamentos legales y teóricos existentes, técnica utilizada cuando no existen parámetros anteriores. En este caso, ante la ausencia en el medio académico y de práctica de la odontología, se elaboraron teniendo en cuenta la Constitución Nacional de 1991, la Declaración de los Derechos de los Pacientes: Resolución 13437, Ley 35 1989 y la Resolución 1995 de 1999, jurisprudencias sobre relación odontólogo-paciente, recomendaciones internacionales y el criterio de expertos.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ CHARRY, Mario y LÓPEZ, Jackeline. *Percepción sobre consentimiento informado en profesionales de los hospitales de Arauca y Fusagasugá*. Tesis de grado (Título de odontólogo) Bogotá: Universidad El Bosque, Facultad de Odontología, 2005.

⁴⁰ JARA, Sonia y BRAVO, Nunila. *Conocimiento sobre consentimiento informado en docentes de una clínica odontológica universitaria*. Tesis de grado (Título de odontólogo). Bogotá: Universidad El Bosque, Facultad de Odontología, 2006.

sentimiento informado, mediante entrevistas a profesionales de dos hospitales y dos clínicas universitarias, localizadas en cuatro diferentes ciudades del país. Los estudios mostraron que la incorporación del consentimiento informado ha sido más un proceso legal, en vez de una toma de conciencia por parte del profesional de la odontología o del paciente poseedor de derechos. Además, se encontró que este procedimiento no se había empleado como una herramienta para cualificar la atención clínica en el país sino, básicamente, como requisito a cumplir⁴¹.

Se resalta que algunos de los hallazgos de estas investigaciones fueron presentados como doctrina por parte del Tribunal Nacional de Ética Odontológica, publicado en un texto oficial del tribunal: «Manual de ética odontológica: legislación, jurisprudencia y doctrina»⁴², en la página 12 de dicho texto en 2003. También se cita en los documentos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses por el experto en odontología forense, doctor Alfonso Casas y en las sentencias del Tribunal de Cundinamarca. Esto deja ver que, aun cuando en medicina la producción de escritos en libros y revistas es bastante (así no sea suficiente), en la odontología colombiana es muy escaso, a menos que provenga de las jurisprudencias.

2.1.3 Antecedentes generales

2.1.3.1 Surgimiento del consentimiento informado en salud: El consentimiento informado

⁴¹ Esto se pudo comprobar en los estudios ya descritos en los que se revisaron los formatos de 14 universidades que en su momento formaban parte de ACFO Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. También en los estudios sobre percepción y conocimiento del consentimiento informado en profesionales en ejercicio. Allí se comprobó que los odontólogos fueron incorporándolos más por la presión legal e institucional que por ver en él una posibilidad de cualificación.

⁴² Tribunal Nacional de Ética Odontológica. *Op. cit.*, pp. 12-25.

surge de la investigación en salud con el Código de Núremberg de 1948 y se empieza a hablar de él como respuesta a los juicios realizados, en esa misma ciudad, a médicos nazis que participaron en experimentos inhumanos⁴³. Desde allí se hizo indiscutible la necesidad de regular y legislar sobre el derecho a ejercer la autonomía y velar por el respeto a la dignidad humana. Se incluye en los Estados Unidos en 1957 en la práctica médica clínica, a partir de la sentencia judicial en el caso Salgo⁴⁴, donde la jurisprudencia se pronunció de manera clara sobre la necesidad de su inclusión en la atención en salud, aunque ya desde 1914 con el caso Schloendorff⁴⁵ se había planteado la problemática sobre la responsabilidad médica ante el manejo de la información y la importancia de tener en cuenta la autodeterminación del paciente.

La exigencia de libre consentimiento a nivel internacional y de los Estados se consolidó con la Declaración de Helsinki en 1964 y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966⁴⁶, en cuyo artículo 7 quedó definitivamente establecida su obligatoriedad. Allí es claro que debe ser entendido como derecho humano a la integridad. Así mismo, el informe de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de

⁴³ Véase juicios de Núremberg 20 de noviembre de 1945 a 1 de agosto de 1946 y la respuesta casi inmediata. Código de Núremberg 1947. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de abril de 2012]. Disponible en http://www.dib.unal.edu.co/normas/etica_nuremberg.html

⁴⁴ GARZÓN, Fabio. *Aspectos bioéticos del consentimiento del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable*. (9) N°2 Bogotá: Editorial UMNG. Véase capítulo de fundamentación histórica del consentimiento informado, para una mayor ampliación del tema. Sentencia Caso Salgo. V. Leland Stanford Jr. University of Trustees, 2010, p. 49.

⁴⁵ SIMON, Pablo. *Consentimiento informado. Historia teoría y práctica*. Madrid: Triacastela. 2000. 1914: Caso Schloendorff. V. Society Of New York Hospitals: «Se pronuncia sentencia de derecho de autodeterminación de los pacientes» por el Juez B. Cardozo.

⁴⁶ TEALDI, Juan. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Red bioética. Bogotá: Unesco- Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 214.

Europa en 1976, se refiere a la información como un derecho básico, y en los años ochenta se incorpora sistemáticamente en las legislaciones nacionales a nivel mundial. Como se ve, esta breve descripción muestra el vínculo innegable del surgimiento del proceso de consentimiento informado en salud e investigación con aspectos legales.

2.1.4 Aspectos legales y contexto de la forma cómo se inicia la aplicación del Consentimiento informado en la odontología colombiana

2.1.4.1 Fundamentos: Colombia es un Estado social de derecho que se suscribe a los tratados internacionales y es parte altamente contratante. Así, el Estado colombiano firma las disposiciones internacionales en orden de derechos humanos en general. En ese sentido, en su constitución, leyes y regulaciones expresa su compromiso de cumplimiento a nivel nacional e internacional.

Es fundamental tener en cuenta que desde lo legal, la constitución está por encima de resoluciones, decretos y leyes. Es como reza ella misma y lo expresa en el artículo cuatro, *norma de normas*. De esta manera se entiende que son los artículos de la constitución, los que dan parámetros para que se redacten las leyes y se instauren decretos y resoluciones por parte del Estado y los organismos de revisión y control. En el asunto que nos ocupa, en el artículo dos de la constitución, al mencionar *los fines esenciales del Estado*, queda establecido, como deber, «*facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan*», igualmente en el artículo 16 de la constitución de 1991 dice que en Colombia «*todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico*», el artículo 18 asegura que *se garantiza la libertad*

de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia. El artículo veinte *garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial.* Así, estos artículos se constituyen con base en disposiciones en materia de libertad de decisiones, en este caso en salud, específicamente frente a la atención odontológica.

En la odontología colombiana empezó a pensarse en su aplicación a partir de la Ley 35 de 1989, en la que explícitamente se enuncia, en el capítulo 2, artículo 5, el deber del odontólogo de «*informar al paciente de los riesgos e incertidumbres*» de tratamientos⁴⁷, y también en la Declaración de los Derechos de los Pacientes, hecha norma en Colombia mediante la resolución 13437 de 1.991, en cuyo artículo 1, inciso 2, establece, respecto al paciente «*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. Como vemos, se aplican estos postulados en odontología aun cuando la Ley establece que es el médico. La asimilación tiene que ver con la consideración de la odontología como una profesión médica, que utiliza medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, preven-

⁴⁷ Cabe anotar que la Ley 35 de 1989 es en mucho la adaptación de la Ley 23 de 1981 del *Código de Ética del Médico Colombiano*, que menciona básicamente lo mismo en el artículo cuarto.

ción, pronóstico y tratamiento, etc., del sistema estomatognático⁴⁸.

En 1992 inicia labores el Tribunal de Ética de Cundinamarca, dando cumplimiento a la Ley 35 de 1989 y su decreto reglamentario 491 de 1990, el cual ordena la creación en el país de los Tribunales de Ética Odontológica, y se asignan sus funciones. Cabe destacar que una de las primeras quejas que llegan a este tribunal es un proceso que instaura una madre porque a su hija menor de edad le realizaron una exodoncia sin información ni consentimiento.

En 1999, la Resolución 1995 establece normas para el manejo de historias clínicas y en el artículo 11 establece que el Consentimiento Informado es un anexo de la historia clínica, lo que da parámetros para que el documento escrito se exija en los tribunales de ética, lo cual comienza a hacerse hace algunos años.

Posteriormente, en 2006, el Ministerio de protección social emite la resolución 1043, *por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones*. A partir de allí, las secretarías elaboran unas guías para la habilitación de la prestación de servicios de salud y, de esta manera, en el estándar 6, aparece el consentimiento informado como parte de historia clínica y registros asistenciales. Así, pasa a ser exigido en cumplimiento del Decreto 1011 de 2006 que estructura el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual fue creado con la intención de mantener

y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

A partir de esto, la Secretaría de Salud de Bogotá estableció unos parámetros sobre los cuales asesora a las entidades y prestadores en servicio de odontología acerca del contenido del documento de consentimiento informado, teniendo en cuenta el anexo técnico que dice: «las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado»⁴⁹. Teniendo en cuenta este mandato, dicha secretaría realiza las asesorías a los prestadores incluyendo unas recomendaciones sobre el consentimiento informado, entre ellas: conceptos generales, contenido del documento de consentimiento informado y lo que NO debe contener. Las recomendaciones, si bien ayudan a orientar a los profesionales, también incluyen puntos problemáticos que se discuten todavía en la academia y que, desde lo legal, pueden generar dificultades por lo ambiguo que puede resultar su interpretación. Ejemplo; el decir que otro procedimiento no previsto pueda ser realizado a *criterio, evidencia clínica, formación y experiencia del profesional*. Solo aclara que se evitará realizar procedimientos electivos. También da pie a problemas dejar en manos de las instituciones la decisión de da o no copia del consentimiento, cuando esto también le compete al paciente, si este pide una copia, lo deseable y legítimo sería que él la tenga en su poder.

Recientemente, diciembre de 2009, el Ministerio de la Protección Social elaboró unas guías técnicas que denominó «*Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Paquetes Instruccionales*»⁵⁰. En ellos hay

⁴⁸ Ley 35 de 1989. Código de ética del odontólogo colombiano. En la declaración de principios establece entre otros estos elementos para definir la odontología.

⁴⁹ Anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006; numeral 6.7. Secretaría Distrital de Salud. 3 de abril de 2006.

⁵⁰ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Paquetes instruccionales. Guía técnica buenas prácticas para la atención del paciente en la atención en salud. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, 2009.

uno titulado *Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado*, en cuya realización participó la Dirección General de Calidad de Servicios. Este documento, desafortunadamente, inicia excluyendo la profesión odontológica, pues refiere que «la instrucción del presente paquete, está dirigida a todo el personal profesional de enfermería, médicos y terapeutas, así como a los auxiliares de enfermería, y camilleros, que participan directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución».

Más adelante ya en el texto del documento, se habla de práctica clínica en salud pública y privada y, de esta manera, se entiende que también queda incluida la práctica no hospitalaria. En dos ocasiones refiere «dentistas» y, en otras tres, profesionales de la salud, lo cual incluiría la profesión odontológica. Aquí surgen problemas porque legalmente en Colombia los profesionales de odontología no son llamados dentistas, el título profesional hasta 1981 fue doctor en Odontología y luego pasó a ser odontólogo(a). Históricamente, hubo dificultad para distinguir a quienes se les denominaba *dentistas de oficio, empíricos o teguas* y quienes, según la Ley 10 de 1962⁵¹, pueden ejercer legalmente la profesión odontológica⁵². En este sentido, mientras en otros países el término dentista tiene una legitimación y legalización, en Colombia no. Para la profesión, en general, suele ser una manera peyorativa de nombrar a los odontólogos(as).

⁵¹ Ley 10 de 6 de abril de 1962. «Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología». Diario Oficial Congreso de la República. 6 de abril de 1962.

⁵² Para un análisis riguroso del tema véase DUQUE, Camilo y LÓPEZ, Héctor. *La odontología en Colombia. Historia, Cultura y Sociedad*. Bogotá: Universidad El Bosque. 2002. Tomos 1 y 2. Este trabajo de investigación en dos tomos realiza una minuciosa revisión de la historia de la odontología y el paso de oficio a profesión. También puede consultarse: PAYARES, Carlos y ARANGO, Alberto. *Consideraciones socio históricas de la odontología en Colombia y Antioquia*. Medellín: Luz María Montoya Hoyos (Ed.), 1991, p. 272.

En ese documento se habla de «requerimientos básicos necesarios» para que sea válido el consentimiento informado: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Igualmente, definen el consentimiento informado como «una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y sus beneficios, cualquier alternativa disponible. Quedando constancia de la anuencia mediante la firma de un documento». Se trata, entonces, de una exigencia legal frente a los procesos disciplinarios éticoprofesionales⁵³.

El documento escrito se exigirá de manera obligatoria con la Resolución 1995 sobre historias clínicas en el año 2000, la cual incluye en el artículo 11 la consideración de anexo a «las autorizaciones quirúrgicas (consentimiento informado)... declaración de retiro voluntario».

En resumen, la consideración legal inicia con la Ley 35 de 1989 del Código de Ética del Odontólogo Colombiano, y continúa consignándose en la Resolución 13437 de 1991 sobre los derechos de los pacientes. El documento escrito y su exigencia en odontología se legalizan con la Resolución 1995, sobre historias clínicas, en el año 2000, con las jurisprudencias sobre exigencia de los documentos escritos y hoy, sobre todo, se ha vuelto un asunto de calidad en la atención con el Anexo Técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006, emanada por el Ministerio de la Protección Social.

2.1.4.2 Incursión del consentimiento informado en la academia: La odontología profesional surge hace apenas siglo y medio. Pasó de ser un oficio ejercido por barberos, cirujanos,

⁵³ Ley 35 de 1989 Código de Ética del Odontólogo Colombiano. 1989 y Resolución 13437 de 1991, sobre los derechos de los pacientes.

cirujanos-barberos, dentistas-trashumantes, dentistas, herrero-cirujanos, etc., a ser una profesión legalmente constituida y escolarizada. Se funda en Bogotá el primer sitio para su enseñanza y la primera asociación de profesionales formados en los Estados Unidos. El médico Vargas Paredes, quien luego sería llamado el padre de la odontología en Colombia, encabezó el grupo de profesionales que impulsó la odontología institucional en el país⁵⁴.

La profesión inicia su escolaridad bajo los preceptos de las ciencias positivas de la modernidad, con la implementación, en pleno furor, del método experimental moderno, de las técnicas en el contexto de las sociedades liberales modernas, muy influenciadas por la Revolución Francesa, la Revolución Industrial y la Revolución Norteamericana. Todo ello a tenor de la reciente independencia de España, en un país que se empezaba a configurar como estado liberal democrático, de grandes contrastes económicos, sociales y políticos que lo habrían de llevar a constituirse en la democracia, subdesarrollada o en vía de desarrollo, como prefiera llamarse, de hoy.

La profesión médica en Colombia, inicia la escolarización en la cátedra de medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, bajo los preceptos del modelo francés⁵⁵, tres

siglos antes que en odontología. Por su parte, la profesión odontológica inicia su capítulo de enseñanza y escolarización en el siglo XIX con una estructura curricular basada en el modelo norteamericano⁵⁶, en el contexto de sociedades capitalistas de mercado que, dicho sea de paso, le proporcionan una serie de características que mantiene hasta hoy, las cuales ampliaremos más adelante. Bajo tutelaje del modelo norteamericano, abre sus puertas en 1887 el Colegio Dental de Bogotá, primero en el país, al igual que lo había hecho en los Estados Unidos de Norteamérica el Colegio Dental de Baltimore en 1839.

Como lo muestran en su exhaustivo análisis histórico López y Duque⁵⁷, el afán lucrativo que movía este empeño va a incidir en su forma de desarrollo y la manera de concebir la odontología en nuestro entorno. Según lo explican: «El colegio debería estar organizado y regentado como todos los colegios dentales americanos. Las asignaturas teóricas y prácticas versarían sobre ramas de la medicina, la cirugía y la mecánica dental»⁵⁸. Todas las asignaturas (siete inicialmente) en el plan de estudios, estaban estrictamente relacionadas con materias básicas como química, física, técnicas, fundamentación teórica como anatomía, fisiología, y practicas dentales directas como operatoria dental, patología, cirugía, materia médica y terapéutica. La odontología colombiana mantendrá su ascendente norteamericano hasta hoy.

Un elemento interesante de resaltar en el tema que nos ocupa, es que la ética va a ser tocada

⁵⁴ DUQUE, Camilo y LÓPEZ Héctor. *La odontología en Colombia. Historia, Cultura y Sociedad*. Bogotá: Universidad El Bosque, 2002. Realizan una detallada descripción de los planes de estudio y sus ajustes en la formación de las primeras escuelas en Bogotá, Cartagena y Medellín. En el tomo I de su riguroso trabajo de la historia de la odontología colombiana. Se debe tener en cuenta que la institucionalización (Tomo II) de la odontología en América es un capítulo que data del siglo XIX a diferencia del europeo. Cabe recordar como Pierre Fauchard padre de la odontología y su texto el cirujano dentista publicado en 1728 rompían con la tradición europea de guardar celosamente el conocimiento para sí.

⁵⁵ Este contexto histórico está amplia, y generosamente trabajado por el grupo de historia de la medicina y la salud dirigido y coordinado por Emilio Quevedo y con la participación de investigadores de la talla de Néstor Miranda y Mario Hernández. Véase su reciente y más amplia producción realizada en un ambicioso

proyecto financiado por Tecnoquímicas: *Historia de la medicina en Colombia*. Publicación en tomos iniciada en 2007 con tomo 1 2008 tomo 2. Véase para odontología cita anterior.

⁵⁶ DUQUE y LÓPEZ. *Op. cit.*, p.76.

⁵⁷ *Ibid.*, pp. 241-447.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 292.

en la reunión de la *American Dental Association* en 1859. La naciente profesión, antes de hablar de temas deontológicos, se propuso realizar un *código de ética profesional* cuya principal intención era la *marginación y diferenciación* de sectores del quehacer en salud oral⁵⁹. Al respecto, cabe aclarar que sobre este tópico en particular se moverán intereses de toda índole, pues en ello debemos tener en cuenta que, en lo fundamental, estamos hablando de la transición de un quehacer como la asistencia en salud oral de tiempos inmemoriales, vista como un oficio, a uno profesional e institucionalizado bajo las perspectivas de la modernidad y la sociedad capitalista: restricciones en el ejercicio, limitación en la educación, selección en la participación en asociaciones, creación de patentes, monopolio de la producción y del conocimiento. Consideraciones diferentes de la fidelidad a un estatus particular, es decir el de profesional de la odontología, solamente se van a ver en cuanto al trato hacia los pacientes, en general muy relacionadas con comportamientos que ayuden al éxito de un tratamiento o información al paciente sobre higiene oral y costos, pero donde lo que prima es la *incomunicación, uno manda y otro obedece*⁶⁰.

2.1.4.3 Bioética y consentimiento en odontología. Asuntos problemáticos: Es necesario tener en cuenta que en la década de los 80 y 90, en la academia, están ausentes los contenidos de bioética y/o los éticocolegales de la profesión. En algunos casos, están presentes escasos contenidos en las asignaturas de salud pública, o del componente social⁶¹ o algunas

horas relacionadas con la implementación de la Ley 35 del 89, con la bioética. Excepcionalmente, como se dio en la Universidad El Bosque y la Universidad Javeriana, hubo una asignatura de bioética donde se incluían contenidos de Ley y de la corriente principialista. Estas asignaturas tendrán la característica de estar siempre ligadas a las despectivamente denominadas «costuras», materias de poca valía en el *pensum* académico a nivel de créditos o peso insignificante en la malla curricular, es decir de poca importancia dentro de la formación de los odontólogos. En ellas, aunque escasamente, se empieza a hablar sobre el respeto por la autonomía del paciente, la libre elección de tratamientos, el respeto por sus decisiones, etc.

Si bien se observa cierta incursión de algunos profesionales de la odontología en la bioética, la incursión de la bioética en la odontología sigue siendo una *asignatura pendiente*, dado que su incorporación en todos los planos y con dedicación, está por realizarse. Esta problemática, que se refleja en la aplicación e implementación del consentimiento informado, es compartida con otras profesiones y otros países⁶², donde se incluye Colombia y América Latina en general.

Un elemento básico a tener en cuenta es que la odontología, en general en el mundo occidental, es una profesión que en la sociedad se rige en gran medida por el mercado, una práctica con costos muy elevados y tecnologías cada vez más esquivas para la mayoría de la población, precisamente por lo caras. Esta misma condición incide de manera directa en el cubrimiento en salud oral, gene-

⁵⁹ *Ibid.*, p. 265.

⁶⁰ JÁCOME, Sofía y NIEVA, Blanca. «Representaciones sociales del proceso salud enfermedad». En *Revista de la federación odontológica colombiana*. (57) 1999. pp. 10-59. Al respecto véase el análisis documental sobre el tema en estado de la cuestión.

⁶¹ NIEVA, Blanca y JÁCOME, Sofía. La enseñanza de la ética en las facultades de odontología. Estudio realizado en ACFO. Bogotá: 2006.

⁶² SIMON, Pablo. «El Consentimiento Informado. Abriendo nuevas brechas». En *Problemas prácticos del Consentimiento Informado*, Barcelona: Publicación de la Fundación Víctor Grífols I Lucas (5), 2002. En este texto se realiza un análisis detallado en el cual participaron un buen número de expertos.

ralmente bajo en muchos países⁶³, especialmente de América Latina⁶⁴.

Como vemos, el proceso que inicia legalmente su implementación a partir de la mitad de la década de los noventa no es fruto de una revisión académica juiciosa que quiere incorporar las nuevas tendencias de la sociedad, en cuanto al respeto por el individuo, las minorías, los derechos humanos, la dignidad humana, o la concienciación por parte de los profesionales y los pacientes de su papel en la cualificación de la relación clínica. En la academia se rige por los avances científicos pero es cada vez más influenciada por la dinámica del mercado y la industria de los medios de comunicación que, debe decirse desde ya, reorientan las necesidades de atención en salud en cuanto a tratamiento o prevención de las enfermedades y promoción de la salud oral. Se consolida, cada vez con más fuerza, la llamada medicina del deseo en que la odontología juega un papel primordial debido a la importancia de los dientes y la boca.

El sistema estomatognático no solo es en esencia el objeto de estudio de la odontología, sino un punto central de interés en la sociedad de mercado que entiende que allí está un poderoso campo de acción donde se aplican, de ma-

nera sistemática y organizada, las estrategias creadas para «canalizar nuestras decisiones»⁶⁵, entre las que se cuentan *los análisis motivacionales, el psicoanálisis de masas, el estudio en profundidad*⁶⁶, entre muchas estrategias en las cuales participan expertos de diversas disciplinas a saber; antropólogos, psicólogos y trabajadores sociales, etcétera⁶⁷ y las cuales suelen ser incorporadas sin mayor discusión o reflexión por parte no solo de los pacientes, sino de los profesionales en salud oral.

Así, los estereotipos de belleza y bienestar que se van imponiendo hoy a la sociedad apuntan a explotar conocimientos que las ciencias sociales y humanas aportan sobre los seres humanos como compradores, en este caso de «salud oral», se trata de técnicas de mercadeo dirigidas a persuadir a los consumidores, quienes creyéndose libres y autónomos, deciden, por ejemplo, diseños de sonrisa, dientes más blancos, arcadas más parejas, apariencia joven o natural y son convencidos de que lo más costoso es lo mejor o que lo privado es de mejor calidad que lo público.

2.1.4.4 Contexto del surgimiento del consentimiento informado en la corriente principialista de la bioética. Presupuestos para tener en cuenta en la incursión de la autonomía en las sociedades actuales: Kant postulaba, en su obra *Crítica de la razón práctica*, que la ilustración es la salida del hombre de su minoría de edad, que los hombres son fines en sí mismos y, por tanto, es el hombre quien debe darse a sí mismo sus propias leyes. De esa manera, es

⁶³ La OMS en su Informe sobre la salud bucodental. (Ginebra, 2004). Se afirma que los «efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5 % y el 10 % del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo».

⁶⁴ OPS-OMS desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud -la salud bucal- programa HSD de la ODD. Washington. 1993 Conclusiones del taller sobre salud bucal en los sistemas locales de salud auspiciado o la OPS, el ministerio de salud de Venezuela la FOLA/ ORAL, OFEDO /UDUAL en 1991 en ese informe muestran que la población en general en América latina tenía un bajo cubrimiento en salud oral relacionado con la concentración de odontólogos en determinados sectores (la ciudad por ejemplo), también con la forma individualista de prestación del servicio, los recursos económicos, los servicios institucionales que cubrían un porcentaje pequeño de población y con servicios de mala calidad, intervención tardía, elevados costos que la hacen inaccesible a la mayoría de la población.

⁶⁵ PACKARD, Vance. *Las formas ocultas de la propaganda*. México: Hermes, 1998, p. 9.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 10.

⁶⁷ Para una mayor comprensión del tema véase texto citado anteriormente donde se menciona como se explora con estrategias de mercado el subconsciente, la sexualidad, la culpa, el deseo, los temores las frustraciones, etc. para generar necesidades, crear gustos, condicionar conductas, manipular el comportamiento humano del que no se escapa las necesidades en salud.

autónomo⁶⁸. Las acciones morales, se puede decir, son la expresión de la autonomía, es en las acciones morales donde logramos libertad⁶⁹. A su vez, el filósofo y político utilitarista del siglo XIX, Stuart Mill, concibe al ser humano como libre, capaz de elegir, caracterizado por buscar fines y no únicamente medios, fines que, además, cada persona persigue de diferente manera. En los postulados de Stuart Mill se habla de una sociedad caracterizada por ser abierta, tolerante y lejos del dogmatismo. Plantea que, mientras más rica y plena sea la vida de los seres humanos, más amplio es su campo de acción, mayores sus posibilidades y oportunidades⁷⁰.

En estos dos pensadores hay fundamentos filosóficos para las sociedades autónomas y liberales de la modernidad, a partir de estos criterios se han forjado muchos de los elementos en que se respaldan las sociedades liberales actuales, igualmente sirven de soporte y son tomados y citados como fundamento para pensar la autonomía, desde la teoría del consentimiento informado⁷¹. Sus conceptos se han constituido en la base de las legislaciones sobre autonomía y derechos de los individuos. Sin embargo, lucen problemáticos cuando se ven como principios universales puros y desligados de los contextos sociales.

Al respecto, es fundamental plantear aquí la discusión acerca del trato preponderante que se ha dado en la bioética anglosajona al principio

de autonomía. Muchas de las críticas tienen que ver justamente con este asunto. La pregunta es si realmente esa ha sido la mejor vía para dar respuesta a los cada vez más acuciantes dilemas que plantea la sociedad de hoy, y si con esto logramos fundamentar de manera adecuada la búsqueda del respeto a las personas, su dignidad y el ejercicio de su libertad.

En el *Diccionario latinoamericano de bioética*, capítulo sobre la libertad, se analiza lo problemático que resulta en los inicios de la bioética y específicamente cuando se enuncia el principio de respeto a la persona humana en el informe Belmont, pensar el consentimiento solamente respecto a la autonomía individual, donde la libertad queda reducida a la capacidad de elección⁷². Se estaría perdiendo la posibilidad de ver la libertad como potencia de acción, como posibilidad de relación. En la mirada, por ejemplo, de Sen⁷³ se habla sobre la libertad como la posibilidad de *proyección de un plan de vida propio*. De esta manera no queda reducida a un solo aspecto, pues cuando se piensa así se pierde la posibilidad, por ejemplo, de hacer la distinción e inclusión de las dimensiones pública y privada, o del criterio de necesidad que influye en la apropiación de la vida y la toma de decisiones, también de tener en cuenta los contextos culturales tan diversos, en nuestro caso, en Cundinamarca, Colombia. La autonomía en las decisiones en los tratamientos odontológicos no puede ser pensada solamente como la capacidad para decidir y desligada de la idea de libertad, bandera y fundamento de las sociedades liberales y autónomas, y donde se tornan imprescindibles análisis más complejos, que incluyan el contexto en donde se desenvuelve la vida.

⁶⁸ KANT, Immanuel. *Crítica de la razón práctica*. Buenos Aires: Losada, 2003. p. 28. En la *Ley fundamental de la razón práctica pura*, establece incluso, como marco general: «Obra de tal modo que la máxima de tu voluntad pueda valer siempre al mismo tiempo como principio de una legislación».

⁶⁹ SIMON. *Op. cit.*, p. 25.

⁷⁰ MILL, Stuart. *Sobre la libertad*, Madrid: Alianza, 1997.

⁷¹ Textos como los de Diego Gracia, Pablo Simón, Neil Manson, Onora O'Neill entre otros al abordar la autonomía inician citando sus fundamentos y se los vincula con el proceso que se implementa en salud en las últimas décadas.

⁷² TEALDI, Juan. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Parte III. TEALDI, Juan Carlos. (Coord.) Bogotá: Unesco-Red Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 2008, pp. 413- 415.

⁷³ *Ibid.*, p. 413.

Así las cosas, es innegable que aquí cobra vital importancia la reflexión ofrecida por Tealdi⁷⁴: la persona será libre, si puede no solo elegir o consentir o no a una propuesta, sino que será libre en tanto desde los elementos previos que configuran su memoria, y a la luz de las verdades a las que se enfrenta en su vivir, pueda trazar un proyecto de vida responsable de los actos que su libertad determinó.

2.1.5 Comentario: Antes de realizar la discusión de resultados es importante aclarar que en cuanto a esta investigación en particular, debe decirse que la triangulación de técnicas y la utilización de métodos cualitativos son herramientas que vienen siendo utilizadas en bioética, en aras de una mejor comprensión de fenómenos tan complejos como el que nos ocupa. Específicamente, ayudaron a reconstruir la historia presente. Como se fue dando el proceso de consentimiento informado.

2.1.6 Discusión de resultados: En este capítulo, la preocupación central giró en torno a reconstruir la historia del presente, entendida como el estudio histórico de nuestra inmediatez⁷⁵, en nuestro caso, cómo se relaciona la profesión odontológica con un proceso nuevo que se instaura a partir de la década del 90, el consentimiento informado. Este proceso aparece como algo nuevo en la relación clínica en cuanto a la forma de enunciarlo, pero cuyos componentes han estado presentes, de alguna forma, en la relación clínica en odontología, profesión liberal ligada a la dinámica de institucionalidad de las sociedades actuales: los odontólogos en la práctica privada, (la cual ha sido la manera primordial de relación), han estado obligados a informar de costos, tipos de materiales, tiempo de tratamiento etc. Esto hace

⁷⁴ *Ibid.*, p. 413.

⁷⁵ FAZIO VENGOA, Hugo. *La historia del tiempo presente: una historia en construcción. Historia crítica*, (17) Bogotá: Universidad de los Andes, 1998, pp. 47-57.

que informen permanentemente y realicen un proceso de *negociación* con el paciente sobre las dinámicas a establecer para definir costos, tipos de tratamiento, materiales, número de citas, incluso exámenes complementarios etc., en definitiva, realizar las acciones en atención en salud oral.

En la revisión de la literatura para reconstruir dicha historia del presente, se encuentra, por un lado, el tratamiento genérico del concepto de Autonomía, pero ante todo basado en el Informe Belmont, donde fundamentalmente se expresa que una persona autónoma es aquella capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar en consecuencia. Para el informe, la autonomía es respetar la decisión de las personas que requieren de atención en salud, después de una adecuada y completa información. En la parte B sobre principios éticos básicos, apartado 1, se habla sobre el respeto a las personas, y refiere que se trata de «respetar la autonomía según la cual se da valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones»⁷⁶. Estos postulados van a ser la fuente del principio de autonomía que adopta la bioética médica y con ella el fundamento del consentimiento informado desde que se inició su aplicación en la práctica clínica e investigación en salud.

En este estudio se logra establecer que la autonomía, además de principio relevante para el consentimiento informado en odontología, debe ser vista en contexto, esto es, en relación con las capacidades necesarias para la autorrealización⁷⁷, siguiendo autores como Villar que

⁷⁶ INFORME BELMONT. *Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Elaborado por la comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. USA. 1978, Publicación de 18 de abril de 1979.

⁷⁷ GUARIGLIA, Osvaldo (Ed.). «Problemas de la vida moral». En *Cuestiones morales. Autonomía y teoría del bien*. Consejo superior de investigaciones científicas. Madrid: Trotta, 1996, p. 51.

revisa la autonomía a través de la dimensión proustiana, podría decirse con él: *Cada cual debe encontrar su bien y aprenderlo*⁷⁸, en ese sentido cobra importancia la forma cómo se construyen los individuos y se relacionan con el sistema de salud, es decir, cómo se convierten en poseedores de derechos y también de responsabilidades, lo cual a su vez, se debe relacionar con elementos culturales y sociales que se expresan en la forma cómo se concibe la idea de ciudadano, en nuestro caso, en Cundinamarca, Colombia, donde el contexto cultural, las percepciones sobre salud y enfermedad, la forma cómo se aplican y conciben las leyes y regulaciones en salud oral, deben ser tenidas en cuenta, puesto que en mucho es a partir de la forma cómo piensan sus derechos o se ven ciudadanos o piensan la salud-enfermedad, que le dan valía a la atención odontológica y a la salud oral.

En este sentido, es importante resaltar que, aun cuando en las conclusiones del informe del ENSAB III⁷⁹ refieren que «las representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal se han visto afectadas positivamente como resultado en alguna medida de las actividades adelantadas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad»⁸⁰, en el mismo estudio se concibe la salud oral solamente como asunto de caries y algunos aspectos estéticos. El 64.9 % de las personas según dicho estudio refiere la salud oral como «*que no tiene caries*» y el 41.6 % la ve como «*tener los dientes blancos y/o parejos*»⁸¹, lo cual tiene relación con otro

dato del estudio: un porcentaje importante de la población no acude a servicios asistenciales de salud oral, incluso en caso de urgencia. Solamente cuando incapacitase consulta. Se atribuye a la falta de dinero, en la mayoría de casos, la no consulta de urgencia o haber acudido a prácticas como la automedicación. Lo evidente es que el estado de salud oral de los colombianos era preocupante, se estaba muy lejos, por ejemplo, de las metas de «salud para todos en el año 2000», y el estudio de salud oral obligó a las instancias estatales a buscar *medidas de choque*, como las establecidas en la Resolución 3577 de 2006⁸².

Otro elemento central en el consentimiento informado es la información. Teóricamente, se suele hacer énfasis en una información amplia y suficiente⁸³, en ocasiones se dice, completa⁸⁴ asunto problemático ya que no es fácil definir el concepto de completo en el terreno de la información, menos aún generalizarlo a todos los procesos y actividades en salud. La información es una categoría de necesario cumplimiento para que los pacientes tomen decisiones a partir del conocimiento de lo que se les va a realizar en su boca. La escasa literatura al

⁷⁸ VILAR, Gerard. *Autonomía proustiana*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 1997, p. 73.

⁷⁹ ENSAB III. *Estudio nacional de salud bucal*. Publicado como informe especial en el informe semanal de SIVIGILA. Sistema de vigilancia epidemiológico, desarrollado para la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá D.C. Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud. Informe Ejecutivo Semanal N° 8 del 2000.

⁸⁰ *Ibid.*, Apartado N°3: Conclusiones del informe.

⁸¹ *Ibid.*, ENSAB III *Op.cit.*, Apartado N°1: Representaciones, conocimientos y prácticas en salud oral.

⁸² Tanto el Estudio de salud oral en Colombia que incluyó percepciones sobre salud oral, donde se registran datos preocupantes en general de la salud ora, como los compromisos internacionales en materia de mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, llevaron a plantear en la Resolución 3577 de 2006 estrategias de promoción en salud oral. Encaminado a establecer *estrategias para realizar un plan nacional de salud bucal* tendiente a mejorar la calidad y garantizar el acceso a los servicios de salud oral en el país. Ver: Resolución 3577 de 2006, «Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB». Diario Oficial Ministerio de Protección Social. 4 de abril de 2006.

⁸³ SIMÓN, Pablo. *Consentimiento informado. Historia teoría y práctica*. Madrid: Triacastela, 2000.

⁸⁴ El texto de FLORENTINO Jorge y PLAZA, Ángel. «Consentimiento informado, implicancias legales en la práctica profesional». En: *Revista del Hospital de Niños*. Dr. Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires: 2002; (44) pp. 8-42. Citado por NOYA, Beatriz, GUTIÉRREZ, Sergio et al. En el artículo sobre Consentimiento informado: «Aplicación en la práctica de anestesiología», es un ejemplo de ello. Montevideo: 2002. [En Línea]. [Fecha de consulta 10 de marzo de 2012]. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php>.

respecto refiere la necesidad de informar sin llegar a establecer parámetros o elementos que logren dar claridad respecto a cómo se debe informar, qué se debe informar, dónde, etc., por lo cual, los interrogantes alrededor de este asunto suelen ser múltiples. En odontología se podría preguntar si es realmente deseable establecer estándares en materia informativa, o más bien dejar el asunto de la información de manera amplia y borrosa, como se ha manejado hasta ahora.

Haber trabajado desde la perspectiva histórica y en un contexto práctico, donde se generan las tensiones, muestra que existe la necesidad de ahondar en el tema al interior de la profesión, en la perspectiva de generar verdaderos procesos de comunicación profesional-paciente, pues solamente informar no parece apropiado si se trata de deliberar, es decir, dialogar y discernir. Esto sugiere algunos hallazgos del estudio. Un ejemplo de ello está en los relatos de odontólogos y pacientes al interior de los procesos ético disciplinarios. Mientras los primeros sostienen «yo dije... yo informé... quedó claro que...». Los pacientes refieren «no me dijeron... no me informaron... no fue claro».

La profesión necesita incorporar juiciosamente los elementos que han surgido desde la bioética, en el sentido de ver al otro como participe en las decisiones que le competen para su salud oral, más allá de la relación contractual que ha imperado hasta ahora. Lograr espacios más adecuados para incluir el proceso de consentimiento informado de manera adecuada, requiere de contextos donde se lleve a cabo una verdadera comunicación clínica, donde la confianza es simplemente necesaria⁸⁵, sino es así se tornará insostenible una relación clínica basada en la desconfianza. Por ejemplo, sería crítica la circunstancia en que un paciente deba

mandar analizar el metal con que le van a tratar para verificar si es el que pagó, o constatar si la porcelana o el material cementante es el más adecuado, etcétera.

Es necesario además resaltar la importancia del conocimiento histórico inmerso en el contexto donde se desarrollan las relaciones clínicas. Bajo esta mirada se entienden mejor las circunstancias en que se desarrolla la profesión, se logra comprender las razones acerca de la forma cómo ha construido sus dinámicas de relación y, de esta manera, se consigue contextualizar la relación odontólogo paciente.

2.2 CONTEXTOS ÉTICO-LEGALES EN LOS QUE SURGE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ODONTOLOGÍA EN CUNDINAMARCA

2.2.1 Procesos disciplinarios-ético-profesionales a odontólogos en Cundinamarca, en los que esté implicado el consentimiento informado: En lo fundamental, la investigación propuesta se adelantó apoyándose en una metodología cualitativa. En este apartado la técnica utilizada fue el análisis de contenido de las quejas ético-disciplinarias, relacionadas con consentimiento informado en el tribunal de Cundinamarca, desde cuando se creó dicha instancia en 1991, hasta 2010. Se revisaron 956 quejas de las cuales 180 tienen relación directa con problemas en el consentimiento informado. En ellas se categorizaron cuatro tipos de relatos:

1. Lo expresado y consignado en los procesos ético disciplinarios donde se solicitó versión libre a los odontólogos implicados en la queja;
2. Los relatos de los pacientes, tomados de las quejas que ellos instauran ante el Tribu-

⁸⁵ TEALDI. *Op. cit.*, p. 220.

nal de Ética Odontológica de la seccional Cundinamarca, y las ampliaciones que en ocasiones les solicitan los tribunales, las cuales están contenidas en los mismos procesos;

3. Los pronunciamientos de los Tribunales de ética de Cundinamarca⁸⁶ contenidos en los procesos;
4. Fueron clasificados como «otros», los relatos de personas diferentes al quejoso o el inculpado, los cuales fueron solicitados o tenidos en cuenta por el tribunal, y se hallan dentro de los procesos. Entre ellos podemos contar con relatos de abogados defensores, padres o tutores legales de pacientes sin capacidad para decidir y personas citadas por los tribunales, auxiliares los más frecuentes, quienes en algún momento fueron llamados para ser escuchados en versión libre.

Se revisa la incorporación del consentimiento informado como una exigencia legal, desde su abordaje en los procesos disciplinarios ético-profesionales. Valiéndose del programa Atlas Ti versión 5.0 se hacen aproximaciones a formas de construir teoría a partir de la historia del presente y el análisis del contexto, de los relatos obtenidos de las quejas éticodisciplinarias.

Es importante aclarar que las ayudas informáticas fueron CAQDAS, *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*, las cuales tiene un uso importante en investigación y específicamente en análisis bioéticos. Ellas sirven para el análisis de datos en la investigación cualitativa, sobre todo cuando se cuenta con una gran cantidad de información, como en este caso 956 quejas de las cuales 180 estaban

relacionadas directamente con consentimiento informado, cada una con los cuatro diferentes relatos ya mencionados. Todo ello sería muy dispendioso, y en ocasiones casi imposible de analizar de manera manual. Por esto se eligió este tipo de programa, el de mayor utilización en los últimos años.

Existen otros aunque menos conocidos como, The Ethnographer, Nud•ist, Nvivo o QUALRUS). Se consideró que Atlas Ti 5.0 era más adecuada pues facilita el análisis de grandes cantidades de datos textuales. Su pretensión, contrario de lo que algunos creen, no es automatizar el proceso de análisis, el cual debe estar a cargo del ser humano investigador, el programa solo facilita la tarea, realizando labores como segmentación del texto en pasajes, citas, o la inclusión de notas, comentarios, anotaciones marginales, codificaciones, etc., que no son en sí el análisis cualitativo o la interpretación. Esto hace que sean necesarias y válidas también aproximaciones teóricas y prácticas para reconstruir la historia del presente en la que se tenga en cuenta estudios sobre la forma como se construye la ciudadanía, particularmente en Bogotá y Cundinamarca, y se analice el contexto y las circunstancias en que se dan las relaciones profesional paciente, en general, la asistencia en salud.

En el análisis se recurre a cruzar la información obtenida pues resulta importante y relevante realizar una triangulación con los tres abordajes propuestos, la búsqueda e interpretación de la forma cómo surge el consentimiento informado en Colombia, en las leyes y los contextos teóricos y académicos, la forma como se implementa e inicia su uso en la práctica clínica y los aspectos técnico legales en las quejas ético disciplinarias, de donde se obtuvo información sobre aspectos comunes y discordantes para lograr una mejor comprensión del proceso y de los problemas en la aplicación de

⁸⁶ Los tribunales de ética sesionan para responder las quejas éticodisciplinarias con cinco magistrados y un abogado asesor.

formatos escritos, además de la implementación del proceso en general.

2.2.2 Análisis de las quejas ético disciplinarias del tribunal de ética odontológica de Cundinamarca: Se hizo un consolidado con la información de los 956 procesos estudiados, el número del proceso, quien instauró la queja de quienes intervienen; odontólogos, especialistas, instituciones, etc., la especialidad con la cual se relaciona el proceso, el tipo de sanción y el artículo con el cual está relacionada, y si tiene o no que ver con consentimiento informado.

Inicialmente, se presentan aquí cuadros y gráficas que recogen los datos con la información recolectada en el Tribunal de Cundinamarca: procesos eticodisciplinarios de 1992 a 2010. Es una primera aproximación a los problemas que se presentan cuando se rompe la comunicación odontólogo paciente y se tienen dificultades respecto al proceso de consentimiento informado. Son los datos estadísticos de las 180 quejas donde se detectó directamente dicho problema, de las 956 que en total se revisaron. Es una información orientadora de los relatos que se introdujeron en Atlas Ti versión 5.0 para aplicar en ellos el análisis de contenido.

2.2.3 Contexto en el que se instauran los procesos éticos disciplinarios: Cundinamarca es el principal departamento de Colombia. En su territorio habitan más de 10 millones de habitantes, contando con la población de Bogotá, una de las urbes más importantes de Latinoamérica, ella sola con más de 8 millones de habitantes de donde provienen la mayoría de los casos éticos disciplinarios que se presentan ante el Tribunal de Ética Odontológica de Cundinamarca (TEO). Además de Bogotá, otras cinco ciudades conforman su territorio. Cundinamarca está dividida en 126 municipios.

El Tribunal de Ética Odontológica de Cundinamarca inició sus labores en el norte de Bogotá desde 1992 para dar cumplimiento de la Ley 35 de 1989. Comienza con cinco magistrados, un abogado asesor, secretario del tribunal y cuenta con personal administrativo para recibir las quejas y realizar las labores del tribunal desde ese mismo año. La mecánica que cumplen los procesos es la siguiente:

Según el artículo 70 de la Ley 35 de 1989 el proceso puede ser instaurado de oficio o por la solicitud de una entidad pública, privada o de cualquier persona. Así, el paciente o quejoso instaura la queja ante el tribunal, la queja es recibida. Una vez aceptada la denuncia, el presidente del tribunal asigna el caso a uno de los magistrados. Se inicia el proceso solicitando los papeles que demuestren que quien es objeto de la queja es un profesional de la odontología, sobre quienes tiene competencia el tribunal. Una vez se comprueba que el inculpado es este tipo de profesional, se realizan las acciones pertinentes al caso, entre ellas solicitar pruebas, versiones de las personas involucradas, etc. En un plazo no mayor a quince días, el magistrado encargado presenta conclusiones. En ocasiones se podrá solicitar una prórroga para ampliación de testimonio, pruebas etc. Vienen las diligencias de descargos, ampliación de la queja, etcétera⁸⁷.

Una vez el tribunal tiene todos los elementos, el caso se presenta en sala y se decide sancionar o no en caso de que no se logre establecer la existencia de una falta a la ética. Según reza en el artículo 79 de la Ley 35 de 1989, a juicio del Tribunal Ético Profesional, de acuerdo con

⁸⁷ Ley 35 de marzo 1989 «Sobre Ética del Odontólogo Colombiano» Concordada con el Decreto Reglamentario 491 de 1990. Para una ampliación sobre el asunto véase: Artículo 71 al 79 de la Ley 35 de 1989. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, marzo de 1989. Allí se encuentra en rigor todos los pasos seguidos en los procesos. Aquí solamente se dan algunas luces para ver como son los procesos en los tribunales.

la gravedad de las faltas o con la reincidencia en ellas, proceden las siguientes sanciones: a) amonestación privada; b) censura, que podrá ser: 1. escrita, pero privada. 2. escrita y pública. 3. Verbal y pública; c) suspensión en el ejercicio de la odontología hasta por seis meses; y d) suspensión en el ejercicio de la odontología hasta por cinco años.

Tabla 1. Casos tribunal de ética odontológica de Cundinamarca

Año	Número total de casos	Número casos CI
91	1	0
92	29	3
93	19	0
94	22	1
95	29	3
96	37	3
97	54	3
98	42	3
99	35	4
00	37	9
01	49	5
02	50	5
03	53	9
04	42	13
05	56	15
06	93	16
07	80	14
08	74	23
09	63	27
010	34	22
011	6	2
Vigentes	6	0
Total	956	180

Fuente: Elaboración propia

Es importante resaltar el incremento de los casos desde cuando se instauran los tribunales de ética hasta la fecha. Desde 2010 no han disminuido los casos, y muchos no han terminado el proceso en el tribunal. Los casos que involucran el Consentimiento Informado (CI) aumentaron en el tiempo, mostrando un desfase entre la forma como se va imponiendo la norma, la exigencia en los tribunales y el cumplimiento por parte de la profesión.

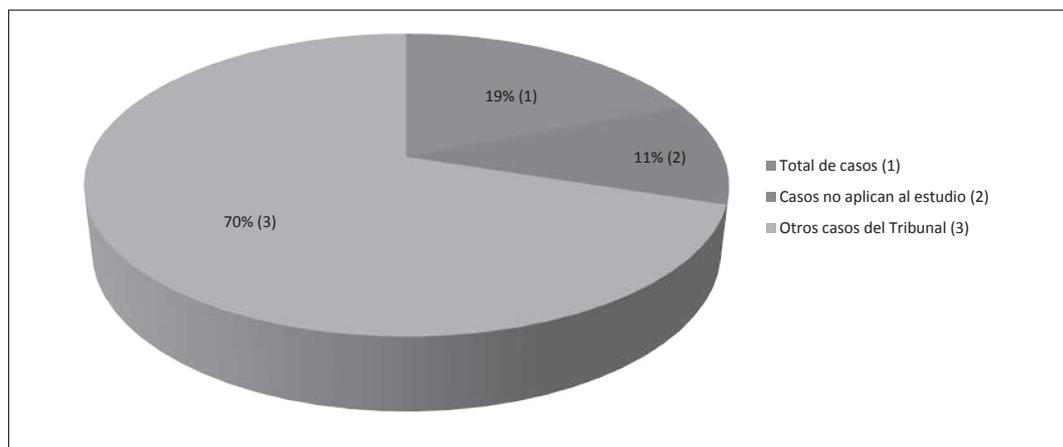
El término CI se usa por primera vez por parte de un abogado defensor en 1992, quien la refiere como una nueva teoría del derecho, sin ser realmente tenida en cuenta o comentada por el tribunal en ese momento. Es en 1996 cuando se habla por primera vez de la realización de una rehabilitación sin consentimiento y luego, en el mismo año, nuevamente se hace referencia a un caso de odontología general donde se cambia de profesional en una institución que atendía a un menor. En este caso, la quejosa (madre del menor) reclama por qué no se solicitó el consentimiento de los padres.

Según la persona encargada de recibir los casos en el tribunal de Cundinamarca, un porcentaje alto, entre 50 y 60 % de las personas que quieren instaurar una queja, no llegan directamente al tribunal sino que vienen remitidos básicamente de las secretarías de salud, pues es allá a donde en primera instancia acuden los quejosos. Por esta razón, algunos casos en que se demora el trámite de dirigirlos hacia el tribunal, hace que precluyan por vencimiento de términos. Expertos consultados en la secretaría, tanto como quienes manejan las asesorías de calidad y habilitación, refieren que puede deberse al hecho de que la secretaría se encarga de todo lo relacionado con registro y habilitación, así como de los distintivos que se deben tener a la vista de los pacientes y el público en general, en todos los sitios donde se hace prestación de servicios de salud, lo cual hace que la gente

acuda a ellos para quejarse. El problema es que ellos tienen que recibirla y revisar que el asunto no tenga que ver con problemas relacionados

con la parte administrativa o de calidad en la atención. Una vez verifican que no se trata de eso, lo redirigen al TEO.

Figura 1. Casos directamente relacionados con consentimiento informado



Fuente: Elaboración propia

Los casos directamente relacionados con consentimiento informado (180) casi alcanzan la quinta parte (19 %) del total de quejas allegadas al TEO en el período estudiado (956 casos).

Existe un 11 % de casos que no pertenecen al tribunal, en algunos casos por no ser odontólogo profesional quien es objeto de la queja, también porque los profesionales se trasladan y debe enviarse el expediente a otra seccional, se retiran los cargos, o las partes concilian, entre otras razones.

Tabla 2. Otros casos

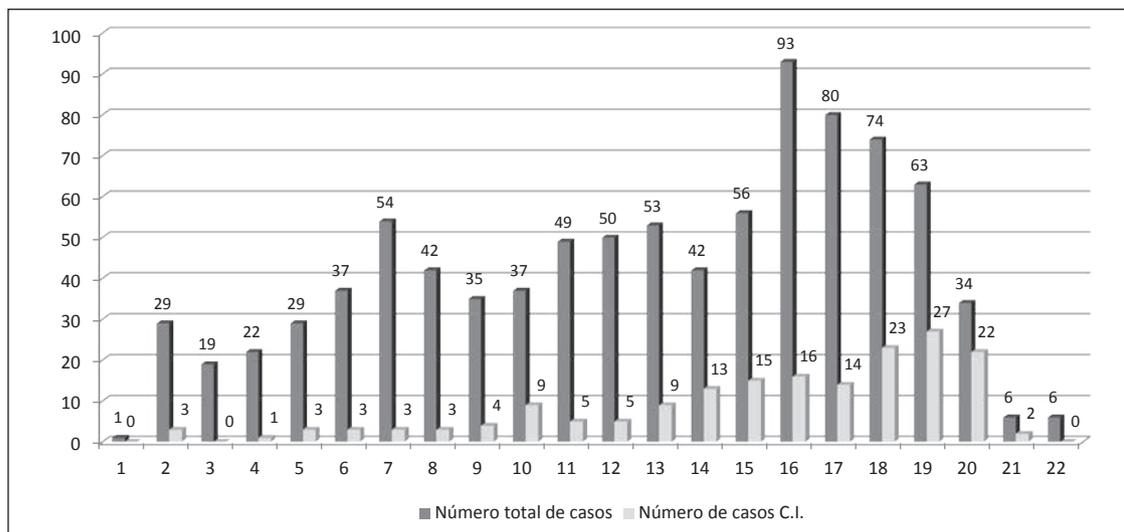
Otros casos comité	Casos no aplican al estudio	Total de casos CI
671	105	180
Total		956

Fuente: elaboración propia

En los primeros años del tribunal, se observan varios casos en que quien instaura la queja es la profesión misma representada en personas de la Federación Odontológica Colombiana o el mismo Tribunal, sobre todo por anuncios o publicidad indebida. Pocos años después, se va a plantear cierta flexibilidad al respecto, para luego ser eliminada definitivamente al ser declarada inexecutable mediante la Sentencia C355/94 de la Corte Constitucional, 11 de agosto de 1994, artículos 50 y 51.

Con los años se observa un incremento de los casos relacionados con CI, sobre todo teniendo en cuenta las quejas ético-disciplinarias asociadas con problemas en la información, también cuando se realizan acciones contrarias a los deseos del paciente. En los pronunciamientos de los tribunales en las sentencias se observa cómo se va a incluir cada vez más el término.

Figura 2. Número total de casos vs. casos CI



Fuente: Elaboración propia

Es importante anotar que, en los últimos años, se ha incrementado el número de casos relacionados con CI, básicamente por la exigencia de este, para todas las quejas que llegan al tribunal.

Tabla 3. Casos según especialidad odontológica involucrada

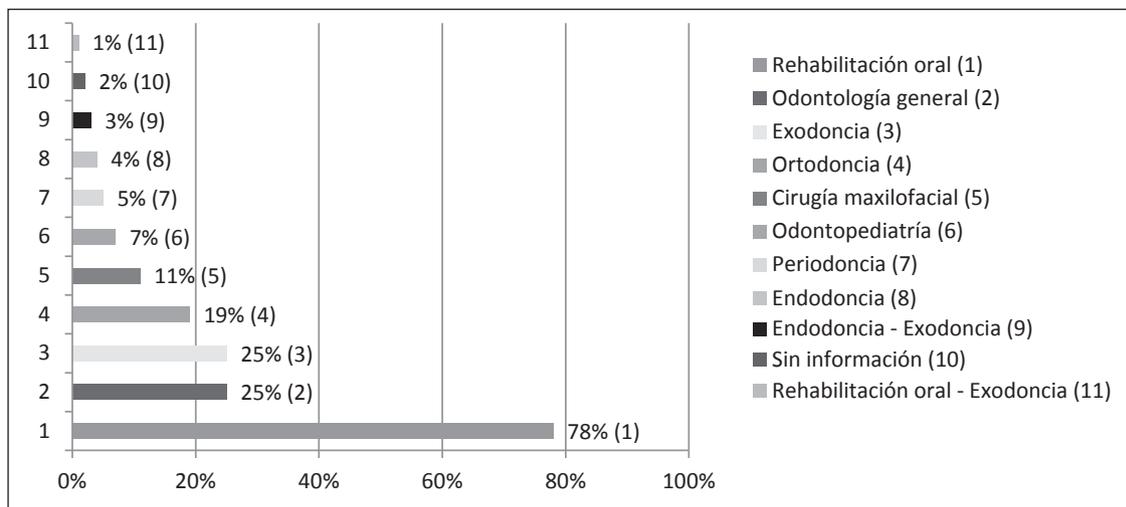
Especialidad odontológica	N°
Ninguna	0
Rehabilitación oral/exodoncia	1
Sin información	2
Endodoncia-exodoncia	3
Endodoncia	4
Periodoncia	5
Odontopediatría	7
Cirugía maxilofacial	11
Ortodoncia	19
Exodoncia	25
Odontología general	25
Rehabilitación oral	78
Total	180

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla se muestra número de casos y la especialidad relacionada. Es importante aclarar que la mayoría de profesionales involucrados son odontólogos generales, lo cual no aparece en la tabla.

La práctica odontológica clínica que presenta más problemas a partir de los casos observados, es la rehabilitación, y la principal causa suele estar relacionada con los costos elevados de esta especialidad. La motivación de queja por parte del paciente suele asociarse con la intención de que le devuelvan su dinero, o que le respondan por lo pagado. En algunos casos, para recuperar o mejorar su salud oral. Sigue la cirugía, ligada principalmente a complicaciones de procedimientos. En las dos situaciones mencionadas, lo más relevante en cuanto a deficiencias del CI es su total ausencia, haber suministrado una información deficiente o la no advertencia de riesgos.

Figura 3. Número de casos CI por especialidad odontológica



Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Profesionales o instituciones

Profesional o institución Involucrado/a	N°
Clínica Privada	13
Hospital Público	1
IPS	1
Odontólogo	72
Odontóloga	79
2 Odontólogos	8
3 o Más Odontólogos	3
Policía Nacional	1
Universidad	1
Sin Información	1
Total	180

Fuente: Elaboración propia

Es innegable que los profesionales más involucrados en quejas ético disciplinarias son los odontólogos en consulta privada, casi por igual

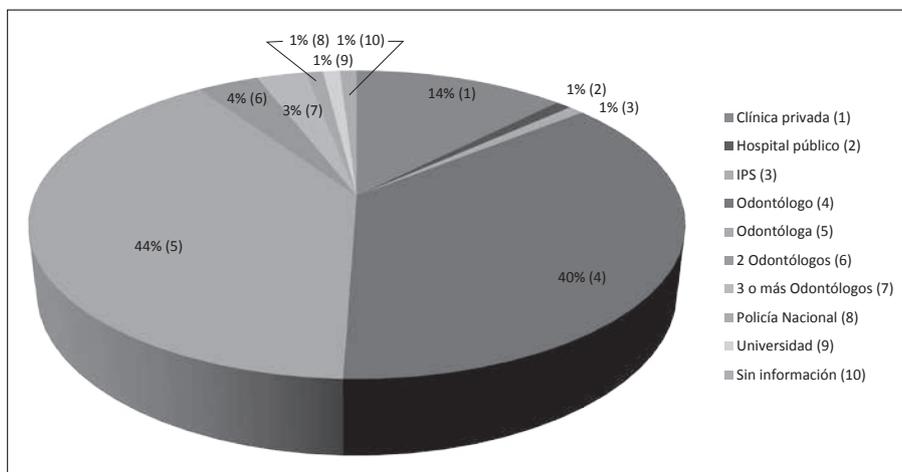
hombres que mujeres. Aquí nuevamente se ve, de manera clara, que la mayoría de las quejas están relacionadas con los costos, ya que la consulta privada está financiada, en general, por el paciente o su familia.

Tabla 5. Personas que acuden ante el Tribunal para instaurar la queja.

Quejoso Involucrado	N°
Hospital Público	1
Menor Hombre	4
Menor Mujer	14
Odontóloga	2
Paciente Hombre	48
Paciente Mujer	109
Varios Pacientes	1
SDS	1
Total	180

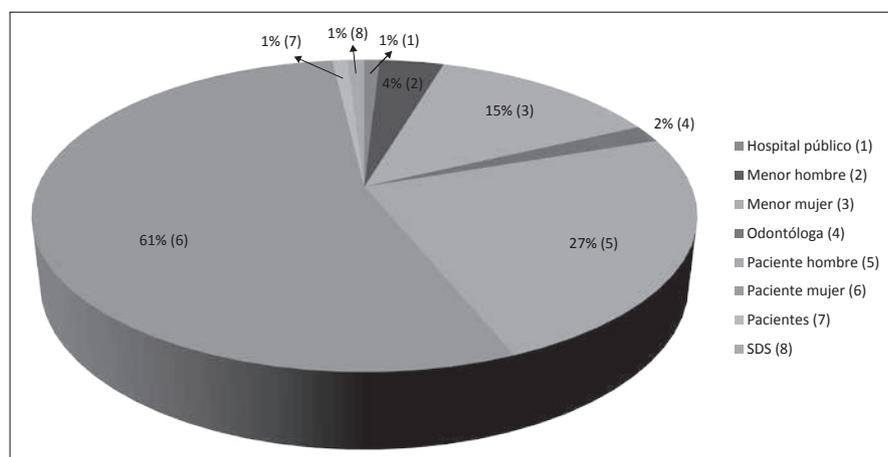
Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Profesional Involucrado



Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Paciente Involucrado



Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, son las pacientes mujeres quienes están más involucradas en las quejas éticodisciplinarias. No puede establecerse la o las razones que expliquen esta diferencia. Puede ser porque ellas cuidan más su salud oral o están más dispuestas a reclamar sus derechos, debido a circunstancias socioculturales⁸⁸.

Casos sancionados o no por el tribunal de ética odontológica de Cundinamarca de los relacionados directamente con CI.

⁸⁸ Un estudio de 2007, del SERNAC, Servicio Nacional al Consumidor en Chile reveló que en asuntos de salud las mujeres duplican las quejas en relación con los hombres. Igualmente, en

el 2010, la Comisión Defensora del Ciudadano constató que las mujeres son más proclives a reclamar que los hombres. La razón de tan alta reclamación en salud por parte de las mujeres, podría estar relacionada con aspectos socioculturales del cuidado, de la condición de la mujer en América Latina en alta proporción cabeza de familia cuidadora y proveedora, etc.

Tabla 6. Tipo de fallo

Tipo de fallo	Nº
Cesación	1
Censura escrita y pública	20
Amonestación privada	21
Prescribió	31
Censura escrita y privada	37
No hubo cargos	70
Total	180

Fuente: Elaboración propia

Casi un 39 % de casos terminaron en alguna sanción, le siguen los casos donde no se formularon cargos en contra de los odontólogos con un 33 %. Nótese que un importante porcentaje prescribe por vencimiento de términos (17 %).

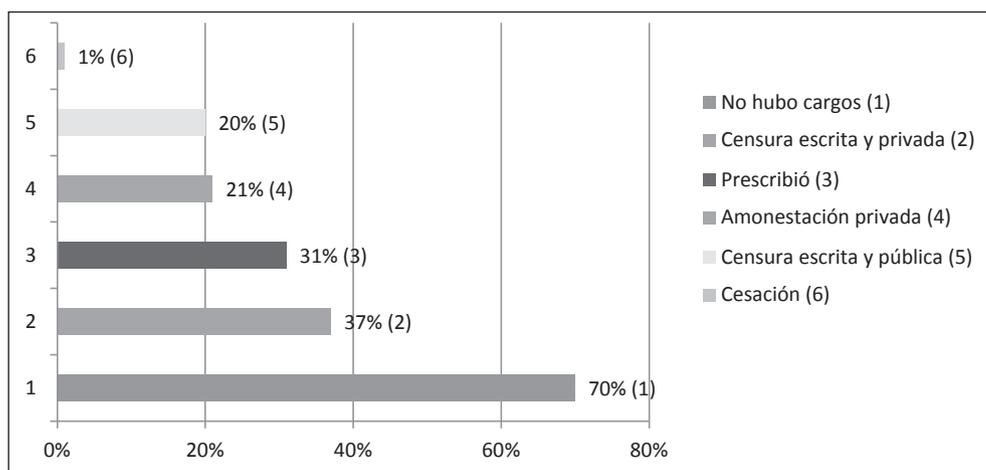
De 180 casos, 78 tuvieron algún tipo de sanción lo que demuestra que el incumplimiento de alguno de los parámetros estipulados por la Ley, y que involucra directamente el CI, está presente en ellos.

2.2.4 Análisis de contenido de los procesos ético disciplinarios: Se procedió a incluir los relatos en el programa Atlas TI, versión 5.0 para elaborar las categorías, así:

2.2.4.1 Hay Consentimiento Informado: Al analizar los casos, encontramos una tendencia al incremento en quejas relacionadas con consentimiento informado, con el paso del tiempo entre las décadas de 1990 y 2000, tanto de la forma como se empieza a exigir por parte del tribunal como de la forma como se empieza a familiarizar el profesional con el término. Es así como, en su mayor parte, se encuentran formatos de consentimiento, la mayoría de los cuales hacen parte de la Historia Clínica.

Posteriormente, se encuentran aquellos relatos del Tribunal de Ética Odontológica (TEO), los cuales en su mayor parte se orientan a señalar que existe efectivamente el CI, tal como lo ejemplifica el siguiente relato: «Aparece la debida autorización para los procedimientos, la evolución del Tratamiento y el Consentimiento informado con firma y aceptación del denunciante». (Versión TEO).

Figura 6. Sanciones



Fuente: Elaboración propia

En menor proporción están aquellos relatos de odontólogos que mencionan, al igual que las versiones del TEO y otros, que sí informaron al paciente el tratamiento, además de presentar la correspondiente Historia Clínica, así como la advertencia de riesgos. En versión de pacientes, solo tres narrativas tienen una relación directa con la aceptación de la existencia del CI: «Yo asumí la responsabilidad de que me colocaran el trabajo sin tallar el canino, firmando un consentimiento en la HC».

2.2.4.2 No hubo explicación ni consentimiento: En más de una tercera parte de los procesos se encuentran referencias a que no se informó o que no se explicó, es decir, existe un número importante de casos que presentan problemas en el CI, entendiéndolo como un proceso en que se encuentran involucrados la comunicación clara, concisa y honesta entre odontólogo y paciente, las explicaciones oportunas sobre los principales aspectos del tratamiento: riesgos, advertencias, estado de salud, cuidados postratamiento, alternativas al tratamiento, materiales con los que se trabaja, procedimientos, entre otros.

De esta forma, se logra evidenciar que al realizar una codificación abierta respecto a los casos que tuvieron problemas con el CI, el 90 % de las narrativas tienen que ver directamente con las versiones de los pacientes y el 10 % restante son versiones que hizo el Tribunal al respecto.

En la versión de los pacientes se encontró lo siguiente:

- La mayor parte de los pacientes señalaron que no se les informó. En algunos casos, advierten que no se le dijo nada: «No me dijo absolutamente nada [...] sentí que me estaba hurgando». En otros casos se evidencia la falta de información primaria por parte del odontólogo: «No me infor-

maron la situación de ausencia de algunas muelas que genéticamente no las tenía». Incluso existen pacientes que tienden a ser mejor argumentados a la hora de explicar la escasez de información por parte del doctor: «No encontré por parte del Doctor ninguna clave de información plena, clara y apropiada que me permitiera discernir, escoger, aplazar o cancelar la cirugía que podría tener consecuencias lesivas para mí». (Versión paciente).

- Otros pacientes manifiestan que nada se les explicó sobre el tratamiento, o procedimientos particulares, lo que origina en los pacientes desconfianza e incertidumbres, teniendo en cuenta que, en ocasiones, las consecuencias son de una alta materialidad, como se dice en el derecho: «No explicó la causa por la cual se hace la extracción de una muela, lo cual originó muchos problemas», de igual forma, algunos señalan que, a pesar de existir documento de consentimiento informado, no le fue claro el procedimiento realizado: «No, no me explicó nada, yo leí lo que decía el documento nada más (...) Si me hubiera dado una explicación clara, yo le hubiera dicho que no me hiciera el tratamiento». En esta misma vía hay opiniones de pacientes que mencionan la no advertencia de riesgos: «Se realizó una cirugía sin que previamente se me advirtiera de los riesgos de la misma». (Versión paciente).
- Los casos también evidencian que hay pacientes quienes relacionan directamente la falta de consentimiento para los tratamientos efectuados por los odontólogos: «Le quiero recalcar a la Doctora que ella me anestesió sin mi consentimiento». (Versión paciente). Para ellos es importante también que en temas tales como la anestesia y las extracciones de piezas dentales se le infor-

me y se les solicite consentimiento: «Sin mi consentimiento y estando yo privada de toda sensibilidad, procedió a hacerme resinas en las piezas dentales». (Versión paciente).

- Otro de los conceptos que aparece es el tratamiento en contra de la voluntad del paciente: «En contra de mi voluntad debido a la insistencia de la profesional acepté el procedimiento sugerido por ella». (Versión paciente). Este tipo de argumentos señalan claramente que algunos pacientes en ciertos casos y bajo ciertas circunstancias se sienten intimidados por el odontólogo, lo que hace que pueda doblegar la voluntad del paciente para efectuarse tal o cual procedimiento: «El doctor me insistió en el tratamiento, pero yo no quería realizarlo, sin embargo, ante la presión yo decidí». (Versión paciente).
- En menor proporción aparecen algunas narrativas en las que directamente se menciona la ética: «La falta de ética por haberme realizado un tratamiento de conducto sin antes notificarme». (Versión paciente). También aparecen opiniones en las que se cree que el acto odontológico no tuvo justificación: «La odontóloga sin motivo justificado extrajo un diente de un menor (2 años) no se explicó nada, luego se dijo en el centro médico que era por presentar abscesos». (Versión TEO).

2.2.4.3 No presenta CI escrito: En este caso, mucho más de la tercera parte de los procesos presenta problemas al respecto. Son casos en que no se informó o advirtió y se encontró lo siguiente:

- La mayor parte de alusiones respecto a la no presencia de consentimiento informado son referidas por el TEO. Para el Tribunal,

cada vez más, el consentimiento informado hace parte fundamental de un proceso (en muchos casos como acervo probatorio) con miras a demostrar la aceptación de un determinado tratamiento por parte de un paciente, tal como lo advierten los siguientes relatos:

«...no deduce acervo probatorio ya que no quedó consignado en HC» (...)

«Es menester del profesional informar adecuadamente al paciente o representante legal de dichos riesgos y dejar constancia en la HC». (Versión TEO).

«Considero que la HC es deficiente, no hace la constancia de advertencia de riesgo, además el profesional así lo acepta, pero no excusa el hecho de no dejarlo consignado en la HC, más aún cuando el paciente no estaba de acuerdo con el tratamiento a seguir». (Versión TEO).

«Se considera que existió, por parte de la profesional, falta de prudencia al no diligenciar el consentimiento informado para la extracción». (Versión TEO).

«La Doctora deja consignado que el Tratamiento está llamado a fracasar haciendo firmar a la paciente pero sin dejar constancia de qué fue lo que exactamente le informó a la paciente y de informar de los riesgos y posibles consecuencias y de haber sido entendidas por la paciente no se hubiera dado, esto significa que no hubo consentimiento informado». (Versión TEO).

- El señalamiento de ausencia del CI escrito, es poco advertida por los pacientes (solo 3 de ellos lo mencionan). A continuación se trae a colación las narrativas de los pacientes:

«Es de anotar que el Doctor omitió en su primera consulta su deber de informar a mi esposa es decir, NO REALIZÓ el correspondiente consentimiento informado y también

omitió el Consentimiento Informado previo al acto quirúrgico». (Versión TEO).

«Yo no firmé ninguna autorización para que me extrajera la muela buena». (Versión paciente).

«La verdad, yo no recuerdo haber firmado un consentimiento informado o algo por el estilo». (Versión paciente).

2.2.4.4 Información brindada y/o advertencia:

Son muchos los casos en los que se habla respecto a información brindada y/o advertencia. Son relatos donde se dice si hubo o no advertencias por parte de los odontólogos, podemos ver que la mayor tendencia por parte de los odontólogos es a señalar que si existió la advertencia, consentimiento, información.

En ellos se observan las tendencias siguientes:

- La mayor parte de los odontólogos mencionan que efectivamente le informaron de las posibles consecuencias y riesgos del tratamiento. En la mayor parte de estos discursos se dice que los pacientes conocían los elementos, contraindicaciones, materiales y demás aspectos que hacen parte de los procedimientos odontológicos: «A la señora se le informó y se le advirtió sobre la existencia de cuatro tipos de materiales para la elaboración de corona». (Versión odontólogo).
- Otros odontólogos (en menor proporción) enfocan las advertencias al estado de salud oral o salud en general en el que se encuentra el o la paciente: «...le di alerta a la paciente haciendo énfasis en la necesidad del tratamiento periodontal y que no se le podía continuar con el movimiento de los dientes, informándole que de no realizarse el tratamiento podía llegar a perder sus dientes». (Versión odontólogo).

- Existen otro tipo de narrativas en las que aparecen justificaciones formales respecto al diligenciamiento del CI y la relación de este con la aceptación del paciente de realizarse o no un tratamiento: «En la HC de la paciente se encuentra la rúbrica de la señora como lo señala aceptación, de no haber sido aceptado, en primera instancia no hubiese existido la firma de la paciente o tuviese una anotación que expresara la inconformidad o desacuerdo». (Versión odontólogo).

- Otros profesionales mencionan el hecho de la advertencia como forma de información y/o explicación brindada al paciente: «No solo cumplió con el acto de informar al paciente, sino que la percepción que él y cualquier persona tendría del paciente, hacía pensar que el acto mediante el cual le informé e hizo la advertencia del riesgo previsto fue suficiente». (Versión odontólogo).

- Finalmente está otra variedad de argumentos esgrimidos por distintos odontólogos en los que relacionan la información brindada al paciente con aspectos tales como: que el paciente siempre estuvo de acuerdo con el tratamiento, o siempre aceptó el mismo (sin explicitar de que se trata la aceptación o estar de acuerdo), siempre buscó el mejor tratamiento posible e incluso uno que señala el costo del tratamiento con información respecto al tratamiento y posterior aceptación: «Se le informa a la paciente la extracción del diente con consentimiento de la paciente y aceptación asumir el costo del tratamiento se realiza coronas». (Versión odontólogo).

El discurso del TEO no se distancia mucho de los que la mayoría de odontólogos mencionaron, ya que los relatos presentes en el TEO se

centran en que sí hubo formato de Consentimiento Informado y casos en los que el odontólogo efectivamente informó al paciente sobre riesgos, consecuencias, problemas, etcétera. De igual forma, lo que se encuentra en el discurso de pacientes y de «otros» involucrados hace referencia a que sí existió información brindada sobre el tratamiento.

2.2.4.5 No se advirtió los Riesgos del Tratamiento: Se tuvo en cuenta como categoría individual la de no advertencia de riesgos del tratamiento en virtud del gran número de casos que lo mencionaban y por la relevancia que esto tiene en la aceptación o negación de tratamientos por parte de los pacientes.

Un número importante de los casos en el TEO no presentaron advertencia de riesgos del tratamiento. Principalmente, se menciona por parte del TEO, que no existió ningún tipo de advertencia de riesgos. Solo en un caso se habla de problemas de comunicación: «Lo lógico es que usted como profesional debe y tiene la obligación de advertir al paciente todas las expectativas y posibilidades. Hubo problemas de comunicación y eso ocasionó problemas». (Versión TEO).

Seguidamente, los pacientes han mencionado, a lo largo de los casos, quejas recurrentes respecto a la escasa información o no advertencia por parte de odontólogos y odontólogas. En este sentido son frecuentes relatos tales como: «No me advirtió», «No me explicó», «No me informó de los riesgos», etc. «El Doctor en ningún momento me dijo que podría perder de manera definitiva la sensibilidad en mi cara». (Versión paciente). «Jamás el doctor me explicó el alto riesgo de perder la sensibilidad en mi cara el doctor jamás advirtió al paciente del riesgo y consecuencias ni con las manos ni con señas». (Versión paciente).

De igual forma, en la versión de «Otros», aunque no es muy frecuente, se evidencia lo reiterado por los pacientes, es decir, otros profesionales (odontólogos, auxiliares o demás) señalan problemas de información, comunicación y escasa o nula advertencia de riesgos: «Reconocemos que hubo falla en la comunicación al no haberse informado sobre los posibles inconvenientes y pronóstico reservado que tenía el molar». (Versión Clínica).

En esta codificación es curioso ver que solo un (1) odontólogo admitió el hecho de ver falta de información o advertir al paciente, tal como lo señala el siguiente relato: «Informó al despacho que no le explicó expresamente que ella podía tener una parálisis facial porque no es una complicación común, es extraña y cuando se presenta se resuelve». (Versión odontólogo).

2.2.4.6 No tenía CI. Hoy ya lo tiene: Algunos odontólogos señalan que en el momento en que sucedieron los hechos no tenía formatos de CI, pero hacen la salvedad que en el momento en que se citan a rendir su versión al TEO (en el proceso de descargos) advierten que ya tenían el respectivo formato de diligenciamiento del CI. Los relatos están entre 2001 y 2006, lo que muestra un poco como ha sido el desarrollo de la teoría en la práctica clínica. Antes de estos años no existe ninguna mención al respecto, ni después del 2006: «Aceptó el hecho de haber diligenciado el Consentimiento Informado por cuanto para la época de los hechos no lo estaba utilizando». (Versión TEO). «Ahora sí estoy en elaboración de uno (C.I), en ese momento no lo tenía». (Versión odontólogos).

2.2.4.7 Reconocimiento de errores en el consentimiento y expresión del deseo de mejorar por parte de los odontólogos: A lo largo de la revisión de los casos del TEO son escasas las manifestaciones de odontólogos(as) en las

que asumen errores en la aplicación o implementación del CI con los pacientes. Solamente se encontraron unas cuantas narraciones de Odontólogos en las cuales se observa esto.

En ellas, ante la evidencia clara del mal diligenciamiento de formatos de consentimiento o la mala puesta en práctica del proceso en el sentido de no advertir, por ejemplo, riesgos, se da el reconocimiento del error y la manifestación del interés por mejorar mediante la generación de acciones correctivas y la promesa de no volver a generar este tipo de errores. Un ejemplo de esta intención se ve en el siguiente relato: «Deseo ratificar que se han realizado las acciones correctivas, para corregir las deficiencias en los procedimientos de elaboración de HC en su información, de acuerdo con la normatividad vigente, así como la información completa y detallada de los tratamientos que se aplicarán a todos mis pacientes (Consentimiento Informado) donde se gestionará la firma del mismo por cada actividad realizada». (Versión odontólogo).

2.2.5 Autonomía: De acuerdo con la sistematización de los datos, podemos decir que el concepto de autonomía es escasamente mencionado en los casos del TEO, y se da particularmente en la versión de los odontólogos. Se pudo ver que, cuando se habló de él, se equipara a otros conceptos relacionados.

Sobre el concepto de autonomía, se dan estas tendencias principales:

- En algunos casos existe presencia de argumentos en los cuales se menciona por parte de los odontólogos la realización de tratamientos «con la autonomía» de sus pacientes, identificándolo con la *voluntad*, en un caso se dice «ejemplo de que ejerció su autonomía es querer hacerse el procedimiento odontológico».

- En otros casos se menciona que el paciente asumió la «autonomía» de su tratamiento desde una postura *informada y, por ende, consentida*.
- Cuando una providencia del tribunal mencionó el concepto de autonomía, fue de manera categórica, enunciada desde una perspectiva de derecho con carácter *invulnerable, prevalente y constitucional*

2.2.6 Consentimiento informado como derecho fundamental: Aunque solamente en dos ocasiones se presentó, es importante citar que tanto un odontólogo como un abogado defensor afirman que el CI es un derecho fundamental, caracterizado por ser de libre autodeterminación y se asocia también con la voluntad y el libre desarrollo de la personalidad de los pacientes, como se observa en uno de los relatos: «...el consentimiento informado está manejado como un derecho fundamental, así como lo es el libre desarrollo de la personalidad y la libre autodeterminación». (Versión de TEO).

2.2.6.1 Consentimiento informado donde se involucra una tercera persona: Entre los casos analizados en el TEO, se encontraron dos versiones de odontólogos que señalaron que el CI se ejecutó anteriormente por parte de una tercera persona, argumento que introducen para justificar la no aplicación del CI por parte de ellos. Lo característico en ambos casos es que sucedieron dentro de instituciones (una pública y una privada) y las versiones son encontradas, pues el paciente refiere que no fue informado pero, como existió un documento, no se sanciona. Otra parte de la institución hizo el CI. Se trata de un caso en el que se señala, por parte del odontólogo, que el CI se diligenció anteriormente por la institución donde labora: «...queda claro, que le consentimiento es un acto previo al inicio del tratamiento y que debió ser realizado por la institución., no por

mí; toda vez que yo recibí a la paciente con un tratamiento ya iniciado, confiado plenamente en que la institución o su delegado en cumplimiento de la mecánica del servicio, ya había informado a la paciente». (Versión odontólogo).

2.2.6.2 Riesgo injustificado: Se evidenció alusión a la categoría de «riesgo injustificado» en la que se señalan aspectos relacionados con peligros a la salud oral y general del paciente: por ejemplo extracciones sin tener en cuenta estado general, procedimientos donde no se realizaron exámenes especializados o complementarios, destrucción de tabla alveolar. En estos casos el problema es que, además del riesgo injustificado, hay deficiente información al paciente.

2.2.6.3 Deficiencias en la información: Se puede ver que, en no pocos casos, los pacientes manifiestan no haber recibido información clara, pertinente y concisa respecto al tratamiento, sus posibilidades, complicaciones o riesgos. En ocasiones tienen formatos de consentimiento informado firmados, tal como lo refiere el tribunal en uno de los casos, donde existe un consentimiento escrito y se dice que en general «SE ADVIERTE DE RIESGOS». No obstante, pese a figurar la firma de la paciente, al ser interrogada sobre el hecho de que le hubiesen advertido los posibles riesgos contestó que el Dr. solo le había dicho que eso le quedaba súper bien». (Versión TEO).

Hubo otros casos en los que se informaron los posibles perjuicios y riesgos posteriormente al tratamiento, cuando estos deben informarse antes de comenzar. En algunos casos, los pacientes son enfáticos en decir que el odontólogo no dio ningún tipo de información que permitiese al paciente tener claros los riesgos y posibilidades de tratamientos alternativos.

2.2.6.4. Conflicto económico: Varios de los casos del TEO presentan conflictos de tipo

económico, los cuales van de la mano con problemas de información, tal como lo evidencia el siguiente relato: «Le informé a la Paciente sobre los materiales del tratamiento, y le recomendé el más económico por su situación, pero ella escogió el más caro». (Versión de odontólogo).

La mayor parte de los casos con este tipo de conflicto económico, suceden por problemas en el incremento en el precio para el paciente o el no respeto de la cotización inicialmente pactada entre odontólogo y paciente. En menor proporción se encuentran casos en que los pacientes reclaman la garantía del trabajo -entiéndase tratamiento- el Tribunal de Ética Odontológica señala que no tiene ninguna competencia en conflictos económicos.

2.2.6.5 Deficiencias en el consentimiento informado escrito: En los casos del TEO Cundinamarca, con bastante frecuencia se advierten deficiencias en el documento escrito de CI. Los problemas se presentan en diversos aspectos, pero sobre todo relacionados con una pobre comprensión, que adquiere matices diferentes a partir de los relatos en versiones de pacientes, odontólogos, TEO y otras personas involucradas.

Un dato importante es que, en los registros de los odontólogos, un grupo considerable no diligenció el formato con la firma del paciente, lo que demuestra que no está clara la esencia del consentimiento escrito, cual es reconocer en el otro el poder decidir. La pregunta sería: ¿Para qué un consentimiento si no firma quien lo debe otorgar? Se presentan casos en que el odontólogo afirma cosas como «el consentimiento informado se quedó con otro doctor». También hay casos en que no se hace un consentimiento sino un contrato, o un documento que no es ni consentimiento ni pertenece a la historia clínica, o donde se asegura que la historia clínica se extravió. Todo esto evidencia un poco el asunto de no ver el consentimiento

como parte de los derechos del paciente, sino la dinámica contractual que se vincula con el criterio económico.

En las versiones del tribunal frente al consentimiento informado escrito se corrobora lo contenido en la versión de los odontólogos, cuando esta instancia llama la atención sobre lo problemático respecto a que el consentimiento se encuentre firmado solo por el odontólogo. Igualmente, se expresa en las falencias o deficiencias en el manejo de la historia clínica en varios procesos. Se menciona, además, lo mal que resulta no conservar los formatos de CI en un lugar seguro.

En la versión de «otros», sobre todo abogados defensores de odontólogos, se evidencian cosas como justificaciones a problemas en los formatos de CI e historia clínica y demás documentos que son soportes en físico, útiles como pruebas dentro de los procesos. Se encontró que varios de ellos no estaban firmados o presentan deficiencias en su diligenciamiento.

Respecto a los pacientes, es evidente que son los menos conocedores del CI, su documento escrito y su aplicación en odontología. En general no se refieren a él o sus falencias. De las cuatro tipologías de narrativas son las que menos hacen referencia a este asunto. Entre los pacientes, se encuentran dos problemas principales: unos dicen no conocer lo que firman y, segundo, hay quien asegura que «El Profesional me hizo firmar un documento en blanco».

En relación con las versiones de los odontólogos, es importante entrar más en detalle, pues así se puede ver mejor la aproximación que van haciendo en los últimos años. Se evidencia que la mayor parte de los profesionales inmiscuidos en los procesos tienen problemas con el registro escrito de CI, aunque muchos de ellos señalen

que sí les informaron (la mayoría señala que fue de manera verbal) como se expresa en el siguiente relato: «Doy fe que los riesgos se le informaron a pesar de que no se consignaron por escrito». (Versión de odontólogo).

En este mismo sentido, hay ciertos casos en que el error en el diligenciamiento de la información obedece a los niveles de confianza que tenían el odontólogo y el paciente, tal como lo señala el siguiente relato: «La doctora en diligencia de versión libre y espontánea, reconoció no haber elaborado el consentimiento informado y que no lo hizo por la confianza que tenía con el paciente y que es consciente que el no haberlo registrado, fue un error». (Versión del TEO).

Algunos odontólogos presentan problemas en el CI escrito en casos tales como:

- Otro odontólogo se quedó con el documento diligenciado;
- El doctor diligenció el consentimiento en otro tipo de formato o contrato: «Estas recomendaciones se hacen de forma oral y en el contrato figuran otras por escrito, estas son firmadas por el paciente». (Versión odontólogo);
- En menor proporción, algunos odontólogos presentaron ciertas falencias o deficiencias en el manejo, cuidado y custodia del CI: «Si hice firmar todos esos requerimientos pero reitero que desafortunadamente los extravié en un trasteo». (Versión odontólogo).

2.2.6.6 Explicación de beneficios y riesgos: Se encuentran, con cierta frecuencia, argumentos en los que se señala que hubo explicación de beneficios y riesgos. En una proporción amplia los odontólogos mencionan que hubo

explicación de beneficios y riesgos seguidos de las narrativas de los «otros actores» entre ellos abogados y auxiliares que aseguran que si se advirtieron riesgos. Quienes menos señalaron que les fueron explicados tanto beneficios como riesgos del tratamiento propuesto son los pacientes.

En relación con esta categoría codificada, se puede decir que casi todos los odontólogos señalan que realizaron algún tipo de advertencia al paciente: la mayoría de ellos dicen que advirtieron sobre los riesgos y beneficios del tratamiento que realizaron, seguidamente se encuentran aquellos que dieron explicación del tratamiento (específicamente en uso de materiales, procedimientos, manejo del dolor, entre otros), posteriormente están aquellos odontólogos que se enfocaron específicamente en los problemas o riesgos del tratamiento, sin explicitar sobre los beneficios. Finalmente, están aquellos que se limitaron solo a explicaciones relacionados con los costos o pagos del tratamiento, tal como lo advierte el ejemplo siguiente: «...procedí, previamente a realizar cualquier procedimiento a la paciente, a obtener su consentimiento respecto al mismo, frente al presupuesto realizado y su forma de pago». (Versión odontólogo).

Por su parte, la versión del TEO está enfocada principalmente a mencionar que hubo consentimiento informado de acuerdo a la evidencia (en formatos o en la historia clínica) en relación con los beneficios y riesgos. También, se señaló, en algunos casos, que los riesgos fueron «consentidos» por el paciente, como lo advierte el siguiente relato:

«...en el respectivo escrito de Consentimiento Informado, figura expresamente que el paciente ha sido informado sobre el procedimiento a realizar, sus complicaciones como “dolor, infección, alveolitis, edema facial, hemorragia, celulitis y además” y las dudas que

han tenido al respecto le han sido suficientemente aclaradas. “Dejo expresa constancia que he recibido precisa y claras instrucciones e información con respecto a las características y efectos del procedimiento cuya práctica he autorizado”». (Versión TEO).

En la versión de otros involucrados en los procesos del TEO, se encuentra tres tendencias principales: en primer lugar, la aparición de explicación de beneficios y riesgos (con la respectiva firma del paciente), en segundo lugar, están las explicaciones y argumentaciones de un abogado(a) sobre el tema de riesgos y beneficios. Por último, se encuentran narrativas en las que está presente la versión de la auxiliar sobre la información de beneficios y riesgos.

Finalmente, las narrativas de los pacientes (que como mencionaba anteriormente fue la menor proporción) señalan que fueron informados y sabían sobre los beneficios y perjuicios así como los sobrecostos del tratamiento.

Relacionada de manera muy estrecha con esta categorización, se encuentra la elaborada para la explicación verbal que se coloca a continuación

2.2.6.7 Explicación verbal: En un importante número de los casos se encuentran narrativas en las que aparece «la explicación verbal» como forma de práctica de consentimiento informado.

Se evidencia que la explicación verbal como argumento es la más usada por los odontólogos, quienes constantemente manifiestan que durante el tratamiento informaron a sus pacientes de forma verbal, y entre ellos algunos admiten que el mismo no fue realizado de forma expresa o escrita: «...se le habló verbalmente al paciente sobre las alternativas incluyendo los riesgos si bien el consentimiento no fue expreso fue tácito». (Versión TEO). «...el CI si fue realizado por este en forma personal y verbal y

por lo tanto no siento haber faltado a mi ética como profesional odontológico en este punto». (Versión odontólogo).

En menor proporción están algunos odontólogos que admiten el error de no registrar el CI, pero hacen hincapié en señalar que informaron a sus pacientes de forma verbal, tal como lo ejemplifica el siguiente relato: «Soy consciente que no haberlo registrado fue un error. Sin embargo, el paciente si fue informado por mi acerca del procedimiento que le iba a ser realizado y sus posibles riesgos y él me permitió realizarlo consciente y libremente, aunque no consta por escrito». (Versión odontólogo).

Finalmente, hay odontólogos que argumentan que el CI no necesariamente tiene que ser de forma escrita, es decir, se amparan en lo ambiguo de la Ley para que pueda ser verbal: «No existe legislación alguna que exija como requisito ab sustancian actos del consentimiento informado, su constancia por escrito». (Versión abogado de odontólogo).

En el mismo sentido, existen varias explicaciones (básicamente de abogados) en las que se señala este mismo argumento y otros que afianzan la tesis de que el odontólogo efectivamente informó a sus pacientes.

En menor proporción se encuentran relatos por parte del TEO (solo dos casos) y de los pacientes (un solo caso) en los que se admite la explicación verbal en un tratamiento. «...se explicó –de forma verbal- en debida forma por qué razón no se podía hacer caso de sus caprichos máxime que él no tenía la idoneidad para imponer su criterio». (Versión TEO).

Hubo dos casos en los que se señaló que el proceso de información y explicación de los riesgos y del consentimiento informado se realiza con el padre o madre de pacientes que

son mayores de edad: «Se le explica al padre del menor el consentimiento informado y se firma...». «Se le explica todo el procedimiento a la mamá». (Versión TEO). En estos casos es importante advertir que el conocimiento sobre el criterio legal de competencia no es claro para el profesional.

2.2.6.8 Explicación técnica del tratamiento:

En algunos casos se encuentra que el odontólogo, si bien explicó al paciente, no lo hizo con los términos adecuados, sino con terminología del ámbito odontológico, de difícil comprensión por parte de personas ajenas a este lenguaje. Igualmente, se hace énfasis en que no es suficiente el hecho de continuar asistiendo a la consulta para determinar que existe un consentimiento tácito o sobreentendido. Ejemplo de lo anterior se encuentra en narrativas como:

«El Paciente desconoce la terminología odontológica, la ciencia y los procedimientos que se le deben practicar, razón por la cual no puede hablarse de consentimientos tácitos de los pacientes por el simple hecho de continuar asistiendo a la consulta». (Versión del TEO).

«...no, le dije que la furca estaba expuesta, no la raíz, claro está que la furca no es un léxico para el común, en ese caso yo empleé términos muy ortodoxos». (Versión de odontólogos).

2.2.6.9 Formato de exoneración:

Dos casos puntuales hacen referencia a «formatos de exoneración». Es importante citarlos por sus implicaciones. Los odontólogos buscaron, en lugar de un consentimiento informado, un documento que evitara futuras demandas por parte de los pacientes, esta es una de las narrativas: «El doctor me puso a firmar unos documentos (de exoneración) sin los cuales no me podía atender y sin prever las consecuencias, firmé». (Versión paciente).

2.2.6.10 Inconformidad en tratamiento a menores: Se pudo observar un número considerable de quejas relacionadas con inconformidades en tratamientos a menores. La mayor parte de las narrativas vienen de parte del TEO, el cual manifiesta principalmente los problemas en el consentimiento informado a los padres o tutores del o la menor.

Es importante tener en cuenta que más de la mitad de los casos dónde existen problemas de CI con menores, tienen que ver con la extracción de piezas dentales.

En las versiones de pacientes, odontólogos y otros, de igual forma, se hacen explícitos los problemas de consentimiento informado y se pueden interpretar también con acciones contrarias a la voluntad del paciente: «La odontóloga sin motivo justificado extrajo un diente de un menor (2 años) a un centro médico por presentar abscesos». (Versión pacientes).

2.2.6.11 Lectura teórica del consentimiento informado: La alusión a literatura sobre consentimiento informado va presentándose de manera incremental en los relatos. Es interesante como recurrir a la teoría del consentimiento se hace de manera argumentada. En su mayoría, la invoca el TEO en las sentencias éticodisciplinarias. Lo más recurrente es el artículo de la revista de la Federación Odontológica Colombiana sobre Consentimiento Informado (2004), y lo incluido como doctrina en el texto del Tribunal Nacional (2003)⁸⁹. Adicionalmente, un odontólogo trae a colación otra argumentación académica: «El consentimiento no se deduce por el hecho de que el paciente permita la realización del tratamiento o procedimiento pues, en las más de las veces, no tiene los conocimientos científicos, el pacien-

te accede amparado en el principio de buena fe y por ello acepta la actuación del profesional, pero, no obstante, ello no significa *per se* que se trate de un paciente informado». (Versión odontólogo).

Uno de los odontólogos acudió a la sentencia de la Corte Constitucional (Sentencia T-401 de 1994) para señalar que: «Vemos como la corte, al enfrentar el paternalismo científico de los profesionales de la salud contra la voluntad de los pacientes, esta pesa frente a lo que el profesional indica, esto se conoce como Consentimiento Informado». (Versión odontólogo).

De igual forma, hubo un abogado que citó el documento «*De la responsabilidad Médica*» de ediciones Rosaristas.

2.2.6.12 Acciones que son contrarias a la voluntad o deseo del paciente: Se codificaron como acciones que son contrarias a la voluntad o deseo del paciente algunas situaciones relacionados con problemas críticos de consentimiento informado en odontología. Se encontró que varios casos presentaron problemas en relación con el deseo contrario de los pacientes en cuanto a un procedimiento o tratamiento realizado. Se evidencian entonces, no solo problemas en la comunicación odontólogo-paciente, sino que las acciones tienen que ver con la no observancia del respeto a la autonomía del paciente en niveles básicos. «Yo no quería que me aplicaran anestesia pero el odontólogo dijo toca y cuando me di cuenta ya me había chuzado». (Versión paciente).

Así mismo, se presentan acciones contrarias al deseo del paciente, evidentes en casos de presión por parte del odontólogo para realizar un tratamiento u otros donde están involucrados menores y se ignoran los reclamos del acudiente: «el odontólogo me ignoraba, no me respondía lo que preguntaba y cuando menos

⁸⁹ Documentos ya citados y producto del trabajo realizado en la Maestría de Bioética de la Universidad el Bosque y el trabajo como docente de la Facultad de Odontología de la misma Universidad.

pensé, le había sacado la muela sin siquiera tomar una radiografía». (Versión paciente). Otras manifestaciones de pacientes, donde además se percibe una tensión muy grande y una desconfianza profunda, como refieren en una queja, al sentirse como «conejillos de indias» en intervenciones sin consentimiento. Igualmente, se presenta el hecho de continuar con el tratamiento pese a la solicitud de una paciente de no sentirse preparada para ello.

Entre este tipo de situaciones, las más frecuentes se relacionaron con exodoncias que, aunque son pocas, es necesario tenerlas en cuenta por el grado de materialidad que se deriva de ellas y la consecuencia no solo física, sino moral y social que se derivan de ello, tanto para el paciente como para la visión social de la profesión. Le siguen, en orden de frecuencia, problemas en la anestesia. En menor proporción están aquellos pacientes que mencionan cosas como poco profesionalismo o sentirse maltratados. También se presentan aquellos casos donde manifiestan problemas con cambio de obturaciones no autorizadas «cuando me di cuenta ya me había quitado mi calza que estaba bien y me había durado años». (Versión paciente). Un aspecto que muestra como los pacientes, al relacionarlo con los costos, se quejan por cambios en la cotización inicial.

2.2.6.13 Procedimiento no odontológico: Entre los procesos, se encontraron casos puntuales en que hubo procedimientos no odontológicos llevados a cabo por profesionales y que presentaron problemas en la aceptación por parte de los pacientes, como lo advierte el siguiente relato: «El odontólogo me quería hipnotizar, y yo lo que quería era que me sacara las cordales». (Versión paciente).

De este tipo de procedimientos no odontológicos se encontraron dos en los que se quería

hacer sesiones de hipnosis y relajación y otro en que se indagó sobre aspectos personales, psicológicos, familiares, pero no sobre aspectos ni médicos, ni odontológicos, como pensaba el paciente que debería ser. En estos casos es importante tener en cuenta que con frecuencia los pacientes esperan que se los interroge solamente sobre aspectos odontológicos, en ocasiones piensan que preguntas sobre su labor o sobre antecedentes médicos, no incumben al odontólogo debido a la misma concepción que se tiene de la odontología en cuanto a que solo se dedica a reparar el daño y resolver problemas de dolor de dientes.

2.2.6.14 Riesgo de muerte: El TEO identifica un caso puntual donde en el CI se señala que uno de los riesgos es la muerte: «...es curioso que en este caso uno de los riesgos haya sido precisamente la Muerte». (Versión TEO).

2.2.6.15 Urgencia: Es importante anotar que aunque solo en dos casos se presentó la urgencia como argumento para no aplicar el consentimiento informado, en uno de ellos es el tribunal quien dice que el odontólogo no estaba obligado a realizar el consentimiento de un menor o esperar la autorización del tutor debido a que era «urgente extraer el molar pues se trataba de un molar destruido», (versión odontólogo) y cita el artículo 11 de la Ley 35 de 1989, como fundamento. El problema es que el artículo 11 hace referencia a la obligación del odontólogo de atender la urgencia si el caso corresponde a su especialidad o a ayudar al paciente a encontrar un profesional que lo atienda adecuadamente.

Cabe aclarar que aquí existe una mala interpretación del deber profesional de atender urgencias vitales y la teoría general del consentimiento informado que expresa que ante las urgencias vitales el profesional antepondrá la vida del paciente a la espera que supondría ob-

tener el consentimiento. Como puede deducirse, se habla de urgencia vital, una en la que está en riesgo la vida del paciente. La urgencia odontológica no es vital y, por tanto, no exonera al odontólogo de aplicar el proceso de CI. Al contrario, por tratarse de situaciones de apremio en las que puede presentarse dolor o angustia por parte del paciente, pueden llevarle a solicitar, por ejemplo una exodoncia, que luego, cuando no hay dolor o molestia, lleven al paciente a reevaluar haber perdido una pieza dental.

2.2.7 Presupuestos fundamentales: Para efectos de analizar el surgimiento del CI en odontología⁹⁰ en Cundinamarca, se asume que se trata del resultado de un proceso permanente de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, y es uno de los fundamentos sobre el cual se establece la relación clínica actual en cada una de sus etapas: anamnesis, examen clínico, implementación de pruebas diagnósticas, tratamiento y seguimiento. Es una exigencia legal y un asunto ético por medio del cual se busca defender los derechos de los pacientes, expresados en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, respeto al paciente y justicia, basados en una relación de confianza fundamentada en un proceso adecuado de concienciación. No es un elemento aislado de la relación clínica que pueda ser cumplido mediante el diligenciamiento de un formato impreso, pero sí debe apoyarse en él, legal y éticamente, pues permite disponer de un soporte documental para verificar si el paciente ha recibido información y la ha entendido luego de ser ofrecida por el profesional.

El documento escrito de consentimiento informado debe ser un formato sencillo que busque

cualificar la relación entre el profesional de la salud y el paciente, una herramienta que favorezca la comunicación entre las dos partes, es decir, debe buscar la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Legalmente es un documento que ampara tanto al paciente como al profesional. Su énfasis debe estar en la información clara, oportuna y veraz. El documento de consentimiento informado es un soporte escrito de un proceso que debe ser *gradual* y *continuo* en la relación clínica con el paciente.

Sin embargo, es importante aclarar que se trata de un proceso que se está aplicando de manera incipiente y en gran medida en forma verbal. El formato escrito se adelanta sobre todo en instituciones, en muchos casos por el afán de cumplir con el requisito legal, pues no existe una apropiación del proceso como elemento para cualificar la relación clínica. El proceso, en su condición de emergencia en la sociedad y en las profesiones, muestra dificultades no solamente en su aplicación por parte de los profesionales de la odontología, o la comprensión y apropiación por parte de los pacientes, también en las instituciones del Estado que lo exigen, pues en muchas ocasiones no saben qué deben pedir. Por ejemplo, se da el caso de funcionarios de la Secretaría de Salud de Bogotá que lo solicitan en las visitas técnicas a los consultorios como formato único de cualquier actividad clínica odontológica, lo cual muestra un gran desconocimiento de aspectos fundamentales que deben tenerse en cuenta, como su especificidad en procedimientos y actividades clínicas⁹¹.

⁹⁰ La definición se elaboró a partir de la teoría realizada en la investigación sobre el consentimiento informado y su aplicación en odontología. Trabajo que realicé en el 2002 para optar por el título de Magíster en Bioética, donde se revisaron diversas formas de abordaje y se optó básicamente por la expresada aquí.

⁹¹ En congresos y conferencias frecuentemente se me insta a contestar en calidad de experto por lo que se le debe mostrar a los funcionarios de la secretaria de salud de Bogotá y en incontables ocasiones se hace referencia a este tópico aquí planteado. Como experiencia personal en atención de consultorio he tenido la misma experiencia de quienes me consultan al respecto.

2.2.8 Aspectos relevantes y estado actual de la teoría del consentimiento informado: En la teoría del consentimiento informado, es indiscutible la importancia de hacer claridad sobre sus condiciones o requisitos: información, capacidad y voluntad. Igualmente, es imprescindible mostrar su nexo con el principio de autonomía⁹² que, como se refirió, sigue teniendo vigencia innegable y una observancia necesaria en la clínica y la investigación. También requiere, como lo evidencian perspectivas latinoamericanas de la bioética, reflexionar y discutir de manera constante sobre la necesidad de ver e incluir tales requisitos o condiciones en el proceso del consentimiento, más allá de sus definiciones, en la complejidad de estos países, ya que están inmersos en relaciones humanas en circunstancias generalmente de apremio y tensión en el contexto de los procesos de salud enfermedad al interior de sociedades con grandes desigualdades e inequidades, por ejemplo, en cubrimiento de necesidades básicas.

Cuando Iván Illich en la introducción de *Némesis médica*⁹³, al referirse a la salud, hace caer en cuenta que la palabra no solo habla de la intensidad con que la gente vive sus procesos internos, sino también cómo hace frente a sus condiciones ambientales y la coloca en el plano de adjetivo calificativo de situaciones éticas y políticas. Deja claro que la salud de las personas depende en mucho de las circunstancias, de la forma como estas favorezcan en un momento dado una capacidad de enfrentamiento adecuado. De ellas, dice Iván Illich, dependerá que las personas puedan realizar sus aspiraciones y enfrentar decisiones de manera responsable y autónoma. Esta es una consideración

inicial clave para ahondar en la complejidad de la teoría del CI, toda vez que, dependiendo de la forma en que las personas se sitúen para pensar la salud-enfermedad como proceso o estado, una situación influenciada por los contextos socioculturales y económicos, también estará matizando o dando visos de mayor o menor importancia a la autonomía, a la forma de transmitir la información a los pacientes, o a la manera de establecer un proceso de comunicación. El modo cómo se toman las decisiones en salud supera los límites de la mera relación entre dos individuos, profesional y paciente, para ser un asunto contextualizado en una realidad socioeconómico-cultural.

2.2.9 Requisitos para el proceso de consentimiento informado: En este orden de ideas, se comprenderá que la mirada sobre los denominados requisitos hacia el consentimiento informado, en primer lugar, no pueden ser simplemente respecto al concepto sino también a su contexto. El sistema de relaciones y otros aspectos a tener en cuenta, como lo asegura Kottow⁹⁴, deben ser analizados pensando más allá de la información en comunicación. Es decir, el asunto no es simplemente uno de comunicación. Se trata de ver tanto la información como la capacidad y la voluntariedad en el contexto en que se desarrolla la vida de los seres humanos, que de alguna manera las relaciona, las enlaza y condiciona con criterios como confianza y ciudadanía.

Desde cuando se empieza a dar uso generalizado al consentimiento informado en investigación y asistencia en salud, es básico abordar los principios centrales sobre los cuales se soporta la perspectiva anglosajona de la bioética, y de ellos, fundamentalmente la autonomía.

⁹² Al respecto es necesario consultar las apuestas teorías ya clásicas sobre consentimiento informado de Pablo Simón Lorda, Diego Gracia, y los documentos internacionales al respecto, código de Núremberg, Informe Belmont, Declaración de Helsinki de 1964, Enciclopedias de bioética, etcétera.

⁹³ ILLICH. *Op. cit.*, p. 18.

⁹⁴ KOTOW, Miguel. *Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*. (4), Montevideo, Red Bioética Latinoamericana y del Caribe. [En línea]. [Fecha de consulta 21 de enero de 2012]. Disponible en <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/participacion%20informad a.pdf>

Así, resulta clave para su aplicación, comprensión y puesta en práctica, tener en cuenta la información que se ofrece al paciente o sujeto de investigación, e incluir criterios como su capacidad, voluntariedad y libertad para decidir. Documentos centrales como el *Código de Núremberg*, el *Informe Belmont*, los *Principios de ética biomédica* de Beauchamp y Childress, las *Guías operacionales para los comités de ética* de la OMS, en fin, enciclopedias y diccionarios de bioética, sentaron las bases respecto a estos tópicos.

Entre expertos de habla hispana es frecuente citar el tratado que Simón Lorda elaboró en el 2000 sobre historia, teoría y práctica del consentimiento informado, así como los aportes de Diego Gracia en sus múltiples publicaciones al respecto. Si bien las reflexiones y los elementos fundamentales se ubicaron inicialmente en la investigación, también es claro que han sido la base para la asistencia clínica. Los textos y autores citados se han constituido hoy en elementos claves para el abordaje del tema. En ellos han quedado sentados los fundamentos para la implementación del consentimiento informado en la clínica humana. La literatura actual al respecto es muy extensa y en ella es indiscutible, casi pudiera decirse mandatorio, tener en cuenta los mencionados elementos: información, capacidad y voluntariedad.

En Colombia se han escrito para la medicina, sobre todo desde el derecho, aproximaciones juiciosas por parte de autores como Castaño⁹⁵ y la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE), que tratan aspectos legales de la responsabilidad médica, e incorporan esta dimensión para toda la atención en salud, dimensión muy actual dada la visión cada vez más legalista y normalizadora de la sociedad, pero también cargada de tensiones y problemas en las relaciones en salud.

⁹⁵ CASTAÑO, María. *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Medellín: Temis, 1997.

Las universidades empiezan a realizar trabajos tanto desde miradas cualitativas como cuantitativas⁹⁶, que generalmente toman elementos citados anteriormente. En mi perspectiva, el problema ha estado en verlos de manera técnica instrumental, dado que en asuntos tan complejos como este del CI no parece ser la mejor vía. Por tanto, en esta parte se intenta hacer un análisis de dichos aspectos para la profesión odontológica, aclarando de antemano que se tratará de ir más allá de las propias definiciones, a lo complejo de cada punto.

Un aspecto que debe ser especialmente tratado es la forma como se aborda este asunto en las guías del Ministerio del Trabajo y de la Protección Social en Colombia 2009⁹⁷, donde se formalizan *requerimientos básicos necesarios* para el consentimiento informado. Su punto de partida está consignado entonces en los diversos documentos enunciados, de donde se desprende su uso⁹⁸. Desde allí se empieza a vislumbrar tanto su importancia como su complejidad, su factibilidad, sus problemas y sus limitaciones. Muy pronto en las jurisprudencias, en la academia y en la práctica, surge una gran discusión respecto de su uso. En este sentido, resultan preguntas como:

¿Se puede hablar de los tres elementos⁹⁹ información, capacidad, comprensión y volunta-

⁹⁶ Al respecto se encuentran reflexiones interesantes sobre todo en las tesis de grado de la Universidad El Bosque y la Universidad Javeriana que tienen ya un camino recorrido en la enseñanza investigación de la bioética clínica y donde es recurrente el tema del consentimiento informado, la autonomía, la toma de decisiones en salud. También es tratado en otras publicaciones como los cuadernos del CIDS de la Universidad Externado de Colombia.

⁹⁷ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Op. cit.*, Documento que tiene problemas en su redacción y en la forma cómo concibe y aplica el consentimiento informado, por ejemplo en el tratamiento general que le da al tema.

⁹⁸ Código de Núremberg, informe Belmont la declaración de Helsinki, Guías, etc., que detallan y definen todos estos aspectos.

⁹⁹ TEALDI. *Op. cit.*, p. 244.

riedad con pretensiones universalistas? ¿Son iguales en todos los contextos y actividades clínicas? ¿Son independientes o se debe ver la interacción entre ellos?

Aunque tempranamente se inicia su aplicación e implementación bajo los referentes ya expuestos, aparecen pronunciamientos respecto a los problemas que tiene el proceso en los diferentes escenarios¹⁰⁰. Hoy, es evidente que el CI tiene una diferente necesidad de aplicación y abordaje en los escenarios donde se debe aplicar: el amplio, especializado y diversificado campo de la salud, el cual incluye tanto actividades clínicas como investigativas. Igualmente, muestra diferencias en los disímiles contextos sociales y biográficos, lo que evidencia su gran complejidad, pero también lo poco adecuado de verlo igual para todo y para todos, es decir, generalizarlo.

2.2.10 Información y comunicación: Existen diferentes categorías de información (verbal, imagen, texto) todas pueden en un momento dado estar involucradas con la comunicación, pero claramente no son el proceso de comunicación entre el profesional con el paciente.

En la información es importante hacer referencia a su cantidad, calidad, oportunidad, quién y cómo debe darse¹⁰¹, etc. Existe también algún consenso en las aproximaciones teóricas y los pronunciamientos legales, como las jurisprudencias o respecto a lo que se debe informar: qué se va a hacer, los riesgos previsibles, los riesgos de baja ocurrencia pero alta materialidad, otras alternativas de tratamiento, las ventajas y desventajas tanto de alternativas de tratamiento como de los diferentes procedimientos diagnósticos, etc. A la luz del desa-

rollo actual del consentimiento informado, se espera que la información varíe de acuerdo con la práctica clínica de que se trate. Por ejemplo, para prácticas de cirugía estética, o ante tratamientos que suelen ser de carácter electivo, la información debe ser más completa, por tanto, extensa y espaciada en el tiempo,¹⁰² o para tratamientos cosméticos y estéticos como los denominados *diseños de sonrisa*, la información sobre el procedimiento, la alteración de tejidos normales y los riesgos, debe ser minuciosa.

Puede decirse que, dependiendo de la actividad clínica, varía el acento en uno u otro aspecto, en casos como el de las pruebas diagnósticas es claro que el énfasis tendrá que estar en el objetivo de la intervención y los posibles riesgos, en casos como pacientes oncológicos puede llegar a ser relevante el derecho a no saber, a quién se debe informar, etc. En algunas patologías, con frecuencia de mal pronóstico como el mismo caso del cáncer, debe valorarse y tenerse en cuenta la participación de la familia¹⁰³, pero quizá sea pertinente, en algunas situaciones, que los cuidadores primarios también participen en la comunicación.

Ahora bien, no existen realmente parámetros objetivos que digan hasta dónde y en qué términos se debe proporcionar la información. Si bien esta es fundamental, es cada vez más importante hacer énfasis en la necesidad de un proceso de comunicación en el que prime la confianza, de esta manera se mejorara la comprensión. En la intención de comunicar noticias sobre salud, no se puede pensar que únicamente con informar es suficiente, si no se conocen los grados de comprensión, si no se pregunta al paciente qué está entendiendo, qué

¹⁰⁰ FUNDACIÓN GRÍFOLS. *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona: 2002., p. 231.

¹⁰¹ ESCOBAR, M. *Op. cit.*, p. 22. Para ver las características deseables en la odontología en Colombia.

¹⁰² TEALDI. *Op. cit.*, p. 217.

¹⁰³ WIESNER, Carolina. y MONSALVE, Luisa. *Interactuar, deliberar, comunicar. Un estudio de caso el consentimiento informado en el Instituto Nacional de Cancerología centro de investigaciones sobre dinámica social*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2009.

dudas tiene, el proceso será siempre incompleto. Comunicar es un proceso que requiere de interlocución, mientras que informar puede realizarse con solo tener una fuente, visual, escrita, oral, etc., situación en que no se establece un proceso de comunicación como tal debido a que no podemos evaluar si la información fue recibida, comprendida o procesada por lo que en la jerga especializada llaman el «receptor».

La comunicación no es unidireccional, la información sí puede serlo, y allí corre el riesgo de ser interpretada de manera diferente a la forma como la envía el denominado «emisor». Como lo advierte Wolton¹⁰⁴ históricamente se ha confundido una con la otra, el problema es que en la actualidad, con la falacia creada desde los llamados medios de comunicación (que no son tales pues suelen ser de una vía: emisor-receptor), el desconcierto tiende a ser mayor puesto que, por un lado, tales medios ganan adeptos y la gente se cree participe en la comunicación pero, por otro, piensa y acepta que está bien informada. Quienes problematizan de manera drástica el asunto, llegan incluso a aseverar que no se deberían llamar medios de comunicación puesto que ni siquiera llegan a informar, más bien se trata de medios de desinformación. Chinchila¹⁰⁵, refiere como en ocasiones se le denomina el *cuarto poder* pues los medios se convierten, entre otras, en transformadores de la realidad, ya que no solo la invisibilizan, sino que también suelen minimizarla o maximizarla, es decir, manipularla, aunque la muestren objetiva y acrítica. Comprender que la información es primordial en el consentimiento informado es algo básico, pero es necesario estar claros que solo es parte del proceso comunicativo.

¹⁰⁴ WOLTON, Dominique. *Informar no es comunicar*. Barcelona: Gedisa, 2010.

¹⁰⁵ CHINCHILA, Marcos. *Poder, medios de comunicación social y trabajo social. Naturaleza de los medios de comunicación modernos*. San José: 2002. [En línea]. [Fecha de consulta 3 de febrero de 2012]. Disponible en <http://unpan1.un.org/intradoc/groups.pdf>

Hacia la cualificación del proceso del consentimiento informado, se requiere entender, desde diferentes ángulos, aspectos como la calidad y extensión del dialogo en diversos escenarios, se requiere disponer de mejores canales de comunicación verbal, escrita y de ayudas didácticas, contar con el tiempo adecuado, apoyarse en otros actores del equipo de salud, contar con el apoyo de la familia, en casos particulares, etc. Estos aspectos deben ser pensados de manera cuidadosa ya que cada contexto suele requerir ciertas particularidades, si no es así ¿De qué otra manera hacerle frente por lo menos a la diversidad y especificidad que presenta cada situación y la argumentación que requiere cada caso?

La consulta odontológica tiene variaciones en cuanto a necesidades o preocupaciones del paciente. Pero quizá más importante aún es la modalidad que la atención en salud oral muestra, y de la que hay algunos aspectos a resaltar:

La profesión odontológica tiene una modalidad de práctica que comparte con pocas actividades clínicas, debe «ingresar» en el cuerpo del otro, un otro consiente (no como ocurre generalmente en cirugía con el paciente anestesiado) y que en cierta manera, expone su humanidad y su intimidad ante el profesional. Esto tiene connotaciones sociales, psicológicas y culturales de no poco cuidado, que han llevado a los odontólogos a manejar unas dinámicas de relación clínica que incluyen, por ejemplo, estar constantemente contando al paciente qué se le va hacer, qué va sentir, etc.

La posición misma en que se proporciona la acción clínica: el paciente semiacostado y en cierta medida a merced de su odontólogo tratante, o el miedo, que ha existido ancestralmente, al trabajo sobre los dientes y la boca, son hechos que influyen en la dinámica de comunicación. Para tranquilizar al paciente, los odontólogos

tradicionalmente van hablando sobre los por-menores de su actuación.

En odontología, habitualmente en nuestras sociedades se ha dado una dinámica de prestación de servicios mediada por la compra y venta. El profesional ha manejado la información de manera muy diferente a como se da en otras áreas de la salud, dado que constantemente informa de los costos de los diferentes procedimientos, los materiales y los métodos, cosa que no se da en otras áreas de la salud como la medicina, ya que el médico, por ejemplo, solicita exámenes y prácticamente no es de su incumbencia cómo va a hacérselos el paciente. Hoy, con el actual sistema de salud, el médico poco interviene en quien debe dar la orden, quién autoriza el procedimiento, si tal procedimiento está o no cubierto por una aseguradora, etcétera.

Teniendo en cuenta los aspectos resaltados, es claro entender que en odontología la información y comunicación en el consentimiento informado no tiene ni ha tenido la misma modalidad que en otras profesiones y, por tanto, se debe estudiar de manera específica, así como también debe entenderse que su incorporación y normatividad debe ser aplicada de manera más cuidadosa.

2.2.11 Capacidad de decisión y voluntariedad en el consentimiento informado en el contexto de la construcción de ciudadanía en nuestras sociedades: Capacidad, en general, alude a la aptitud que se tiene para cumplir determinada tarea. En lo que atañe al consentimiento informado, es fundamental tener en cuenta este aspecto, pero también lo relacionado con la capacidad jurídica ya que es la que más se cita, la cual tiene que ver con la aptitud de la persona frente a la titularidad de derechos y de obligaciones. En este sentido se encuentra ligada al concepto

de ciudadanía. Es allí donde es importante analizar el contexto en que se toman dichas decisiones. Generalmente lo que se hace es definir por separado capacidad, voluntariedad, ciudadanía, etc. En esta parte, si bien se incluyen algunos conceptos que son básicos para la comprensión tanto histórica, como ética y legal, se intenta realizar una reflexión que los aborda en su complejidad. Definirlos y verlos por separado resulta sencillo, y quizá didáctico, pero no se avanza en el sentido de un análisis que nos ayude a una comprensión en contexto.

En el artículo 90 del Código Civil Colombiano queda establecido que la capacidad jurídica nace con el inicio legal de la existencia de la persona y esto se materializa cuando se separa completamente de la madre. Luego, en el artículo 1502 del mismo código, se establece: para que una persona se obligue a otra por un acto o declaración de voluntad, es necesario que:

- sea legalmente capaz;
- consienta en dicho acto o declaración y su consentimiento no adolezca de vicio;
- recaiga sobre un objeto lícito. En nuestro caso la atención en salud oral bajo los parámetros que establece el Código de Ética, relacionados con los criterios de idoneidad, tratamientos dentro del rigor científico y técnico, prestando servicios profesionales de calidad y en forma oportuna;
- tenga una causa lícita.

Según el Código Civil, «La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, y sin el ministerio o la autorización de otra». Así, la Ley prevé que toda persona es

legalmente capaz, excepto aquellas que la Ley, expresamente considera o declara incapaces (Código Civil, Art., 1503, 1504, 1527 y demás relacionados)¹⁰⁶.

En salud, suele explorarse solamente la determinación legal de la capacidad y, como es lógico, se interpretada de manera legalista: por capaz se toma a todo aquel mayor de 18 años en quien no se ha determinado lo contrario, es decir, en los casos que es evidente, como aquella incapacidad absoluta (suele ser el tutor legal quien solicita los servicios y realiza todas las actividades que normalmente haría el paciente). Ocurre además que en los casos donde se encuentra limitación o impedimento para determinar la capacidad, esta se hace evaluar (como en investigación)¹⁰⁷, evaluación en que se determina mediante una declaración médica legal que solo la expide un psiquiatra, psicólogo o neurólogo, según lo establece la resolución.

En la atención clínica, sin embargo, realmente no existen parámetros claros al respecto. Suele depender de aspectos circunstanciales como la intuición, la institución, la experticia y demás elementos que se manejan en la práctica clínica, o por el clínico. En determinados casos se cree que es importante establecer dicha capacidad porque la situación así lo amerita o debido a que la capacidad está en entredicho o no se ha establecido claramente, con el agravante de estar relacionada con la aparición de conflictos, sobre todo relacionados con inquietudes

y aun prejuicios del profesional, que en ocasiones no logra entender las preferencias del paciente, a menos que estén relacionadas con discapacidad. Por ejemplo, cuando un paciente no quiere que le realicen un procedimiento de endodoncia por creer que la muela «está rezada» y de todas maneras la perderá. En medicina, un caso clásico es el de un testigo de Jehová que no se quiere dejar transfundir. El profesional solicita entonces una valoración de capacidad influenciado más por su forma de ver la vida, desde sus creencias y su saber técnico científico, que le impide o limita la comprensión del paciente.

Cuando la situación es «límite» el profesional llega a pensar que el paciente se «quiere dejar morir». El problema es que todo esto depende más de concepciones y valoraciones individuales que de un juicio crítico que incluya elementos objetivos para evaluar este tipo de situaciones.

Así las cosas, en clínica odontológica es clave entender que existen vacíos para establecer claramente la capacidad del paciente. En general, todas las personas son usuarios de servicios odontológicos y en esta medida las capacidades de decisión deben ser atentamente observadas en cada caso en particular y en su contexto, ya que elementos culturales, sociales y aun creencias propias, también suelen incidir en las decisiones y la voluntad del paciente. En resumen, no todos los casos requieren los mismos niveles de capacidad para las decisiones.

Más allá del criterio legal, está la consideración del encuentro de voluntades, donde un paciente que logre buena comunicación con su profesional tratante y donde se incluya información suficiente y bien comprendida en relación con una adecuada actitud psicológica¹⁰⁸ puede de-

¹⁰⁶ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Código Civil Colombiano*. Diario Oficial del Congreso de la República, última versión año 2011. Al respecto es importante detenerse en el análisis de capacidad absoluta la cual incluye dementes, impúberes y sordomudos que no se o puedan hacer entender de manera escrita y todo lo concerniente a la incapacidad relativa y lo estipulado por el código.

¹⁰⁷ Resolución 008430 de 1993, «Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud» Diario Oficial, Ministerio de Salud, 4 de octubre de 1993.

¹⁰⁸ TEALDI. *Op. cit.*, pp. 217-221.

cidir libremente, en ambientes de confianza y asertividad, de acuerdo con sus necesidades, sus recursos y sus deseos. Esto solo se logra cuando se da el grado de discernimiento requerido para la elección de que se trate. Aquí, vuelve a surgir el problema de los criterios, muy difíciles de establecer y variables de una persona a otra, en ocasiones, independientes de su grado de escolaridad. En este sentido, es necesario entender que en el grado de discernimiento cuenta no solo el coeficiente intelectual del paciente, sino su disposición, su estado de ánimo, la forma como es informado y de quien está recibiendo la información, si es o no acorde con sus preferencias, etcétera. Como puede verse, existen elementos que tiene que ver con el individuo que decide y con la persona con quien interactúa, en nuestro caso el odontólogo, pero también con las condiciones y circunstancias en que se toman las decisiones. No es lo mismo una decisión sobre algo que se hace aquí y ahora, por ejemplo, una exodoncia, que un tratamiento que puede variar en el tiempo o generar incomodidades o situaciones que en un momento lleven al paciente a cambiar de opinión, como suele suceder en tratamientos de ortodoncia.

La situación puede complicarse más, y así sucede con las, cada vez más solicitadas, terapias estéticas, que hacen parte de las medicinas del deseo. No es lo mismo tener que decidir frente a un tratamiento obligatorio dada una patología que, de no tratarse, empeoraría la situación actual, que un tratamiento en que el paciente pretende o espera mejorar una condición actual que puede ser adecuada desde lo funcional pero no complace al paciente desde lo estético.

2.2.12 Ciudadanía: Para analizar la forma en que se toman las decisiones en salud teniendo en cuenta contextos socioeconómico-culturales diferentes, se considera necesario abordar la forma como se construye la idea de ciudadanía

en un escenario particular, en nuestro caso, el departamento de Cundinamarca.

2.2.12.1 Conceptos básicos: Ciudadanía es un concepto o categoría sociopolítica y, como tal, está sometida a constante construcción y cambio. Alude a prácticas específicas como ejercer derechos y responsabilidades en el ámbito colectivo¹⁰⁹. Esto se suele abordar desde diferentes concepciones políticas¹¹⁰ que no serán contempladas aquí, pues simplemente haremos una aproximación a lo que se refiere en la actualidad y las formas y dificultades que enfrenta en su desarrollo en nuestro contexto, para ver su relación con la dinámica en que se abordan las decisiones en salud oral. Se concibe obedeciendo a ciertas reglas establecidas, donde permanentemente se presenta el debate que incluye examinar la igualdad y la diferencia, sin perder de vista el problema que genera la exclusión.

Si bien es necesario entender que no se reduce a esto, sí debemos advertir que se ha convertido en tema central de análisis ya que este es el contexto en el que se desenvuelven hoy las colectividades humanas y en el cual se llevan a cabo los procesos de toma de decisiones. Dicho contexto incluye el debate sobre como concebir la idea de ciudadanía. Para estudiosos del asunto, como Jelin, se deben incluir «tres ejes claves»¹¹¹: en primer lugar, la discusión sobre la naturaleza de los sujetos que se consideran ciudadanos; en segundo lugar, el debate sobre cuál es el contenido de los derechos de ese ciu-

¹⁰⁹ De esta manera se incluyen las dos tendencias: liberal que prioriza el sentido del derecho (relación Estado y sociedad) y la ciudadanía más como responsabilidad en el pensamiento comunitarista y republicano.

¹¹⁰ La filosofía política se encarga de analizar entre los tres modos; comunitarista, republicano y liberal las diferencias, vínculos y complementariedades.

¹¹¹ JELIN, Elizabeth. Igualdad y diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina. Buenos Aires: Ágora. En Cuadernos de estudios políticos, (7): 1997, pp. 189-214.

dadano, lo cual incluye la pregunta sobre los derechos universales y la relación entre derechos civiles, políticos, económicos, colectivos, individuales y globales. El tercero y último eje, es la discusión sobre responsabilidades inherentes a la relación ciudadanía-Estado, es decir, obligaciones o deberes ligados a la ciudadanía.

Así, ser ciudadano significa primordialmente tener deberes y derechos, lo que equivale a poseer un sentimiento de pertenencia a una comunidad política. Igualmente, significa obtener un reconocimiento de esa comunidad política a la que se pertenece. En ese sentido, se trata de entender pertenencia y reconocimiento como expresión de deberes y derechos¹¹². Del mismo modo, es necesario tener en cuenta que el criterio de ciudadanía está directamente ligado al de capacidad, como afirman Kymlicka y Norman¹¹³. La ciudadanía no es simplemente una condición legal, definida por un conjunto de derechos y responsabilidades, es también una identidad y reafirma la expresión de pertenencia a esa comunidad política, la cual se configura a partir de una dinámica y unas representaciones sociales¹¹⁴ y se convierte en expresión de conocimiento y prácticas sociales en las cuales se incluyen, por supuesto, los

deseos y necesidades en salud que influyen en las decisiones a tomar.

Desde la perspectiva liberal de ciudadanía como derecho, corresponde al Estado garantizar los derechos y libertades de los individuos y en esa medida no debe interferir «en los proyectos de vida personales, ni en las preferencias ni perspectivas morales de los individuos»¹¹⁵. El Estado debe mantener neutralidad y respeto a la pluralidad de los ciudadanos en tanto que, libres e iguales, deben hacerse cargo de sus propias vidas. Sin descuidar, como lo aseguran Sánchez y Abellán, que «se olvida muchas veces que el sistema público de salud garantiza una pacífica convivencia ciudadana, garantizando igualdad para evitar injusticias que se producirían en otro caso»¹¹⁶. El asunto, en el contexto que nos ocupa, está relacionado con plantearse estas preguntas: ¿Cómo se dan esas garantías? ¿Qué sucede cuando no se dan?

Perilla¹¹⁷ realiza, en el periodo en que se reconstruye la historia del consentimiento informado en Cundinamarca: «Política social y construcción de ciudadanía. El caso de las administraciones Mockus, Peñalosa y Garzón en Bogotá». Esta autora se propone establecer «el rumbo de los postulados de filosofía política en Bogotá, durante las últimas administraciones y, en esa medida, explica si podemos vislumbrar nuevas apuestas políticas y sociales para la construcción de ciudadanía en la capital»¹¹⁸. Para el análisis, es muy importante tener en cuenta, además del ciudadano político, la condición de

¹¹² *Ibid.*, p. 189.

¹¹³ KYMLICKA, Will y WAYNE, Norman. El retorno del ciudadano. una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía. Buenos Aires: Ágora (7), 1997, pp. 5, 17 y 42.

¹¹⁴ MOSCOVICI, Serge introdujo en 1961, en el marco de la psicología social, las representaciones sociales como una modalidad de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos «Las RS, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo», en las representaciones sociales. Ver: FLACSO, Ejes teóricos para su discusión. Cuadernos de FLACSO (127) [En Línea] San José: 2010. Disponible en <http://www.flasco.or.cr> [Fecha de consulta: 12 de febrero de 2010].

¹¹⁵ PERILLA, Leonor. *Política social y construcción de ciudadanía. el caso de las administraciones Mockus, Peñalosa y Garzón*, Tesis de Maestría (Para optar al título de magíster en Ciencia Política) Quito: Flasco, 2001, p. 7.

¹¹⁶ SÁNCHEZ, Javier y ABELLÁN Fernando. *Enfermería y paciente cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*. Granada: Comares, 2007, Presentación.

¹¹⁷ PERILLA. *Op. cit.*, Presentación.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 3.

«ciudadano social», quien no solo participa del «debate público» en ejercicio de su razón, sino que también se organiza y participa en la solución de sus necesidades fundamentales para alcanzar una vida digna. Justamente allí está el asunto problemático, pues los procesos de formación de ciudadanos libres e iguales se *dan de manera imperfecta y así se generan procesos de ciudadanía truncos e incompletos*¹¹⁹.

A lo largo del texto, la autora muestra lo problemático de las condiciones de inequidad, desigualdad, corrupción y violencia que afectan la atención en salud. Soportada en cifras e informes internacionales¹²⁰ Leonor Pinilla aporta algunos elementos fundamentales y útiles para nuestro análisis respecto al desarrollo y aplicación de la teoría del consentimiento en odontología. Según refiere, se ha frenado o estancado la cobertura en salud, la cobertura en educación ha disminuido debido a dificultades económicas de las familias y se ha aumentado la familia extensa, dadas estas mismas condiciones¹²¹. Así las cosas, es claro que la forma de asumir los derechos (elegir un tipo determinado de tratamiento, las responsabilidades sobre su salud o la de su familia) estarán afectadas por determinantes sociales como los señalados.

Revisando los fundamentos de las políticas públicas en estas administraciones y en el contexto en que se han dado en Bogotá, la autora sostiene que, si bien es importante resaltar que se ha avanzado en la concepción de ciudad y de orden social y se han incorporado «naciones de derechos, inclusión social, equidad social,

respeto a las diferencias de género, generación y etnia, así como respeto por la vida y las normas de convivencia, como valores éticos fundamentales»¹²², es necesario un ambiente adecuado para que asuntos como *Pertenencia, Derechos, Deberes Morales y Justicia* se realicen y le den verdadero sentido a la condición de ciudadano como *sujeto autónomo y comprometido consigo mismo y en su contexto*. En ello es necesario tener en cuenta que el Estado, como representante de la institucionalidad y responsable de hacer efectivo el «pacto social» sobre el que se soporta su legitimidad, debe cumplir su papel. Lo que se espera en una sociedad de derecho es que el Estado brinde las posibilidades de que los individuos desarrollen libremente la personalidad, se les garantice los mínimos sociales, entre los que están servicios de salud, educación, vivienda, es decir, se dé cumplimiento a la constitución y las leyes para evitar la exclusión o la marginalidad, que impiden la formación y participación ciudadana.

Como vemos, para aproximarnos a un análisis comprensivo de la vida en comunidad, de la forma como en estos colectivos humanos actuales se toman las decisiones, en nuestro caso la forma como se opta por una intervención determinada en la salud oral, es fundamental entender la forma como los individuos adoptan sus deberes y enfrentan sus responsabilidades y cómo el Estado está propiciando o no que se generen contextos adecuados para tales decisiones. Es claro que, aunque en la atención directa las decisiones se toman de manera individual, las condiciones para optar en la vida se construyen en colectivo, es decir, socialmente.

Revisar la teoría de la ciudadanía y la construcción de ciudadanía, por lo menos da luces para entender que el consentimiento informado no es solo un asunto relacionado con el principio

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 39.

¹²⁰ En el texto se mencionan los informes del banco mundial desde los años 90, las revisiones de expertos como Libardo Sarmiento, PNUD, misión social CID etc., en los cuales se asegura que la distribución de la riqueza ha empeorado (teniendo en cuenta el GINI), esto junto con el deterioro del capital físico y social.

¹²¹ GONZÁLEZ, Iván. *Evolución de los principales indicadores en Bogotá 1990 a 2003*. Bogotá: CID -Universidad Nacional de Colombia-Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004. Citado por PERILLA. *Op. cit.*, p. 72.

¹²² PERILLA. *Op. cit.*, p. 72.

de autonomía, y otros dos o tres tópicos. Muy por el contrario, lo que devela es que el contexto social, político y cultural cuenta de manera fundamental, así como los aspectos profesionales, los relacionados con la organización, la academia, la institucionalidad, etc. Aspectos sociales, relacionados con la construcción de Sociedad Civil, por ejemplo, y lo que le compete al Estado en cuanto a implementación de políticas públicas, planes de desarrollo, etc., serán esenciales para la comprensión de sus problemas y la forma en que se desarrolla y se ha ido construyendo una trayectoria de trabajo en materia de consentimiento informado.

2.2.13 La confianza en el consentimiento informado¹²³: El criterio de confianza¹²⁴ es relevante ahora que se habla de consentimiento informado, pero es necesario tener en cuenta que este ha sido la base de la relación clínica en la medicina de Occidente, surgida en la *tekhne-iatrike* griega. Desde esa época (siglos VI y V antes de Cristo) el modelo de relación de la medicina fue paternalista y hasta llegar al siglo XX el paciente fue visto como alguien incapaz para discernir acerca de lo que es bueno o no para su salud, por tanto, su autonomía no se consideraba. No se puede, sin embargo, decir lo mismo de la confianza, que siempre estuvo presente, no solamente en la historia de la medicina de Occidente, sino en otros pueblos y culturas. Para solo citar un ejemplo, las llamadas medicinas alternativas, desarrolladas antigua y ampliamente en Oriente, basan en la confianza la relación profesional-paciente.

En nuestra tradición occidental, en el Libro Uno de *Las epidemias* (medicina hipocrática)

¹²³ ESCOBAR, M. *Op. cit.*, Reflexión elaborada como parte de las investigaciones y la docencia que alrededor del consentimiento en la última década.

¹²⁴ La confianza se suele definir como una hipótesis sobre la conducta futura del otro. Se enuncia desde la teoría estructural-funcionalista, como la base de todas las instituciones, se hace referencia a que ella funciona como correlato y contraste del poder.

resulta fundamental que el paciente confíe en el médico y que este, a su vez, logre la confianza del paciente. Para tal fin, el médico hipocrático debía acudir a cuatro recursos: la buena fama adquirida por su práctica, su acierto en el pronóstico, el decoro en la apariencia y el tino al hablar¹²⁵. En 1954, Louis Portes en el texto *En busca de una ética médica*, publicado en Francia, reseña una frase que viene muy bien al abordaje actual del CI, la relación médico-paciente sería «una confianza que se deposita en una conciencia»¹²⁶.

Parece claro, en consecuencia, que la confianza ha sido tema de preocupación en la medicina, pero también se hace evidente que es fundamental para el consentimiento informado, pues el paciente parte de tener confianza en quien deposita el cuidado de su salud. Adicionalmente, en la última década, la confianza ha adquirido relevancia particular en la relación clínica con el paciente, ahora vinculada a la toma de decisiones, aunque no se habla del *depósito* sino del *encuentro* de una «confianza» con una «conciencia»¹²⁷. Hoy adquieren especial notoriedad los postulados de Onora O'Neill, quien se refiere a la confianza como un valor «con elevado capital social», y afirma que, si no se dice mentiras ni se engaña, podrían obviarse muchas de las estrategias que, a la postre, generan más desconfianza. Esto puede estar sucediendo en nuestros sistemas de salud cada vez más sometidos a controles, como las llamadas Normas de Buenas Prácticas Clínicas, las listas de chequeo y las auditorías, donde la confianza luce menos importante que el com-

¹²⁵ LAIN, Pedro. *La relación médico-enfermo*, Madrid: Alianza, 1983, p. 83.

¹²⁶ DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Quebec: Editions Fides, 1999, p. 114.

¹²⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. *La salud y los derechos humanos* 1999, sostiene en el prefacio que la relación médico-paciente es el encuentro de una confianza con una conciencia.

promiso¹²⁸, o el contrato. O'Neill cita algunos estudios realizados donde se evidencia la desconfianza a pesar de todos estos «controles» y llama la atención sobre la puesta en práctica del principio de precaución¹²⁹.

Hoy, en el contexto de las sociedades capitalistas, la salud se ha sometido a las reglas del mercado, se trata de un asunto de producción y de consumo, ha pasado de ser una necesidad a constituirse en un servicio¹³⁰ que cumple la dinámica del comercio. La odontología institucional se ha edificado con esta mirada, y la prestación de servicios de salud está condicionada fundamentalmente al pago en contraprestación. Esta lógica económica, desde luego, tiende a crear climas de desconfianza, resistencia y distorsión de los objetivos de la atención en salud, no a crear climas propicios para una buena relación odontólogo-paciente, donde prime la cordialidad y la franqueza, fundamentales para generar confianza.

Peyrefitte¹³¹, al revisar algunos hitos para el descubrimiento de la confianza, intentando construir un enfoque etológico para ella, revisa los postulados de Hegel y Montesquieu y deduce, con base en ellos, que las sociedades más desarrolladas son aquellas en las que los individuos tienen espacios propicios para emanciparse, para lograr desplegar su autodeterminación, tienen grados de autonomía y alcanzan espacios políticos donde priman, para gobernar, mucho más las causas morales que las físi-

cas, «el *ethos* de la confianza competitiva y la mentalidad propicia a la adaptación exitosa no corresponde a comunidades predestinadas en el marco de una mística o de una teología, son más bien fruto de una libre elección del destino personal. Resultan de una voluntad de superarse a sí mismo en una empresa arriesgada pero racional»¹³². El hombre que logra desarrollarse adecuadamente en sociedad establece grados apropiados de confianza en sí mismo, en sus capacidades, en su entorno y en la posibilidad de relación con los otros, todos asuntos básicos en las relaciones profesionales-pacientes.

Un elemento importante de resaltar es el relacionado con la confianza en los contextos actuales donde se desarrolla la actividad clínica. Allí también la confianza juega un papel importante en cuanto a cómo se asumen responsabilidades y corresponsabilidades, que incluyen las de información y comunicación en el contexto de la atención. Se debe tener en cuenta la forma como se trabaja en equipo en la atención en salud. Actuar en salud adquiere, en ocasiones, la modalidad de dependiente, coordinado, también subordinado, y por esto requiere de relaciones de confianza, como criterio para delimitar responsabilidades (esto se da por ejemplo en la jurisprudencia española)¹³³.

La actuación en equipo también está basada en la confianza, por ejemplo, del cirujano en la instrumentadora o del anestesiólogo en el cirujano, y viceversa. Así, el principio de confianza significa que cada uno es responsable de su acción. La división del trabajo suele ser vertical y, en tal sentido, basarse en la confianza. Se habla, por ejemplo, de división radial cuando se da con otros departamentos y en un caso como este se podría citar la relación clínico-departamento de radiología o laboratorio clí-

¹²⁸ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*, Cambridge University Press. Traducción libre del inglés, 2002.

¹²⁹ CONSEJO EUROPEO. Niza, 2000. Así como otros documentos internacionales se han pronunciado al respecto de la precaución cuando no es claro el establecimiento de nivel de riesgo y donde debe tenerse en cuenta, entonces, el principio de proporcionalidad y la inclusión de criterios de prevención.

¹³⁰ ILLICH. *Op. cit.*

¹³¹ PEYREFITTE, Alain. *La sociedad de la confianza*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1996.

¹³² *Ibid.*, p. 380.

¹³³ SÁNCHEZ y ABELLÁN. *Op. cit.*, p. 128.

nico. También llaman vertical cuando es, por ejemplo, entre cirujano maxilofacial–anestesiólogo–instrumentadora. Estos son espacios que, si bien suelen partir de normatividad, delimitación de funciones, etc., se espera que partan de dinámicas de trabajo en equipo basadas en criterios de confianza, solidaridad, etc. El asunto problemático es que la sociedad de consumo le ha dado a la odontología un matiz comercial en el que los campos se disputan en cuanto a competencias de ejercicio, más por el lucro que por las mismas necesidades de los pacientes, las colectividades y la misma profesión, aspecto que se mantendrá desde los inicios de la institucionalización de la profesión¹³⁴. Esto es evidente en la avasalladora forma en que los medios masivos muestran la comercialización y la disputa por el *potencial cliente*.

El Hastings Center, al reflexionar sobre «los fines de la medicina», advierte de los peligros que corre el sector de la salud y al respecto afirma: «Los mercados no tienen la capacidad de determinar prioridades sociales de una manera prudente, ni comulgan con los objetivos de la medicina»¹³⁵. Hoy se distorsionan los objetivos que la medicina tuvo a lo largo del tiempo, al imponer nuevas racionalidades, sobre todo la económica, en las decisiones de salud.

En odontología es necesario revisar el desarrollo institucional en que surge como profesión y se consolida, en el último siglo y medio, una visión de salud como servicio, más que como necesidad¹³⁶ o derecho. Igualmente, debemos decir que la autonomía, como principio, y a la que generalmente se remite y reduce el consentimiento informado, es una condición

relacionada con la justicia y con las condiciones sociales y culturales en que ocurre la prestación de esos servicios, y con la confianza, por tanto, separarla de dicha realidad luce, al menos, inocente.

Por otro lado, para el caso específico colombiano, no se puede enunciar una teoría sobre consentimiento informado sin analizar los procesos y las trayectorias que llevan a la utilización de los documentos escritos y los que aparecen, como exigencia legal, en la Resolución 1995 del año 2000 sobre Historias Clínicas, donde se establece como un anexo de la historia clínica. Así, se ha ido convirtiendo poco a poco en un documento que debe hacerse firmar, pero no se ha incorporado como un proceso de comunicación o diálogo entre el profesional de la salud y el paciente, donde la información se torna fundamental para la toma de una decisión, ya sea con fines diagnósticos o de tratamiento pero, dado que no todo se reduce a información, esto ha llevado a dificultades en su implementación y aplicación¹³⁷.

Como se ha dicho, la construcción teórica que sustenta el CI se ha desarrollado prácticamente reducida al principio de autonomía y al cumplimiento de parámetros legales. En esa medida, se ve como la nueva modalidad de relación profesional-paciente, como la garantía de los derechos del paciente o sencilla y directamente se habla del componente legal, dejando por fuera los argumentos ya expuestos y los cuales son fundamentales para el análisis. Como proceso, se puede afirmar que su desarrollo es aún incipiente, incompleto y problemático, pues ha estado desligado del contexto social en que se ejerce la profesión y ocurren las dinámicas odontología-pacientes, todo lo cual pudo corroborarse en estudios llevados a cabo mediante revisión de la Ley, las jurisprudencias y los for-

¹³⁴ DUQUE y LÓPEZ. *Op. cit.*, pp. 355–346. Véase especialmente las polémicas presentadas.

¹³⁵ Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, Los fines de la medicina, N.º 11 - 2004. Participaron catorce países en su elaboración y el proyecto fue dirigido por Daniel Callahan, p. 59.

¹³⁶ ILLICH. *Op. cit.*, p. 9.

¹³⁷ ESCOBAR, M., *Op. cit.*

matos de consentimiento utilizados en algunas universidades¹³⁸, además de investigaciones en los hospitales de Arauca, Fusagasugá¹³⁹ y las Clínicas Universitarias de la Universidad del Sinú y Santa Mónica de la Universidad El Bosque¹⁴⁰. Por tanto, se consideró importante conocer como se ha dado el proceso en la odontología de Cundinamarca, las trayectorias que ha seguido, en la mira de comprender sus problemas y buscar soluciones.

Las relaciones en salud, y especialmente en odontología, suelen tener cierta continuidad. Los acuerdos tácitos suelen producirse al interior de dichas relaciones y así cobran significado incluso los silencios, los cuales, en ocasiones, pueden significar anuencia por parte del paciente. Para expertos como Sandra Wierszba: «La larga relación hace más probable que un silencio tenga significado de consentimiento y ciertas omisiones o hechos positivos posteriores pueden valer como manifestación de voluntad. La cuestión debe dilucidarse a la luz de la buena fe»¹⁴¹.

2.2.13.1 Confianza y buena fe: En Colombia la buena fe está contemplada en el artículo 83¹⁴² de la Constitución Política. Al respecto, es importante resaltar lo expuesto por Jiménez¹⁴³, quien realiza un estudio de 40 senten-

cias constitucionales entre junio de 1992 y 2000, las cuales tocan el asunto de manera directa, y menciona un sinnúmero de otras jurisprudencias, que igualmente tocan el tema de la buena fe, aunque de manera indirecta. Un primer punto a resaltar es tener en cuenta la dificultad de establecer una teoría jurídica integral o narración de los pronunciamientos relevantes sobre el tema, puesto que según este experto, nos enfrentamos a un asunto problemático ya que cuando se habla de buena fe «no se trata propiamente de una regla de derecho en sentido estricto, sino de un principio general del Derecho que es tomado por el constituyente»¹⁴⁴ y este lo eleva a la categoría de Principio Constitucional de carácter obligatorio, con los problemas que se derivan de ello, máxime si tenemos en cuenta que nuestra sociedad se suele caracterizar por la poca credibilidad en la ley, unos altos índices de impunidad y una cultura de respeto a lo establecido realmente pobre¹⁴⁵.

Vincular la buena fe, como principio, a patrones fácticos y específicos resulta, según Jiménez, *amplio y complejo*, por tanto, se debe tener claro a qué se alude cuando se habla de buena fe y en este empeño es necesario tener en cuenta que su análisis se suele situar entre dos perspectivas: la de quienes ven los principios como una herramienta para el legislador y la de quienes creen que solo se debe atener a las reglas o al juicio del legislador. Así las cosas, encontramos tensiones y diferencias entre reglas del derecho y principios generales del derecho, y las perspectivas enfrentadas de lo que se ha dado en llamar el Nuevo Derecho en el que se

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ CHARRY, M. y LÓPEZ, J. *Percepción sobre consentimiento informado en profesionales de los hospitales de Arauca y Fusagasugá*. Tesis de grado (Para optar por el título de odontólogo) Bogotá: Facultad de Odontología - Universidad El Bosque, 2005.

¹⁴⁰ JARA, S. y BRAVO, N. *Conocimiento sobre consentimiento informado en docentes de una clínica odontológica universitaria*. Tesis de grado. (Para optar por el título de Odontólogo) Bogotá: Facultad de Odontología Universidad El Bosque, 2005.

¹⁴¹ TEALDI. *Op. cit.*, p. 221.

¹⁴² Constitución Política de Colombia Art. 83. Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante estas.

¹⁴³ JIMÉNEZ, William. *Línea jurisprudencial respecto al principio de la buena fe* (Art. 83 de la C. P.), Bogotá: 2011 [En Línea]. [Fecha de

consulta 1 de marzo de 2012]. Disponible en www.docenteunal.edu.co

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 1.

¹⁴⁵ RIVERA, Sneider y BARRETO, Luis. *Resumen ejecutivo la impunidad en el sistema penal acusatorio en Colombia*. Bogotá: 2012. [En Línea]. [Fecha de consulta 30 de mayo de 2012]. Disponible en www.mij.gov.co/econtent/library/documents.pdf.

cuentan las corrientes de los neoiusnaturalistas y los realistas¹⁴⁶. En Colombia, incluso antes de la Constitución del 91, se encuentran pronunciamientos como el realizado en la Sentencia del 23 de junio de 1958 que sobre el punto estableció: «... el ordenamiento jurídico no está constituido por una suma mecánica de textos legales. No es, como muchos pudieran creerlo, una masa amorfa de leyes. Todo orden jurídico está integrado por ciertos principios generales, muchos de ellos no enunciados concretamente por el Código Civil, pero de los cuales, sin duda, se han hecho aplicaciones concretas»¹⁴⁷.

A partir de dicha sentencia se sienta un precedente para la aplicación del derecho: «Es importante rescatar el reconocimiento jurisprudencial que la H. Corte Suprema de Justicia hace al concepto de Buena Fe, al consagrarlo como un principio general de Derecho aplicable a nuestro sistema jurídico»¹⁴⁸. Es necesario además, resaltar lo que se menciona sobre el principio en el Código Civil, artículo 1603: «El principio de la buena fe obliga a los contratantes a actuar con lealtad y con la real intención de que, a través del cumplimiento de la prestación, se logren las finalidades económicas, jurídicas y sociales perseguidas con la celebración del acto»¹⁴⁹.

Esta es una forma de concretar en un principio legal, el de la buena fe, la confianza que a través del tiempo ha estado orientando éticamente una parte importante de la acción en salud, también relacionada con la lealtad, la confiden-

cia, la cordialidad, la seguridad del acto clínico en que intervienen dos sujetos, uno dispuesto a brindar un servicio, consciente de su responsabilidad, y otro que espera de manera confiada que se haga todo para brindarle una atención de calidad, acorde con sus necesidades. He aquí lo relevante de ver este asunto en todos sus planos: jurídico, legal, ético, social.

2.2.14 Discusión de resultados: Este segundo capítulo aborda el consentimiento informado en un punto de tensión decisivo hacia su comprensión: el contexto de los procesos disciplinarios éticoprofesionales donde emergen fuertes contradicciones alrededor de la teoría del consentimiento informado en asuntos claves como la voluntariedad del paciente, las explicaciones e informaciones con diferentes visos de objetividad sobre procedimientos, riesgos y beneficios de las intervenciones en salud oral.

Respecto a la voluntariedad, se parte del entendido que ejercer la voluntad no es solamente asentir sino que requiere de discernimiento, intención y libertad¹⁵⁰. En estos elementos se mezclan aspectos que tienen que ver con lo ético, lo legal, incluso lo puramente racional. Es necesario partir de como en nuestras sociedades, hoy es innegable que para intervenir en el cuerpo del otro se requiere de su voluntad, es un mínimo imprescindible a la luz de la bioética. En la investigación encontramos momentos críticos y de tensión cuando en las quejas ético disciplinarias aparecen acciones clínicas en las cuales el paciente, nada sabía del proceso de consentimiento informado y tampoco estaba exigiendo conscientemente derechos relacionados con él. En la mayoría de los casos en que esta tensión está presente, (por desconocimiento, generalmente) el paciente suele quejarse porque le realizaron actividades en contra de su voluntad o anuencia, en los casos más extremos, o también porque no

¹⁴⁶ Estas corrientes del nuevo derecho en Norteamérica, tienen como máximos exponentes corrientes como positivista suave. L. H. Hart y el realista o neoiusnaturalista Ronald Dworkin. *Ibid.*, p. 4.

¹⁴⁷ JIMÉNEZ. *Op. cit.*, 2011.

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ SUESCÚN, Jorge. *Derecho privado. Estudios de derecho civil y comercial contemporáneo*. Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá - Universidad de Los Andes. 1996. p. 18. Citado por JIMÉNEZ. *Op.cit.*, 2011, p. 8.

¹⁵⁰ TEALDI. *Op. cit.*, p. 219.

fue informado de los problemas que se podían presentar y al ignorar los posibles resultados negativos, no se opuso. Estas suelen ser las circunstancias de los casos donde surgen dificultades respecto al consentimiento informado, incluso, se da por ejemplo casos donde el asunto para el paciente estaba relacionado con otra cosa: para recrear solo algunas de las situaciones se dan casos donde el paciente de lo que se queja es que siente que el tratamiento no le quedo bueno y el no venía para eso sino consultaba por otra cosa.

Con base en elementos teóricos, conceptuales y legales del consentimiento informado, hoy es bastante claro y está ratificado en las sentencias de las altas cortes así como en los documentos elaborados desde la hoy en boga «gestión de calidad» para dar cumplimiento a las disposiciones recientes del Ministerio de Protección Social, que el respeto por la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad, es inobjetable.

Es cada vez más amplia la lista de procesos relacionados con problemas de consentimiento informado y, en las instituciones de Vigilancia y Control, se han generado cada vez más herramientas para hacer cumplir el proceso en los diferentes estamentos donde se hace atención clínica. Estos lugares se han ido familiarizando con el proceso, pero existe un desfase entre la apropiación por parte de dichas entidades y la forma como se ha implementado a nivel legal, hecho que genera sanciones por incumplimiento del deber de informar, de la advertencia de riesgos, de la realización de documentos escritos como soporte del proceso. El problema es que tales procesos y sanciones tienden al incremento a pesar de las leyes o las normas. En los procesos éticos disciplinarios en Cundinamarca, respecto al consentimiento informado, podemos dividir el asunto en tres periodos significativos:

2.2.14.1 Primer periodo. 1992, cuando se instaura la primera queja ética disciplinaria, a 2000, primera sanción relacionada con consentimiento informado: Se observa en el comienzo del tribunal ético de Cundinamarca (más o menos hasta 1998), que no son tenidos en cuenta, o no se les da relevancia en los procesos ético disciplinarios a aspectos relacionados con la voluntad del paciente o con deficiencias en la información. Se pueden incluso mencionar en los procesos, pero no se les da ninguna relevancia. Sin embargo, en los dos últimos años del siglo XX ya se observan algunas menciones a conceptos como autorización de tratamientos, informar, etc., pero es en el año 2000 cuando se sanciona a alguien por primera vez, teniendo en cuenta el artículo 5 de la Ley 35 de 1989 que habla del deber de «informar riesgos, incertidumbres, y demás circunstancias que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento». Con todo, hay casos donde se habla de actuaciones contrarias a la voluntad del paciente, acerca de los cuales el tribunal emite su concepto favorable aduciendo que se hacía «por el bien» del paciente desde lo técnico-científico.

Cabe anotar que el tribunal de Antioquia en 1995 y 1997 ya se había pronunciado al respecto en dos jurisprudencias donde mencionaba el deber de informar los riesgos previstos (providencia de 1995) y la necesidad de obtener el consentimiento. Si bien, todavía no incluye consentimiento informado como tal, sí habla de la necesidad de consentir por parte del paciente y advertir el riesgo previsto que está contemplado en el artículo 10 de la Ley 35 de 1989 (providencia de 1997).

2.2.14.2 Segundo periodo. 2000, primera sanción relacionada con consentimiento informado a 2005, cuando se solicita documento escrito de consentimiento informado en los procesos: En este periodo se observa que en los

procesos aparecen preguntas, dirigidas a los profesionales, relacionadas con advertencia del riesgo. Lo que no es muy evidente es la exigencia de documentos escritos, lo cual pudiera deberse a que se solicita la historia clínica en general y, según la Resolución 1995 de historias clínicas, el consentimiento informado es un anexo de la historia clínica, criterio con el que se comienza a exigir. En este periodo se aumentan las quejas éticos disciplinarios relacionados con consentimiento informado y las sanciones relacionadas con este proceso, sin llegar a ser muchas. Lo significativo es que la profesión y los magistrados se familiarizan con el término.

2.2.14.3 Tercer periodo. 2005, cuando se involucra el documento escrito de consentimiento informado en los procesos, a la fecha: Este tercer periodo se caracteriza por una fuerte injerencia de los entes reguladores en la calidad de los servicios. En nuestro caso, las secretarías de salud exigen el consentimiento informado dentro de los procesos de calidad y las listas de chequeo de cumplimiento. Así el consentimiento informado se puede decir que definitivamente se vincula a la odontología como exigencia legal y la bioética empieza a jugar un papel importante en su cualificación.

2.3 CAMBIOS OCASIONADOS POR LA DINÁMICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS FORMAS Y CONTEXTOS DE INTERACCIÓN EN LOS ENCUENTROS ODONTÓLOGO-PACIENTE

2.3.1 Versión de los odontólogos que han vivido el proceso del consentimiento informado en Cundinamarca y Expertos de los tribunales de ética odontológica, Tribunal Nacional y tribunal de Cundinamarca: Como se dijo anteriormente, en lo fundamental la

investigación propuesta se adelantó apoyándose en una metodología cualitativa. Para la recolección de la información, en este apartado se recurrió a la técnica de entrevista semiestructurada. Se entrevistó a quienes han visto surgir el consentimiento en la profesión odontológica y quienes se han encargado de realizar su abordaje jurídico: treinta y cuatro odontólogos en ejercicio clínico, graduados no después de 1995 y que realizan consulta por lo menos medio tiempo, por un lado, y veintiún expertos, dos asesores del proceso de implementación del CI en la Secretaría de Salud de Bogotá, tres abogados de los tribunales (abogada secretaria del Tribunal Nacional, abogada secretaria del Tribunal de Cundinamarca y asesor nacional de Tribunales), quince odontólogos Magistrados de los Tribunales Nacional (tribunal de segunda instancia) y Tribunal de Cundinamarca (tribunal de primera instancia, lugar donde se revisaron todos los procesos ético disciplinarios), el Presidente de la Federación Odontológica Colombiana (FOC), órgano consultor, según la Ley 35 de 1989.

Al entrevistar a estos sujetos, se buscaba registrar como han vivido el proceso de implementación del CI en Cundinamarca, describir la relación entre la incorporación del CI como una exigencia legal, su abordaje en los procesos disciplinarios ético-profesionales y la aplicación, por parte de los odontólogos. Todo ello, para establecer sus dinámicas, formas de aprehensión, dificultades en la aplicación y los principales problemas en la implementación del CI en Cundinamarca.

Las entrevistas son una parte fundamental en la investigación, por tanto, en ellas se tuvo especial cuidado en aspectos como entablar una adecuada relación con los entrevistados, en procura de garantizar la validez y confiabilidad de los datos, ya que «la cantidad, validez y confiabilidad de los datos se fundamentan en la habilidad del investigador para establecer

relaciones con los informantes»¹⁵¹. En este caso, se intentó transmitir a los entrevistados la tranquilidad necesaria para que entendieran que no estaban siendo cuestionados o juzgados sino que, por el contrario, estaban dando un testimonio valioso para hacer el «levantamiento» de la historia del CI en odontología, como ellos lo habían vivido. Igualmente, se tuvo especial cuidado en disponer de un sitio adecuado para la entrevista.

Un aspecto en el que se intentó hacer énfasis fue ir más allá del diálogo. Una vez terminada la entrevista, se elaboraban memos dado que, en ocasiones, las cosas que no se hablan pueden llegar a ser las más relevantes y también reveladoras. Tener en cuenta no solo los patrones, sino las excepciones, los silencios, puede llegar a ser revelador.

Realizadas estas actividades, se procedió a efectuar la transcripción de las entrevistas en 96 folios de Word, luego se incluyeron para el análisis de los datos obtenidos mediante el programa Atlas Ti versión 5.0.

2.3.2 Datos sobre las entrevistas a expertos: En lo que sigue se muestran las estadísticas en gráficas y cuadros de los expertos consultados para analizar la forma como se inicia el proceso de aplicación del consentimiento informado en la profesión odontológica en Cundinamarca.

Tabla 7. Entrevistados en calidad de expertos

Profesión	Total entrevistados
Abogados	3
Odontólogos	17
Médico	1

Fuente: Elaboración propia

¹⁵¹ MORSE, Janice. (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Colección Contus, 2003, p. 330.

Tabla 8. Distribución de acuerdo con la institución a la que pertenecen y la profesión

Institución	Profesión	No. profesionales
Tribunal Nacional	Abogados	2
Tribunal Nacional	Odontólogos	8
Tribunal de Cundinamarca	Abogados	1
Tribunal de Cundinamarca	Odontólogos	7
Secretaría de Salud de Bogotá	Odontólogo	1
Secretaría de Salud de Bogotá	Médico – vigilancia y control de la oferta de servicios	1
FOC	Odontólogo	1

Fuente: Elaboración propia

Es importante anotar que las entrevistas a los dos expertos de la secretaría no fueron planeadas en el proyecto de este estudio, ni contaron con la utilización del cuestionario. Se incluyeron para aclarar la influencia de la Secretaría Distrital de Salud en el proceso, pues en el curso de la recolección de información tanto en los tribunales de ética, cuando se revisaban los procesos ético-disciplinarios, como cuando se hicieron las entrevistas, expertos y documentos se dirigían hacia esa instancia. El diálogo con los dos profesionales de la Oficina de Vigilancia y Control de la Oferta no fue analizado en Atlas ti. Versión 5.0 ya que ellas no se realizaron para conocer aspectos teóricos o prácticos del CI. Los profesionales, uno médico y otro odontólogo, fueron consultados en su calidad de asesores de la Oficina de Vigilancia y Control, encargada de hacer cumplir

Tabla 9. Expertos de los tribunales

N° Entrevista-do	Profesión	Especialidad	Tiempo en TEO	Año inicio	Hasta (año)	Cargo en TEO	TEO
1	Abogado(a)	Bioética	20 años	1992	Fecha	Abogada Secretaria	Tribunal Nacional
2	Odontólogo(a)	Rehabilitación	Presidente	NA	NA	Presidente	NA
3	Odontólogo(a)	General	14 años	1996	2006	Presidente - Magistrado	Tribunal Cundinamarca
4	Odontólogo(a)	Maestría Salud Pública	8 años	2000	Fecha	Presidente - Magistrado	Tribunal Nacional
5	Abogado(a)	Gestión Pública	15 años	1996	Fecha	Secretaría - Abogada - Tesorera	Tribunal Cundinamarca
6	Odontólogo(a)	Ortodoncia	3 años	2009	Fecha	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
7	Odontólogo(a)	Maestría Salud Pública	2 años	2006	2008	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
8	Odontólogo(a)	General	4 años	2000	Fecha	Magistrado(a)	Sin Info
9	Odontólogo(a)	Bioética	2 años	2008	Fecha	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
10	Odontólogo(a)	Endodoncia	8 años	2000	Fecha	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
11	Odontólogo(a)	Rehabilitación	4 años	1998	2002	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
12	Odontólogo(a)	Rehabilitación	8 años	1994	2002	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
13	Odontólogo(a)	Cirugía Maxilofacial	6 años	2006	Fecha	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
14	Odontólogo(a)	Maestría Salud Pública	4 años	2004	2008	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
15	Odontólogo(a)	Endodoncia	6 años	1992	1998	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
16	Odontólogo(a)	Rehabilitación	6 años	2002	2008	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
17	Odontólogo(a)	Salud Familiar y Comunitaria/ Maestría Educación	3 años	2006	2009	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
18	Odontólogo(a)	Periodoncia/ Mg ética e investigación	2 años	2009	2011	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
19	Abogado(a)		21 años	1992	2011	Asesor Nacional	Tribunal Nacional

Fuente: Elaboración propia

las leyes y normas para establecer cómo se da en esa institución el abordaje del CI desde sus parámetros, para solicitar su aplicación en las visitas a las instituciones prestadoras del servicio odontológico y también para establecer la relación con las quejas ético disciplinarias. Por esta razón, solo se tuvo en cuenta esta información para establecer la relación entre la Secretaría de Salud y la trayectoria del proceso de CI en Cundinamarca.

Es importante tener en cuenta que se entrevistó una proporción muy grande de los magistrados y exmagistrados, que han vivido el proceso en los Tribunales Nacional y de Cundinamarca (de 19 posibles se entrevistaron 15). Un dato importante es que la mayoría de ellos, sobre todo quienes no hacen docencia, hablaban en calidad de odontólogos, no de magistrados.

Tabla 10. Especialidad de expertos entrevistados y presidente de la Federación Odontológica Colombiana

Especialidad de expertos del tribunal y la FOC	Nº Profesionales
Ortodoncia	1
Cirugía Maxilofacial	1
Gestión Pública	1
Salud Familiar y Comunitaria	1
Periodoncia	1
Endodoncia	2
General	1
Bioética	3
Salud Pública	3
Derecho medico	1
Rehabilitación	4

Fuente: Elaboración propia

2.3.3 Tiempo de permanencia de los expertos en los tribunales: Según el artículo 62 y 66 de la Ley 35 de 1989, los magistrados serán elegidos por periodos de dos años y pueden ser reelegidos. En este proceso intervinieron la Asociación de Facultades de Odontología, la Federación Odontológica Colombiana y el Ministerio de la Protección Social, como ente regulador. Como se observa, varios profesionales han participado por periodos muy largos, al ser reelegidos varias veces.

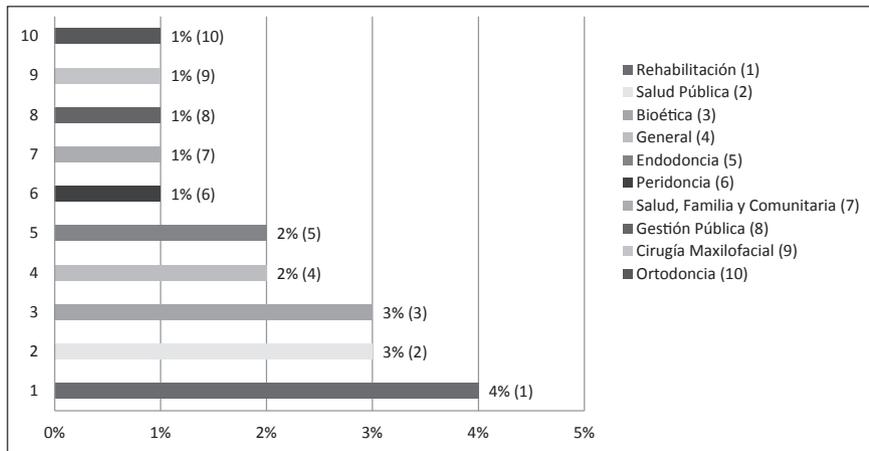
Tabla 11. Permanencia de expertos en los tribunales

Tiempo en los TEO	Número de profesionales
2 años	3
3 años	2
4 años	3
6 años	3
8 años	3
14 años	1
15 años	1
21 años	2

Fuente: Elaboración propia

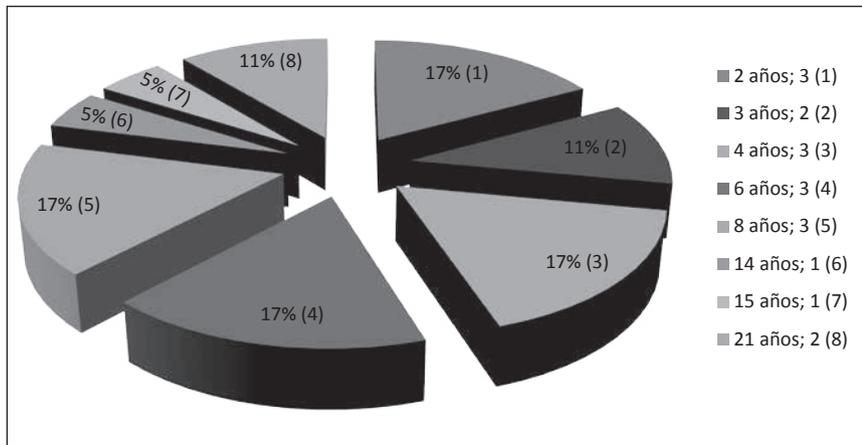
2.3.4 Apreciaciones de los expertos consultados sobre CI: En la indagación con los expertos en relación con la *Primera vez que escucharon acerca del Consentimiento Informado*, detallando para ello fecha y el contexto profesional o académico, encontramos una diversidad de fechas que van desde un magistrado que tuvo su primer acercamiento al CI en los años setentas, pero que no recuerda en qué contexto, otro que conoció de él a finales de los ochenta, en su condición de abogado y asesor del ministerio para asuntos médico legales y quien es una autoridad en la materia. La mayor parte de los expertos en el tema, magistrados, odontólogos

Figura 7. Distribución de expertos por especialidad



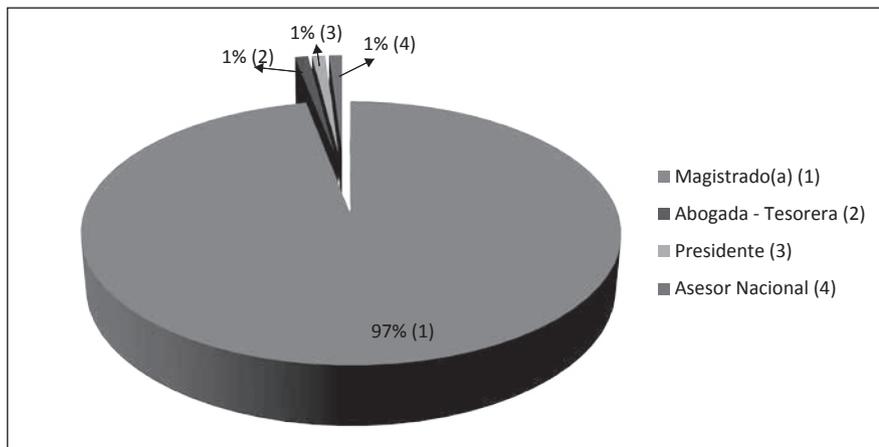
Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Distribución de tiempo de los expertos en el tribunal



Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Distribución de expertos miembros del tribunal



Fuente: Elaboración propia

y abogados, conocieron del CI solo a principios y mediados de los años noventa, y lo vinculan a los grandes cambios constitucionales y legislativos que inciden de manera profunda en el país, la estructura del gran campo de atención en salud y la profesión: la Constitución del 91, Ley 100 de 1993, Ley 35 (empieza a aplicarse de manera práctica en 1992). Otro grupo señala que su acercamiento es a principios del siglo XXI, particularmente en los años 2002 y 2004. Cabe resaltar que dos magistrados que estuvieron en las primeras magistraturas del tribunal, desconocían el término, uno de ellos ya no ejerce la profesión.

Con respecto a los contextos académicos o profesionales en los cuales tuvieron su primer acercamiento, algunos hacen referencia a que conocieron de CI dentro de su ejercicio profesional, también en su práctica como magistrados en el Tribunal de Ética (al inicio de sus magistraturas), particularmente cuándo fueron apareciendo casos asociados a los problemas de información, no advertencia de riesgos y consentimiento de pacientes. Otro grupo manifiesta que su acercamiento se realizó en su formación profesional (pregrado) y otros mencionan que fue en sus formaciones de posgrado (particularmente en bioética). Finalmente, un entrevistado manifiesta que su acercamiento al tema se realizó dentro de actividades de actualización y capacitación, tales como los congresos odontológicos.

2.3.5 Contexto en que escuchó hablar por primera de CI: Los magistrados escucharon hablar de CI por primera vez principalmente en el contexto del tribunal en su primera magistratura. Dicho ejercicio les permitió aproximarse al conocimiento de las quejas éticodisciplinarias de los odontólogos y de esta manera al CI, como una herramienta importante dentro de cualquier tratamiento que se fuera a llevar a cabo.

«...en el tribunal, que comenzamos a recibir los casos, nosotros somos tribunal de segunda instancia, nosotros no somos de primera, entonces comenzaron a llegar los casos y ya se hablaba de consentimiento informado».

«...desde el momento en que comencé a conocer los procesos que se presentaban en el Tribunal Nacional. En el contexto, uno de los factores importantes para tomar una determinación y hacer un juicio y un estudio sobre la demanda, indispensablemente debe ir acompañada de maldad con un consentimiento informado».

En segundo lugar, el contexto donde los expertos entrevistados tuvieron su primer acercamiento al CI fue en los espacios académico o de docencia, a los que pertenecía o pertenecen.

«En la academia, yo empecé en la academia, en el consultorio que yo hacía práctica, lo que pasa es que uno empieza a aplicar las cosas de la academia en la consulta privada. Pero básicamente esto se pensó fue en la academia».

«En la docencia, yo fui docente en la Nacional y en la Javeriana y digamos que oíamos que se empezaba a hablar de temas de consentimiento informado».

En tercer lugar está el ejercicio práctico profesional de la clínica odontológica, el cual según los expertos, fue ideal para el conocimiento de los principales aspectos de la relación odontólogo-paciente, y como uno de los aspectos a tener en cuenta estaba el CI.

«Primero que todo, en la parte médica, cuando el paciente va a operarse, que generalmente en cirugías generales en los hospitales les debe uno siempre llevar el consentimiento informado, en donde firma que se puede, hasta se puede morir, que no hay ningún inconveniente. Desde ahí comenzamos a escuchar y en la parte odontológica fue más reciente,

hace por ahí unos seis o cinco años, por ahí empecé a escuchar, ya en bastante auge, sobre el consentimiento informado».

2.3.6 Como conciben los expertos el consentimiento informado: Al indagar por la forma como definen el CI, para los expertos tiene que ver con una información o conocimiento sobre el tipo de tratamiento que el profesional va a realizarle al paciente. Se enfatiza en la importancia de la explicación de los riesgos y las consecuencias del tratamiento, como lo ejemplifican los siguientes relatos:

«La comunicación o la información que se le da al paciente sobre los posibles riesgos que se puedan presentar, las causas, los cuidados, pues que hay que tener para que no se vayan a presentar esos problemas».

«Es el conocimiento completo que puede tener un paciente sobre lo que se le va a realizar en la boca, sea para bien o sea para mal, pero debe saber todo el contexto completo de lo que se le va a realizar, que consecuencias favorables y qué consecuencias desfavorables puede tener».

Para otros expertos, el CI tiene un punto de vista más legal, debido a que lo ven como un convenio o contrato, mediado por un documento que firman ambas partes, para cumplir con un trabajo específico de atención:

«El consentimiento informado puede ser un convenio, un contrato en el cual el odontólogo, o entre odontólogo y paciente, en el cual éste se compromete a explicarle detenidamente todo lo que le va a realizar y todo lo positivo que tiene el tratamiento, los riesgos que puede tener y los daños que podrían causarle los tratamientos que va a realizar, los daños a que está expuesto, no significa que porque yo le preveo algunos daños si los hago queda impune no significa eso, sí queda claro».

«Se define como un compromiso que establecen entre el doctor y paciente, en el cual el paciente le confiere toda la autoridad al odontólogo para que le elabore un plan de tratamiento, ya explicado al paciente».

Otros expertos piensan que el CI es un proceso de comunicación, interacción y relación continua entre paciente y odontólogo, el cual se encuentra mediado por la toma de decisiones y autonomía del paciente, tal como se ve en los relatos a continuación:

«Es una relación que se da entre el profesional de la odontología y su paciente en la cual se genera una comunicación que permite al uno generar un relación de confianza al expresarle el tratamiento, los riesgos, las alternativas y todos los posibles eventualidades que él conozca y pueda precisar en ese proceso, y al paciente de preguntar, de conocer y de aceptar o no, o de escoger si es el caso, que hay alternativas de tratamiento».

«Para mí es un proceso continuo, permanente, de comunicación, comprensión, en una relación médico-paciente, que permite al paciente tomar decisiones en su autonomía».

Finalmente, hay otros odontólogos que señalan que el CI es un requisito de Ley que debe tener siempre en cuenta el odontólogo en la atención de los pacientes:

«Es un requisito de la Ley que el odontólogo debe cumplir y llenar su historia clínica con un anexo que ha escrito, o verbal, que es aceptado, también eso, pero en la historia clínica anotar que se le habló al paciente, que se consigna que el paciente firmó o no firmó pero que haya ahí, y que haya testigos, la auxiliar por ejemplo, muchas veces, es el auxiliar, me oyó que yo le hablé al paciente pero no hay ninguna constancia, entonces tiene que quedar constancia del consentimiento informado y de los riesgos en la historia clínica o en un escrito».

Tres de los expertos entrevistados, al preguntarles por la definición del CI, refieren un total desconocimiento sobre lo que eso significa: «¿Pero lo de la parte del consentimiento informado, a que se refiere?». «Me quiere recordar el término consentimiento informado, ¿a qué se refiere?».

También se presentó otro caso en que el exmagistrado se ve en apuros tratando de encontrar palabras para definirlo. Lo interesante es que al hablar de información sobre riesgos, alternativas de tratamiento, o decisiones acerca de tratamientos, los magistrados y exmagistrados entienden de lo que se trata el asunto. Finalmente es, como ellos lo refieren, que en la época cuando estuvieron en el tribunal (primeras magistraturas) nunca de eso no se habló.

2.3.7 Relación que establecen entre autonomía y consentimiento informado: La indagación realizada con los expertos respecto a la relación del concepto de autonomía y CI, mostró como, para más de la mitad, existe una relación directa entre Autonomía y CI. Para ellos, tiene que ver con los conceptos de voluntad, autodeterminación, toma de decisiones por parte de un paciente respecto a sí se hace o no un determinado tratamiento con su odontólogo. Decisión que en esencia debe ser respetada.

«La autonomía digamos que se ejerce, la autonomía es un derecho fundamental, el derecho de las personas de decidir sobre su vida y sobre su salud y sobre lo que quieren, pero para poder ejercer la autonomía se requiere de información plena, suficiente y completa sobre el tema que sea, y específicamente en salud sobre lo que puede pasar, sobre la necesidad de lo que se le va a realizar, sobre las posibles consecuencias, entonces la autonomía necesariamente está ligada a la información y el verdadero ejercicio de la autonomía es siempre y cuando se cumpla una información completa y total».

«La autonomía del paciente, cuando el paciente le dice al doctor, “sí, hágame el tratamiento”, “lo autorizo a que haga el tratamiento”. Y lo corrobora con la firma. Es un compromiso amigable, pero a la hora de responsabilidades jurídicas debe hacerse la firma».

«La autonomía es el derecho del paciente a escoger su odontólogo sí le conviene o no le conviene el proceso de tratamiento o la explicación que le haya dado el doctor, también es importantísimo eso porque el consentimiento informado puede rechazarlo, inicialmente puede aceptar y después rechazarlo».

«Desde el punto de para qué, en ejercicio de su autonomía acepte con responsabilidad, libertad y voluntad la realización de un procedimiento, una intervención quirúrgica, con pleno conocimiento y en uso de sus facultades para que puedan trabajar sobre su cuerpo y sobre su salud, y vista del consentimiento y en cuanto a la información para mí».

Para otros expertos la relación tiene que ver con la confianza que tenga el paciente hacia el odontólogo y la responsabilidad de que este sea el profesional capaz para la realización de lo que el paciente necesita: «La autonomía viene a ser como un aspecto de confianza que el paciente le da al odontólogo por su conocimiento, porque sabe que es un profesional idóneo y confía en él, deposita en él todo su saber para beneficio propio».

Hay otros casos en los que se menciona que autonomía y consentimiento informado son conceptualizaciones idénticas: «Son totalmente paralelas, son idénticas, un paciente con autonomía tiene que tener consentimiento informado, también para que se complemente con esta autonomía».

A diferencia de lo expresado por otro experto: «La autonomía posibilita el consentimiento

pero el consentimiento no es autonomía total, porque está limitado por las técnicas, por la ciencia y por la misma condición fisiológica, emocional y psicológica del paciente, ... mental también».

Hay expertos para quienes es un derecho fundamental del paciente y tiene que ver con el criterio de autodeterminación en salud, también mencionan, en conexión con este aspecto, la necesidad de darle buena información al paciente y tener en cuenta que está relacionado con la confianza.

2.3.8 El deber de informar en odontología: Los magistrados, al ser interrogados sobre lo que se debe informar en la atención odontológica, en orden de importancia, respondieron:

1. diagnóstico, beneficios, estado de salud oral, riesgos, plan de tratamiento;
2. posibilidades de tratamiento, riesgos y problemas, expectativas, plan de tratamiento, costos;
3. efectos adversos y riesgos, plan de tratamiento, éxitos del tratamiento, alternativas, cuidados de la higiene oral;
4. riesgos, costos;
5. alternativas;
6. estado sociocultural y perfil psicológico.

Un magistrado incluye un séptimo punto que, para él, es informar básicamente todo.

Si tenemos en cuenta la frecuencia que mencionan los expertos, sería:

1. riesgos y problemas, plan de tratamiento;

2. estado de salud oral;
3. efectos adversos. Diagnóstico. Alternativas de tratamiento. Todo. Costos;
4. expectativas. Éxitos del tratamiento. Alternativas del tratamiento. Cuidados de Higiene oral;
5. estado sociocultural y perfil psicológico. Solo para uno de los expertos.

Es importante observar que, a partir de los relatos, se ve como la experiencia de los expertos en el tribunal les lleva a sugerir la inclusión de información que frecuentemente han obviado los odontólogos, ha motivado las quejas ético disciplinarias y los ha llevado a sanciones y problemas: No llenar bien la historia clínica, no colocar el diagnóstico, por ejemplo, o no informar de manera clara diagnóstico, plan de tratamiento, riesgos, alternativas de tratamiento, etc. Nótese que, en primera línea, varios de ellos incluyen «problemas» en general como una categoría a informar.

2.3.9 Aplicación del consentimiento informado en la práctica odontológica: Los expertos entrevistados mencionan, respecto a la aplicación del CI en la práctica, aspectos tales como: 1) hoy en día se da mayor importancia al CI, 2) Se evidencia que en muchos casos el consentimiento solo es la firma de un documento (formato), 3) Otros mencionan que es muy deficiente; 4) Advierten que en la aplicación se evidencia «tramitomanía» y 5) En algunos casos se realiza como parte de la historia clínica y también en la evolución del Tratamiento.

Como se puede ver, los expertos se remiten en general al documento escrito y las deficiencias que suele presentar.

«...el consentimiento informado en un consultorio particular y el consentimiento informado en una EPS, es diferente en estas dos, porque yo siento que el odontólogo, así sea yo odontólogo, que trabaja a nivel privado, y él mismo a nivel institucional, los tiempos a nivel institucional hacen que salga la auxiliar y les diga a los pacientes donde firmar, y ya...la tramitología! En el consultorio privado el odontólogo se cuida un poco más de lo que le pueda ocurrir, entonces ahí se puede. He visto muchos odontólogos que trabajan bien el consentimiento informado».

«...muy deficiente, la mayoría de odontólogos atienden al paciente de una manera muy amigable y por amigable cometen ese error de no hacerle firmar el consentimiento informado. Ahora hay mucha negligencia de parte de los pacientes, mucha resistencia del paciente a firmar la historia clínica y el consentimiento informado. O sea, ellos hacen un compromiso verbal con uno, más no escrito, tanto que muchos dicen que si es así no lo hacen».

«Haber, yo como he tenido la experiencia del año 2000 y el actual, sí he visto que se le está dando mayor importancia al consentimiento informado, hace unos años nadie tenía idea de nada, tanto el profesional como el paciente, pero si veo que ha mejorado mucho desde ese punto de vista, esa información en los últimos años ha mejorado».

Uno de los expertos presenta justificaciones respecto a que el Consentimiento Informado en algunos casos puede presentarse de forma verbal:

«Pues yo pienso que si hay un proceso de consentimiento, así no sea escrito, pero puede ser verbal, donde el paciente sabe cuál es la implicación, y de todas maneras lo acepto. Para mí sería válido desde lo ético, pero si el odontólogo no se lo explicó y se da más por falta o desconocimiento del paciente, pues no».

«Pero eso, por ejemplo, de los riesgos; son muchos los riesgos que se presentan en un procedimiento, no digo que se ponga todos, pero si los previsibles, porque los no previsibles son muy difíciles de expresar por escrito».

2.3.10 Soporte Teórico-académico del consentimiento informado: Al ser interrogados sobre las posibles fuentes académicas del consentimiento informado, las experiencias son variadas, algunos hacen referencia a que existe bastante producción académica, sin detallar algo en particular, otros hacen alusión a teorías jurídicas de EE.UU. y Europa, unos más aseguran que no hay información desde el punto vista académico. Hay quienes aseguran que hay documentos didácticos que trabajan el tema de los principios legales, también algunos indican que se ve un adelanto en cuanto al manejo del tema en las facultades. Se mencionó igualmente la Ley 35 de 1989.

«A mí me parece que ya hay, que ya es bastante producción, bastante. No ve que hay hasta odontólogos que ya han publicado sobre consentimiento informado, o sea que ya hay textos de consentimiento informado en odontología».

«Pues hoy en día, afortunadamente, siguen apareciendo algunos textos, no son muchos, contamos con alguno de ellos. Afortunadamente son didácticos, están muy encaminados a esos principios éticos más que a la forma legal».

«Pues hay bastante información y bibliografía y cada vez más, con María Teresa Escobar, por ejemplo, que ha escrito mucho sobre eso».

Otros expertos mencionan que se ve un creciente aumento de textos y documentos por parte de las Facultades de Odontología en las Universidades

«Yo creo que ha avanzado, ahora por ejemplo lo de la facultad que hay personas, mira tú, que se dedican a profundizar y estudiar y como a elaborar, a elaborar todos los protocolos, llamémoslos, y esto. Y yo creo que se ha avanzado, me parece que como todo en la academia, es bueno seguir profundizando, seguir mirando, y me parece importante esto, a nivel de los profesionales».

«Sí, sí, hoy día en las Facultades se habla pues de todos estos aspectos y se ha ido mejorando. Al principio era muy por encima, pero ya ahora se ha ido mejorando, sí».

Hay otros expertos que relacionan más el soporte académico-teórico con los principios, lineamientos y conceptualizaciones históricas que han aparecido para la realización de los consentimientos informados en temas de salud. Aquí algunos de los relatos:

«¿Los contenidos de consentimiento informado, de dónde vienen? de los contenidos del acuerdo de Núremberg, desde la declaración de los derechos humanos, desde la declaración de Helsinki, desde Reporte Belmont, desde los principios CIOMS, desde las guías de los comités de ética en la OPS».

«Yo pienso que las primeras aproximaciones que hace, digamos, la gente que le interesa el tema, es a través de la bioética. Después, digamos que se traen algunas teorías jurídicas de Europa y de USA, y las van desarrollando los jueces a través de sus sentencias, sobre todo una doctrina francesa donde se establece las características del consentimiento».

2.3.11 Problemas de la aplicación del CI: De acuerdo con la indagación respecto a los principales problemas que se presentan con el CI, para la mayor parte de los expertos, tienen que ver con el diligenciamiento de los formatos. Resaltan el hecho de que no aparezca la firma del paciente en los formatos y no informar a los pacientes de los riesgos, consecuencias, posibles

alternativas al tratamiento, cuidados posteriores al tratamiento, entre otros:

«Haber, yo pienso que si hay muchos problemas... el primero es que se diligencia el formato pero no se lee la información suficiente al paciente. En muchas ocasiones, inclusive en el tribunal, tuvimos muchos casos en que se pudo demostrar que, a pesar de que estuviera diligenciado el formato, no se le había dado la información pertinente, o al contrario, muchas veces no había diligenciado el formato, pero si se le había dado la información suficiente».

«¡Qué no lo hacen firmar! El principal problema del consentimiento es la no firma por parte del paciente. Si usted tienen una historia clínica completa, viene con todos los requisitos que se llevan los protocolos para hacer el tratamiento y fuera de eso tiene un documento anexo a la historia clínica firmada por el paciente...».

«La falta de información adecuada o la ausencia de información».

También es claro, para algunos expertos, que varios pacientes no son lo suficientemente informados ni comunicados sobre el tratamiento y sus consecuencias.

«...el principal problemas es no explicarlo, primero informarlo, no explicarlo, no registrarlo, no llenarlo, no escribirlo y no firmar».

«Totalmente. Existe, más que desconocimiento, falta de comunicación y de tiempo para dedicarle al paciente, o sea, si, básicamente es eso, es un problema, también parece que es un problema más hacia la prestación de los servicios. De no tratar al paciente como una persona, como un ser humano, sino como un usuario, como un número más».

Otro aspecto que los expertos consideran problemáticos en el proceso de CI es el descono-

cimiento legal de la normatividad. También se incluye la realización de malos procedimientos odontológicos, que generan quejas éticodisciplinarias, el desconocimiento de los derechos que tienen los pacientes frente a su tratamiento y que los odontólogos no comprenden la diversidad y el contexto sociocultural de los pacientes.

2.3.12 Ajustes o cambios que se debería hacer al consentimiento informado en odontología:

Se instó a los expertos a tener en cuenta su experiencia en el tribunal para ver los cambios o ajustes que ellos imprimirían al proceso de CI. Según ellos, se debe trabajar principalmente en aspectos tales como: 1) cambios en la formación, 2) el cambio cultural y el análisis de lo económico, 3) mejorar los canales de comunicación, 4) un mayor compromiso del profesional y del paciente; 5) implementar un formato para cada especialidad odontológica. Se presentan algunos relatos que ayudan a entender su perspectiva:

«...la denominación, primero que todo, yo lo primero que pediría sería que ya nunca más hablemos de consentimiento informado, si hemos de estar mirando si el patrón fue Beauchamp y Childress o no, y que dejemos de estar mirando la ética norteamericana y la ética europea y seamos capaces de construir nuestros propios códigos, primero de comunicación, y segundo, de reflexión y reacción en las relaciones inter humanas».

«...el problema es que la odontología es un negocio. En eso se ha convertido, porque se ve permanente en el afán comercial que impide que el odontólogo haga el Consentimiento Informado. ¡Por la necesidad de los odontólogos! Existen odontólogos que ganan el salario mínimo. La profesión ha caído como profesión rentable que era antes...».

«Que sea un compromiso de doble vía. De doble vía, tanto de los odontólogos para el paciente, como del paciente para el odontólogo.

En el que haya respeto, reconocimiento de lo que se le hace, amplitud de poder modificar las cosas en el trayecto del tratamiento y que el paciente debe acogerlo».

«Yo creo que si debemos tener como un formato general de cada especialidad para que cada uno no se invente algo, hacerlo de su propia (...) sino que sepamos cómo debe llenarse, recibir mejor instrucción y, de pronto, si para cada paciente, dependiendo lo que se hace, algún anexo. Pero si debe existir como un formato como tal de los consentimientos de cada especialidad».

2.3.13 Percepción sobre la forma como se ha dado el proceso de consentimiento informado desde que se inició su implementación en odontología:

En ocasiones, las opiniones de abogados, exmagistrados y magistrados, respecto a la evidencia de cambios en el Consentimiento Informado, son realmente encontradas. Para algunos, sigue siendo lo mismo desde que se comenzó a implementar, mientras otros refieren que se ha ido ajustando, básicamente en lo que tiene que ver con la aparición de formatos escritos. Para algunos, existe aún una necesidad grande de dar a conocer el proceso, mucho más en la profesión, de afianzarlo en la academia y sobre todo en la práctica clínica. Refieren lo problemático que resulta observar la pobre argumentación legal y teórica con la que acuden algunos de los odontólogos que son objetos de quejas en los tribunales. *Es menos ahora*, dicen algunos, pero se sigue dando la situación en que el odontólogo muestra un nulo conocimiento de la Ley y las normas que rigen el CI. Poco a poco se van utilizando más documentos escritos pero, para algunos, su utilización no genera confianza en el paciente. Para otros, se están utilizando más para cumplir un requisito que por una verdadera conciencia de que ayuda a mejorar la relación profesional paciente. Es en este sentido que son generado-

res de desconfianza. Hay quienes manifiestan que el papel del tribunal debe ir más allá de la revisión de quejas y que debería incidir también, de manera pedagógica, en la profesión.

«Yo creo que tiene que ser como multidimensional, es decir, yo creo que los tribunales tienen que tener una labor mucho más pedagógica y educativa. Pues claro que tienen que mirar las quejas, pero una labor pedagógica hacia los pacientes hacia los odontólogos y las universidades, esto tiene que ser algo a lo que se le dé toda la importancia».

«Antes no se hacía el consentimiento firmado, simplemente se informaba al paciente lo que se le iba a realizar, el consentimiento era verbal y era la manera de informar pero no de llegar a unos acuerdos con el paciente».

«...esos cambios de esa amistad, entre comillas, que existe entre odontólogo y paciente, en un momento dado, no hace que esté uno seguro que ese señor lo vaya a demandar a uno después, en un futuro...entonces uno debe curarse en salud y hacer, de todas maneras, hacer firmar el consentimiento informado!».

Se mencionan también cambios en la odontología, relacionados con la forma como se realizan hoy los tratamientos, los costos y, de paso, como ellos afectan negativamente los procesos de consentimiento: «Si, si y sobre todo también debido a los avances tecnológicos y también a la publicidad. Creo que hay publicidad al fin económico, tristemente creo yo, que se está yendo mucho más al interés económico, se está sacrificando la salud oral».

Según algunos expertos, los cambios en el consentimiento informado pueden ser evidentes en la generación de lazos de confianza con el paciente, pero también como «arma» de defensa contra posibles problemas que se puedan presentar, tal como lo menciona el siguiente relato:

«Si, porque ya el consentimiento, pienso yo, que lo maneja la entidad más como un arma en su defensa que como lo que te digo, una relación con el paciente para explicar y generar confianza».

Algunos entrevistados señalan que no han notado cambios significativos dentro del proceso del consentimiento informado y que si se llegan a presentar no van más allá de «pequeños» cambios dentro de las especialidades odontológicas: «No, no he notado así cambios protuberantes, no se ha visto, estamos siguiendo la misma pauta, la misma técnica, vemos el consentimiento informado, se mide, se lee, se sigue, las especialidades van dando su consentimiento diferente; de ortodoncia, de rehabilitación, de cirugía, el de plástica también es diferente, entonces, esto... debe cubrir las expectativas del paciente y el profesional también».

Aunque son los menos, algunos expertos manifiestan verdadera preocupación y desesperanza frente al proceso, asegura uno de ellos que es un proceso mentiroso donde, en la práctica, el paciente no está recibiendo de manera adecuada la información, ni se hace un verdadero proceso, debido a todas las trabas en cuanto a tiempo, costos, dinámicas que genera el mismo sistema.

2.3.14 ¿El consentimiento podría tener aspectos negativos?: La indagación con los expertos respecto a las debilidades al incluir en odontología el proceso de CI se centraron principalmente en 6 aspectos: El primero, según ellos mismos, es más un problema de la profesión asociado a la forma como se comprende y aplica el proceso. Se refieren más a dificultades que a debilidades:

«Debilidades: lo único es que, sería más debilidad del profesional, el no hacer un análisis correcto de la situación para informarle al

paciente, y que si no quedó escrito es como si no le hubiera dicho y que si no es que todo lo que le dijo, entonces en este momento no vale. Esa sería una de las dificultades de tomar el consentimiento informado como un medio legal de acuerdo entre paciente y profesional».

«Yo pienso que no se hace proceso, es un punto álgido y es como el talón de Aquiles, que se piense como un requisito, hay que llenarlo cuando se hace la historia clínica y no más, no es el proceso que se continúa, y se reduce a la firma del documento. Creo que la formación de los odontólogos también tiene profundas debilidades y los pacientes tampoco tienen la información de qué es eso del consentimiento informado y en qué consiste. Entonces, como que no exigen y sigue habiendo una relación muy asimétrica, el paciente lee y, así no entienda, por pena no se atreve ni siquiera a preguntar de qué le están hablando, accede y firma».

Otro de los aspectos que se ve como debilidad por parte de los expertos entrevistados tiene que ver con la escasa comunicación entre odontólogo y paciente, lo que va en detrimento de la relación, la prestación del servicio y por ende de la calidad del CI: «...falta de comunicación y de tiempo para dedicarle al paciente, o sea, si, básicamente es eso, es un problema, también parece que es un problema más hacia la presentación de los servicios. De no tratar al paciente con una persona como un ser humano sino como un usuario como un número más».

Otro experto también menciona que la debilidad mayor es la ausencia del proceso del CI: «Y las debilidades en el proceso es que no hay proceso. El proceso de consentimiento informado, que es como debe darse, no existe, en Colombia no hay».

Otros odontólogos opinan que sí se podría tipificar como debilidad, no dificultad como las anteriores. Afirman que el documento de CI

ejerce cierta presión negativa para la realización de tratamiento.

«Desde el punto de vista ya del instrumento, del diligenciamiento, a veces a los pacientes eso también les genera cierto tipo de prevención y a los profesionales la obligación de dejar por escrito eso. Se entra en ese punto de que la gente, al firmar esos papeles, siempre se siente un poco presionada, yo pienso que tanto el profesional, como la institución y las personas, se sienten presionadas por ese documento, por su diligenciamiento».

También se presentaron otras opiniones donde la debilidad vuelve a ser una dificultad en el proceso y tiene que ver con el hecho de decir que el CI tiene el problema de ser poco específico (se refieren básicamente al documento escrito). Otros expertos señalaron que el proceso no tiene ninguna debilidad, solo le ven fortalezas para el ejercicio de la odontología.

2.3.15 Cambios en la relación paciente-odontólogo: Los expertos consideran que la relación profesional paciente ha cambiado por diversos factores, sin llegar a referir uno en particular. Refieren cosas como que hoy los odontólogos son más responsables con los pacientes, que los odontólogos están hoy más a la defensiva o que hoy hay más demandas. Algunos aseguraron que hoy existe más confianza entre odontólogo y paciente, manifiestan también que la relación ha cambiado porque hay más demandas y, de esta manera, más desconfianza. Otros se quejan de una atención más impersonal en lo institucional. Se dijo también que el paciente de hoy en día es más exigente y que la relación es más mercantil y más autónoma en las últimas dos décadas, hecho principalmente relacionado con la exigencia de derechos por parte de los pacientes. Antes la relación era más paternalista y hoy se les respeta más, los pacientes han ganado terreno en lo que se refiere al derecho de tomar sus decisiones.

«Cambió sustancialmente. El derecho a la autonomía cambió la relación odontólogo, o profesional de la salud, con el paciente».

«Muchísimo, de hecho bueno, anteriormente pienso que existía una relación mucho más paternalista, en la que el paciente tenía toda la confianza con el profesional y casi que no existía la autonomía del paciente porque se dejaba que el profesional hiciera lo que conviniera, lo que él quisiera. Hoy en día, con el surgimiento de la Ley 100, de los derechos de los pacientes, de la información que se tiene hoy en las redes, el paciente puede ser más centrado con relación de lo que se va hacer, puede indagar más y exige autonomía».

«Tal vez el cambio más grande que hay en la relación odontólogo-paciente es precisamente la garantía del derecho a la autonomía, porque antes veníamos de otro tipo de modelos en los cuales el profesional era casi el que tenía la autonomía y además la obligatoriedad de intervenir al paciente con su consentimiento o no. Por el beneficio del paciente. A partir de ese momento cambia porque el paciente es el que tiene los derechos, el paciente te pregunta, el que reclama, el paciente exige y los profesionales de la salud no estábamos acostumbrados a ese proceso».

Otros expertos mencionan que los cambios en la relación paciente-odontólogo están dados principalmente porque hay mayor presencia de la comercialización de los servicios odontológicos y porque se ha mercantilizado esta relación, tal como se menciona a continuación:

«El profesional se ha vuelto muy insensible con el paciente. El profesional ha comercializado tanto la profesión que lo único que le interesa es que el paciente se siente, le dé un dinero y se vaya. No hay un trato humano hacia el paciente».

«Ahora me parece que es más negocio, inclusive uno pensaba cuál era el tratamiento, preferiblemente el que era más cómodo y más

bonito. Ahora uno va y lo que le pintan es la transformación, todo lo que se habla de la ética del deseo, entonces el mejor blanqueamiento, y uno pensaba, bueno blanqueamiento, un blanqueamiento, mire lo que sucede, inclusive cuando había problemas de tratamiento de conductos, que se oscurecía totalmente la dentina y todo, uno lo hacía porque era por estética, pero que eso ahora se vaya a generalizar y la gente quiera que le hagan eso... Entonces la relación cambia, se vuelve completamente consumista, mercantilista».

La confianza (tanto la pérdida como la ganancia) desde los pacientes hacia los odontólogos, es otro de los principales cambios que señalan los expertos en esta relación. Para algunos la confianza se ha debilitado, mientras para otros se ha fortalecido:

«Si hay cambio entre los dos, con el consentimiento informado, porque, por lo que le digo, es la confianza, que sería digamos la autorización para hacer las cosas. Pero si hay una mala relación, entonces ahí, en ese momento, se quebrantó ya el consentimiento».

«Si ha cambiado para mal. El portentoso avance tecnológico, la pérdida del liderazgo del profesional dentro de su profesión, los odontólogos y los médicos ya no son líderes dentro de su profesión, la pérdida de confianza del paciente hacia ellos, fruto de una mala relación hacia ellos por el paciente, ha hecho que se complique esa relación médico-paciente y que en consecuencia la evolución haya sido negativa».

«Pero ha cambiado desde, es decir, es que ahí hay una consecuencia: antes me parece que era mejor la relación odontólogo-paciente, antes de la Ley 100 del 93, que volvió, digamos, complicado el ejercicio, la prestación de servicios de salud y también tocó pues al área de la odontología. Entonces, pienso que antes había mayor confianza, primero había más tiempo y más calidad en la prestación del

servicio, aunque fuera un poquito [...] Pero después de la Ley 100 del 93, que casualmente coincide casi con la constitución del 91, paradójicamente, se empeoró la prestación del servicio de salud, se desmejoró... y se mercantilismo mucho el servicio».

«Hoy han cambiado totalmente las relaciones humanas, porque entre los seres humanos, más que paciente llega a ser un amigo personal de uno, si, ya uno toma tinto... cuándo le ofrecían un tinto en un consultorio odontológico, nunca!, ya hoy se toma un tinto con el Doctor, se habla con el señor, ya es una relación. Esa relación ya implica ciertas cosas, esa relación de amistad, hace que no se firme el CI, porque ya son tan amigos que creen que no... pero cuando se presentan problemas esa amistad se acaba y vienen problemas».

Otros expertos mencionan que uno de los cambios está dado principalmente por la facilidad que tienen los pacientes en demandar a los profesionales y, de esta forma, hacer respetar sus derechos y los abogados son actores muy relevantes en este proceso:

«Si, yo creo que sí, notoriamente. Antes, de todas maneras el paciente veía al odontólogo, al médico, como un Dios y lo que le dijera y eso ahora el odontólogo lee Internet, se entera, hay mucha demanda y ya pues no es que se haya faltado al respeto pero ya fácilmente se le dice, la demanda está hoy en día en Colombia bastante acentuada».

«Si, también porque el paciente sabe muchas veces qué debió haber hecho el odontólogo y qué no hizo, y hay abogados a la caza de pacientes con problemas para indicarles qué deben hacer para hacer la demanda a los médicos y odontólogos».

También hay otro tipo de opiniones en las que se resaltan aspectos tales como: los pacientes son más exigentes en la atención de sus tratamientos, el sistema de salud es más impersonal

e institucional, lo que afecta directamente la relación Paciente-Odontólogo y que algunos odontólogos trabajan actualmente más a la defensiva y el consentimiento informado le sirve como herramienta de «protección» ante los problemas que se le puedan presentar.

«En que él paciente es más exigente, el paciente no cree todo lo que uno dice sino que pide más explicaciones tengo hace 20 años pocos pacientes que venían únicamente a evaluaciones: es que tengo este problema. Hace 20 años el paciente venía a tratamiento, hoy en día vienen frecuentemente pacientes a decir: ¿Doctor, usted no puede darme una opinión? Es que quieren informarse».

«Sí, es diferente porque ahora es más impersonal e institucional por el sistema de seguridad social».

«Digamos que sí, porque está un poco más a la defensiva el odontólogo, entonces venga yo le explico bien, si le pasa algo, usted ya lo consintió y ya es su problema, para que el consentimiento le sirva como defensa».

2.3.16 Visión legal del consentimiento informado: De acuerdo con la pregunta formulada: *Legalmente hablando, ¿Por qué y cómo se exige el consentimiento informado?*

Los expertos tienen variadas opiniones al respecto en las que encontramos que la mayor parte de ellos señalan que el CI se exige desde el punto de vista legal, como un derecho, un derecho a la autonomía y la Información.

«El consentimiento informado se exige legalmente porque es un derecho humano a la información».

«Legalmente hablando, pues porque es un derecho, yo creo que uno de los derechos humanos es ese, inclusive hoy lo vi cuando entré a una clínica de medicina general, que hay

deberes y derechos de los pacientes... y en la odontología, siendo la clínica, el consultorio una clínica, es un derecho que se le tiene que informar al paciente que es lo que va a pasar con él, qué es lo que se le va a hacer».

«Pues yo pienso que ahí está también el tema de los derechos, el derecho de los pacientes a tener toda la información acerca de su estado de salud, de las posiciones del tratamiento que tienen la verdad como un derecho».

Otros odontólogos mencionan que la visión legal está directamente dada por la normatividad dentro del sistema de salud (Ley 100), las normas que rigen la ética odontológica en Colombia (Ley 35) y la Resolución 1995 de 2000.

«Por un lado la norma que es el Código de Ética, la Ley, y por el otro lado también está el código en el que se basan cuando se va a mirar si dar lugar a algunas quejas, si se da alguna solución y dar alguna sanción. Es el código civil».

«En que la Ley obliga en que el odontólogo tiene que elaborar una historia clínica y esa historia clínica debe firmarla el paciente y en la historia, también, elaborar el consentimiento informado que es anexo a la historia clínica, o pues independiente, y ahí es donde el paciente le confieren todo, todo sus, todo, le ratifica al odontólogo que todo tratamiento que le explicó, qué le va a hacer y sí lo autoriza a hacer. Y que cualquier riesgo que corra, también él sabe que corre un riesgo y autoriza al odontólogo a correr ese riesgo».

Inclusive en la misma perspectiva, algunos odontólogos enfatizan que el cambio de Constitución de 1991 y la expedición de la Ley 100 que reglamenta el sistema de salud, fueron fundamentales a la hora de contemplar un punto de vista legal sobre el desarrollo y la autonomía del paciente.

«Legalmente hablando, fundamental. Surge del cambio de constitución y del cambio de

sistema de seguridad social o aseguramiento, porque la constitución anterior, digamos que estaba cimentada en un estado proteccionista, paternalista... y muy centralizado. Nuestra constitución actual genera dos mecanismos de participación y privilegia la autonomía de la persona a través del derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad».

En menor proporción algunos expertos relacionan el punto de vista legal con la participación de los abogados dentro de los procesos éticos en el TEO y tienen el conocimiento sobre la normatividad presente en el campo de la odontología.

«Si, de hecho los abogados llevan muchísimo tiempo, y por supuesto que se saben toda la normatividad que hay en este momento y a partir de eso, siempre le están a uno diciendo, bueno la normatividad vigente desde la parte de habilitación. Por supuesto que uno se la debe saber, porque si uno está ejerciendo. Y eso es lo que ellos quieren, que por lo general, los magistrados ejerzan de tal forma que puedan estar actualizados desde la parte científica y desde la parte de todos los procesos legales».

En general, los magistrados entienden que es un derecho, pero con exactitud no se conocen las normas y leyes que lo hacen exigible y que lo soportan.

2.3.17 Soporte legal de consentimiento informado según los expertos: Al indagar por si es fácil encontrar soporte legal sobre el *Consentimiento Informado* en los casos analizados, la mayoría de expertos mencionaron que se encuentra principalmente en ciertas instancias de los tribunales de ética y en algunos casos en la misma Corte Constitucional, tal como lo señalan los siguientes relatos:

«El soporte legal yo creo, pues... lo que puede haber de esto es más que todo en las tutelas

que se presentan por fallos en los tribunales. En esas tutelas hay argumentaciones legales de leyes del tribunal principal o de la corte constituyente de la constitución, en donde, si hay razonamientos para poder dilucidar algún fallo en relación con esto. Más que todo es en las tutelas, aun cuando hay un intento en ese respecto y es que generalmente los magistrados que tienen que estudiar esas tutelas no tienen la capacidad científica para poder dar una norma o un fallo adecuado, entonces vienen una serie de pruebas y cosas de esas para poder dilucidarlo».

«Pues haber soporte legal puede haber en ciertas instancias de los tribunales superiores, donde hay sentencia que sienta una jurisprudencia, que se pueden extraer digamos, más que todo los trámites, y yo lo dije en mi tesis para maestría en que todas van relacionadas con medicina, pero se puede aplicar a cuestiones de odontología y de ahí se extrae a la parte relativa, digamos, y cobija al odontólogo. Digamos que esa sentencia vale también».

«Bueno, si claro, por la Ley, o sea, los tribunales siempre siguen al pie de la letra la normatividad de la Ley y con relación también a la normatividad de la historia clínica».

«Yo pienso que ahora sí, que en este momento sí. Pues porque ya existe la Ley y demás, y se ha venido promulgando y hay mayor información».

Otros odontólogos señalan que el soporte legal del CI no es muy frecuente, pero en ciertos casos se logra ubicar en Internet y otros documentos académicos:

«Pues yo básicamente en Internet he encontrado algo, pero me he guiado por el libro suyo, y el libro del doctor Benjamín Erazo Acuña en el cual aparecen allí y así hemos logrado hacer unos consentimientos que han sido aprobados por secretaria de salud como válidos».

«No hay mucho que se haya escrito desde el punto de vista de doctrina o digamos desde el punto de vista de... literatura sobre el particular, no es que sobre, pero si hay mucha jurisprudencia en Colombia sobre el tema, hay bastante jurisprudencia, y la gente puede acceder a ella, si uno ingresa a estos sistemas de información del Google, de esto, tú escribes consentimiento informado y te salen muchas fuentes de información, o sea pienso que no es tan difícil acceder a la información».

«Únicamente, académicamente, lo que uno oye en las conferencias, lo que le estoy comentando, una explicación al paciente y que el paciente está divinamente ilustrado de lo que se va a hacer, saben los riesgos que va a correr, el valor del tratamiento que va a recibir».

2.3.18 Secretaría de Salud de Bogotá y relación con las quejas eticodisciplinarias: En la codificación abierta se logró ubicar dos relatos en los que se advierten que la Secretaría Distrital de Salud (SDS) tiene importancia a la hora de influir en los casos que llegan a los tribunales de ética odontológica. El principal rol que tiene la SDS es como fuente de varias denuncias, las cuales son tramitadas por los pacientes, quienes llegan primero a esta institución.

«Llegan a la secretaría y la secretaria de oficio compulsas copias siempre, haya o no una violación a la ética profesional, por protocolo, como ellos no investigan al odontólogo sino a la institución o al consultorio odontológico, siempre lo mandan, defensoría del pueblo, bueno en fin digamos que uno se nutre por muchas vías».

«Fíjate que las demandas que están haciendo a la Secretaría de Salud. La Secretaría nos ha mandado muy seguido tenemos muchísimos casos de la Secretaría de Salud, de las demandas que ha habido. Influye mucho si es práctica privada o institucional».

2.3.19 Casos del Tribunal Nacional de Ética Odontológica de Cundinamarca y su relación con el consentimiento informado: Al interrogar sobre los casos del tribunal y su relación con el consentimiento informado se encontró que la opinión más frecuente, sin ser una mayoría de expertos, consideran que casi todos los casos que llegan al TEO presentan algún grado de relación con el CI, en particular los que tienen algún tipo de sanción ético-disciplinaria:

«...si, es que todos en su mayoría lo tienen, tácitamente está involucrado, la falta de un buen consentimiento informado, de una buena explicación a los paciente».

«Total, casi todos los casos. Nosotros veíamos en general que la mayoría de los casos. Así, en términos generales, la mayoría de los casos y la mayoría de las sanciones eran por dos cosas; o por problemas en el diligenciamiento de la historia clínica, que en el fondo lo que tiene es un contenido técnico por una ausencia de idoneidad, y el otro problema que tiene como concepto un carácter ético es el consentimiento informado, es decir, que implica necesariamente el reconocimiento de la otra persona como ser humano».

Otro grupo de expertos menciona que les llegan muchos casos en los que se evidencia problemas relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica, teniendo en cuenta además la importancia que tiene esta y su relación la explicación del tratamiento, los riesgos, complicaciones y demás aspectos del consentimiento informado especialmente si tenemos en cuenta los cambios que ha tenido la profesión.

«Hay casos muy complicados en el tratamiento de... hoy está muy en boga con implantes, y fracasos totales de pérdida de implantes y no hay CI por ninguna parte, Si... es que ya lo informé al paciente antes, pero no hay nada anotado

en la historia clínica, ni en ningún documento anexo, de la historia clínica, ni nada».

Adicionalmente, algunos expertos mencionan cosas como que es decisivo a la hora de sancionar o exonerar un profesional la forma como se haya incluido en el caso el consentimiento informado, algunos afirman cosas como que se evidencia que la mayor parte de los odontólogos no cumplen con lo estipulado frente al CI en la Ley 35, también dicen que es frecuente la inexactitud en la información brindada por el Odontólogo, que además se da una escasa dedicación en el tiempo de atención con los pacientes por parte de los profesionales y que el consentimiento informado se ha visto, por parte de los odontólogos actualmente, como una cláusula que le permite evitarse problemas a futuro. Como dato curioso, un magistrado afirma que «muchas veces el problema es el paciente porque es obstinado y terco».

2.3.20 Deficiencias en el CI escrito: En la codificación abierta se hicieron algunas alusiones relativas a las deficiencias del documento de CI, de las cuales podemos resaltar los siguientes aspectos: los expertos creen que los principales problemas o deficiencias en el consentimiento informado a nivel escrito son: la no realización de formatos de consentimiento informado, el no diligenciamiento de consentimiento, las historias clínicas incompletas o, en casos algo más graves, la falsificación de la firma del paciente teniendo en cuenta además, que la mayoría de los pacientes no conocen sus derechos ni el Consentimiento Informado.

«..La falta de firma del consentimiento informado por el paciente, inclusive hemos visto un caso de falsificación de la firma del paciente, casos muy complicados, que el paciente certifica que esa no es su firma y la llevan a exámenes de grafología y se la falsificó el odontólogo o la auxiliar o cosas de esas».

«Uno, es que ni siquiera lo han hecho, segundo que no lo registran, tercero llegan cosas como que no hacen el formato, digamos el papelito, alguna cosa, o no lo registran en la historia clínica y no hacen que el paciente firme».

2.3.21 Consentimiento informado y práctica clínica: A partir de la codificación abierta realizada a las entrevistas con expertos en relación con el CI y el ejercicio de la Práctica Clínica, aparecen pocas menciones al respecto. Las únicas que hacen referencia, señalan que el CI en la práctica clínica se caracteriza porque se viene relacionando dentro de un grado de cumplimiento que exige hoy en día el Sistema General de Salud y las instituciones que los representan, se refieren específicamente a las secretarías de salud.

Para los expertos, en la práctica clínica se dificulta la aplicación del consentimiento informado en particular cuando no existe armonía en la relación y comunicación odontólogo-paciente. También aseguran que el desarrollo del consentimiento informado en la práctica clínica es directamente proporcional al desarrollo de los aspectos legales e institucionales que van apareciendo en la odontología contemporánea.

Aquí se muestran algunos de los relatos al respecto:

«Desafortunadamente, no tienen más desde el punto de vista instrumental, desde el punto de vista del proceso de información que se le debe dar al paciente para respetar y garantizar su derecho a la autonomía, entonces hoy en día se considera más el instrumento que se debe diligenciar para aspectos legales, para defensa que tiene el profesional frente a las posibles demandas, más que a la obligación ética que tiene el profesional de dar información a sus pacientes».

«Pienso que, en la medida en la que se ha venido desarrollando, digamos, todo el tema ético disciplinar, y también los aspectos legales y jurídicos frente a las demandas, pues hoy en día pienso que en todas las instituciones y profesionales de la salud tienen en cuenta el consentimiento informado».

«Pues básicamente yo creo se hace más por presión de las visitas de la Secretaría de Salud y demandas que hacen por parte de los odontólogos en los cuales se tiene que llenar el consentimiento. Las demandas priman algo muy importante del consentimiento informado y el correcto llenado de la historia clínica. Entonces, se viene haciendo ya como algo de rutina pero fue algo impuesto mediante una campaña no tan pedagógica sino con consecuencias de tribunales y juzgados y todo».

2.3.22 Fortalezas del consentimiento informado: La indagación con los expertos entrevistados respecto a las fortalezas que evidencian en el Consentimiento Informado, señala los siguientes resultados:

Para algunos expertos la principal fortaleza que encuentran en el consentimiento informado tiene que ver con el mejoramiento en la comunicación entre el paciente y el odontólogo, lo que genera el aumento de la confianza para la realización del tratamiento.

«De primera mano te diría que yo le veo más ventajas que desventajas, definitivamente, o sea, la aplicación del consentimiento es no solamente un principio y un valor también fundamental, indistintamente en la legislación. Creo que es un mecanismo necesario definitivamente para el ejercicio de la comunicación odontólogo-paciente, en este caso específico».

Otros expertos mencionan que la principal fortaleza es proteger los derechos de los pacientes y también de los odontólogos, lo que hace que el modelo sea menos paternalista:

«Para mí la mayor fortaleza es que usted persigue hacer valer los derechos que tienen las personas, los pacientes y profesionales también; buscan mejor vía a la salud; persigue la salud de las personas en la medida en que cada vez más el derecho hace que las personas tengan mejor calidad de los servicios. Me parece que ese proceso de información hace que también, un aspecto de fortaleza positiva, el paciente participe más, se es menos paternalista».

«La máxima fortaleza, me parece que consentimiento informado compendia el respeto por los derechos de los pacientes mirados de la forma integral como quise enunciarlos de manera general hace un rato y señala los deberes rigurosos de los odontólogos y los médicos, sus relaciones rigurosas correlativas a esos derechos que tienen los pacientes».

Otra de las fortalezas señaladas por los expertos es que la máxima fortaleza tiene que ver con que la protección para el odontólogo y la institución a la cual pertenece, tal como lo advierte la siguiente narrativa:

«Pues la fortaleza naturalmente es la protección del odontólogo y la institución donde trabaja ese odontólogo, ese es el fuerte, y la fortaleza también es que si lo toma en serio, el consentimiento le informa al paciente realmente lo que va a hacer y está más enterado del tratamiento inclusive si está más enterado más aceptan que es posible que de pronto haya algún fracaso o alguna complicación si no está informado eso siempre es una sorpresa».

Además de las fortalezas mencionadas anteriormente, otros expertos señalan también que se fortalece la información al paciente y de esta forma se mejora la salud de los pacientes, y que es el elemento central a la hora de hacer mejores conceptos en casos donde sea necesario juzgar.

2.3.23 Interés económico presente en la atención odontológica: Para algunos expertos es claro que el interés económico, por parte de los odontólogos, es muy marcado en ciertos casos, particularmente aquellos que atienden consulta privada y que trabajan con poblaciones más «acomodadas». Otra afirmación es que muchos de ellos pierden la ética profesional por el afán de obtener dinero:

«Yo diría que hay un afán de ingresos, afán que se traduce en que, como buena parte son empleados de instituciones o de clínicas que les pagan por porcentajes, que ya no tienen el sueldo que tenían antes, les pagan por porcentaje de producción, entonces ellos tratan de llenar su tiempo obteniendo resultados».

«Sí, yo pienso que una es la falta de ética profesional porque hay un interés bastante marcado por el tema económico, entonces el odontólogo tiene un interés marcado económico frente a sus tratamientos y no es muy ético, porque lo que quiere es sacar provecho económico».

2.3.24 Perfil de odontólogos involucrados en casos de consentimiento informado en el tribunal de Cundinamarca: La pregunta sobre algún perfil que perciban los magistrados en particular en los odontólogos objeto de quejas presentó una gran diversidad de respuestas, incluso encontradas en ocasiones, entre las que podemos evidenciar las siguientes:

2.3.24.1 Características generales: Para buena parte de los expertos «hay de todo», eso traduce que no existe un perfil determinado de odontólogos involucrados dentro de casos de consentimiento informado, señalan además que esto es independiente de sus condiciones económicas o culturales.

«Hay de todo. No estrictamente con el consentimiento, lo que sí he notado es como una insatisfacción del ejercicio profesional por

una mala y pésima remuneración, por una desvalorización del ejercicio profesional, eso he encontrado, como ese desagrado, entonces, en esa medida, pienso que eso incide en que no haya un excelente ejercicio profesional también».

2.3.24.2 Características sociales: Según algunos expertos en los casos se presentan más hombres que mujeres, algunos también hacen alusión que son más jóvenes los que están involucrados, adicionalmente señalan que algunos odontólogos provienen de fuera de Bogotá¹⁵².

«Tiene una respuesta muy contundente, quienes en ese aspecto del consentimiento informado más errores cometen son los profesionales muy jóvenes, porque creen que se las saben todas, acabando de salir de la universidad y no toman en cuenta lo que en su formación académica consideraron siempre como una “costura”, los aspectos éticos del ejercicio de la profesión, siempre lo consideraron una cosa ahí al margen, una costura; meten la pata más comúnmente los recién egresados».

2.3.24.3 Características económicas: Sobre las características económicas, los expertos mencionan que los odontólogos pertenecen principalmente a estratos socioeconómicos bajos y, según ellos, queda implícito que esta condición hace que cometan mayores errores en la atención de los pacientes. Incluso se menciona que algunos están en malas condiciones laborales.

«Bueno, quizás, son de la región, y en ocasiones son profesionales que quieren ir más allá de sus conocimientos, precisamente por esas razones económicas».

¹⁵² Ellos afirman que provienen de la Región, lo cual hace alusión a la procedencia de los odontólogos, más no al lugar dónde ejercen, ya que casi la totalidad del ejercicio profesional se realiza en Bogotá.

«Naturalmente, es más del estrato socioeconómico bajito, que tienen que ver con pacientes de pocos recursos y si trata a pacientes de pocos recursos, naturalmente los honorarios que va a devengar ese odontólogo generalmente tampoco son muy onerosos, entonces no le dedica de pronto el tiempo que debería dedicarle a cada cosa sino que como tiene gastos...».

2.3.24.4 Características profesionales: Los expertos mencionan que las características profesionales son principalmente la mediocridad, la falta de conocimientos y de actualización. También se menciona que los odontólogos son, en su mayoría, generales, que quieren trascender sus conocimientos.

«Desconocimiento insisto, falta de conocimiento. Me parece que hay falencias desde la academia, es lo que he detectado, falencias en la autoformación, que además de eso es un principio ético de la Ley 35, la permanente retroalimentación y actualización de los conocimientos, y se cree, pienso yo, que el conocimiento lo ven desde el punto de vista científico pero no desde el punto de vista humanístico».

«Yo diría que el rasgo característico es, uno, que por lo general son odontólogos generales que llevan mucho tiempo ejerciendo y que no están actualizados».

«Para mí, es gente que no se ha actualizado, y que hay una necesidad económica puntual, en hacer más de lo que pueden».

2.3.24.5 Conocimiento sobre normatividad: Los expertos mencionaron que principalmente se debe resaltar que los odontólogos objeto de quejas ético disciplinarias tienen sobre conocimientos normativos, un desconocimiento muy grande como también sobre los derechos de los pacientes, tal como lo ejemplifican los siguientes relatos:

«Desconocimiento completo de las normas legales desconocimiento en general».

«Un desconocimiento de los derechos de los pacientes. Creo que ahora es menos, pero sin embargo en ese momento en el que yo estoy en el tribunal había desconocimiento de los derechos de los pacientes y también de los deberes del odontólogo, que deben dar información suficiente».

Algunos expertos opinan que los odontólogos son arrogantes, que al parecer poseen una escasa formación en ética odontológica, humanística y de derechos, pero también que están explotados laboralmente. Serían, según ellos, profesionales insatisfechos a nivel institucional, odontólogos generales que llevan mucho tiempo ejerciendo y que se «meten» a hacer cosas para las que no están capacitados. Mencionan además que no están actualizados y quieren ir más allá de sus conocimientos. También, como media la parte económica, los problemas se presentan sobre todo a nivel privado.

2.3.25 Perfil de pacientes Involucrados: Al indagar con los expertos sobre las características de pacientes involucrados en casos de TEO, se evidencian las siguientes apreciaciones:

2.3.25.1 Características socioeconómicas: Para más de la mitad de los entrevistados, la mayor parte de los pacientes son de estratos bajos (uno y dos), los cuales están interesados en demandar porque se sienten engañados e insatisfechos en la realización de sus tratamientos. Contrario a esto, algunos odontólogos, piensan y mencionan que son más los pacientes de estratos altos que tiene como quejarse, teniendo en cuenta aspectos económicos, nivel educativo, mayor conciencia de derechos ciudadanos, etc.

«Sí también, por lo general, los más involucrados son de estratos bajos y de pronto clase 1 y 2».

«En general, hay dos, o personas de un estrato bajo con pocos recursos que se sienten atropelladas, engañadas y que se sienten insatisfechos con la realización de los procedimientos, o de los trabajos, si es de rehabilitación oral y eso».

«Yo diría que los estratos bajos son más dados a demandar a los odontólogos y a fregar por la razón del consentimiento informado: “Que yo no sabía, que a mí me dijeron, que no me dijeron”».

«Sí, muchas veces son pacientes que son de estrato 4 hacia arriba, más bien que están enterados de las leyes existentes, que pueden pagar un abogado, porque muchos pacientes, digamos de estratos bajos, simplemente dicen no voy donde ese odontólogo, me voy para donde otro. Hablan mal del odontólogo pero no hacen absolutamente nada porque no están enterados del proceso que desean realizar y una demanda incluye gastos».

2.3.25.2 Características educativas: Respecto a las características educativas, los expertos mencionan que la mayoría de pacientes tienen educación de nivel medio-alto (bachiller, universitario, profesionales): «Mínimo son bachilleres y la mayoría profesionales que no aceptan que se los maltrate. El doctor cree que soy un ignorante pero yo soy doctor como él, a veces le dicen a uno: soy profesional».

Otras características que resaltan los expertos tienen que ver con la percepción de que son pacientes que se sienten insatisfechos, que muchos de ellos son buenas personas, que están mal asesoradas y que tienen en mente el respeto por sus derechos o que quieren retribución económica.

2.3.26 Datos sobre las entrevistas a odontólogos: A continuación se muestran las estadísticas de los odontólogos entrevistados, para analizar la forma como ellos han vivido el inicio del proceso de aplicación del consen-

miento informado en la profesión odontológica en Cundinamarca.

Tabla 12. Distribución por año de graduación de los odontólogos entrevistados

Año de grado	Nº odontólogos
1970 – 1975	3
1976 – 1980	4
1981 – 1985	10
1986 – 1990	11
1991 – 1995	6

Fuente: Elaboración propia

Como se ve, la mayor proporción de odontólogos se graduó en los años 80.

Tabla 13. Distribución por especialidades

Especialidades	Nº odontólogos
Auditoría	1
Estomatología	1
Gerencia de salud	1
Odontopediatría	1
Periodoncia	1
Salud Ambiental	1
Endodoncia	2
Estética	2
Prostodoncia	2
Rehabilitación oral	2
Ortodoncia	4
Cirugía oral/maxilofacial	6

Fuente: Elaboración propia

El 29,3 % de los entrevistados son odontólogos generales, siguen los cirujanos maxilofaciales con un 17,5 % y los ortodoncistas con 11,8 %.

Tabla 14. Inicio del ejercicio como especialistas

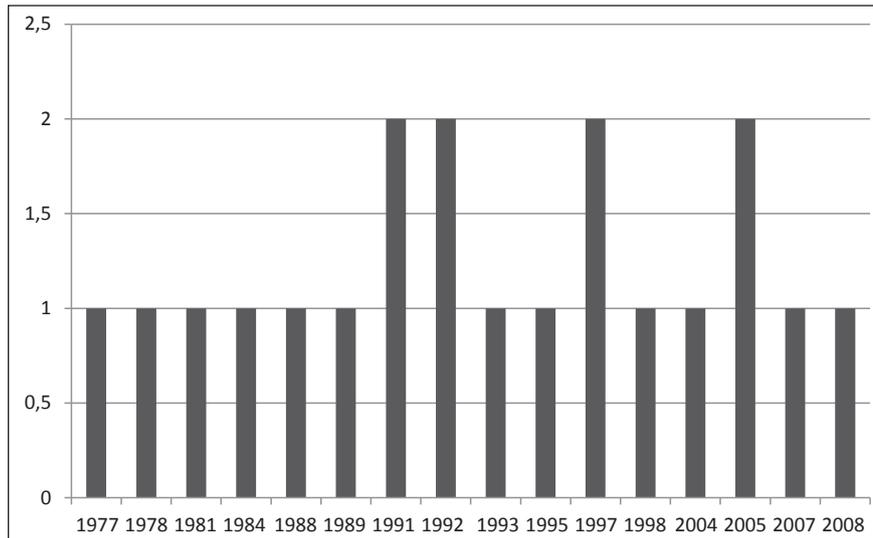
Año desde el cual ejercen como especialistas	Cantidad de odontólogos
1977	1
1978	1
1981	1
1984	1
1988	1
1989	1
1991	2
1992	2
1993	1
1995	1
1997	2
1998	1
2004	1
2005	2
2007	1
2008	1

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la figura 10, la distribución es muy pareja en el tiempo, pues no se ven más de dos especialistas graduados por año, algunos en fecha muy reciente, lo que quiere decir que ejercieron como odontólogos generales por un largo tiempo.

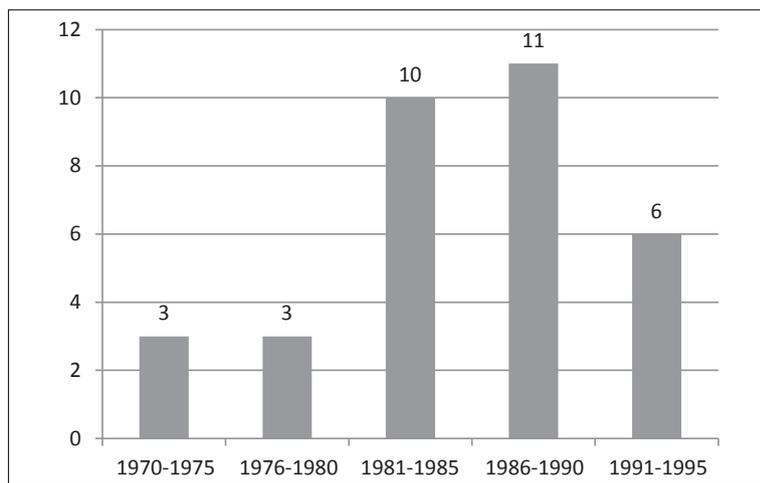
En la figura 11, el 83 % de los odontólogos ejerce su profesión desde el año 1990, fecha en que se puso en marcha la Ley 35. En 1992, cuando se inició el funcionamiento del Tribunal de Cundinamarca, todos estaban relacionados con la odontología como estudiantes o profesionales en ejercicio. Tabla con la información de las fichas aplicadas a los odontólogos entrevistados.

Figura 10. Años de ejercicio como especialista



Fuente: Elaboración propia

Figura 11. Año de grado



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15 se consignan los datos generales de los treinta y cuatro (34) odontólogos entrevistados: año de graduación como odontólogo general, si hace o no clínica, si tiene alguna especialidad formal y cuál es, si ejerce como especialista y desde qué año, edad, sexo,

años en consultorio privado, años en práctica institucional (pública o privada), horas/día promedio consultorio privado, horas/día promedio práctica institucional pública o privada, sitio de práctica.

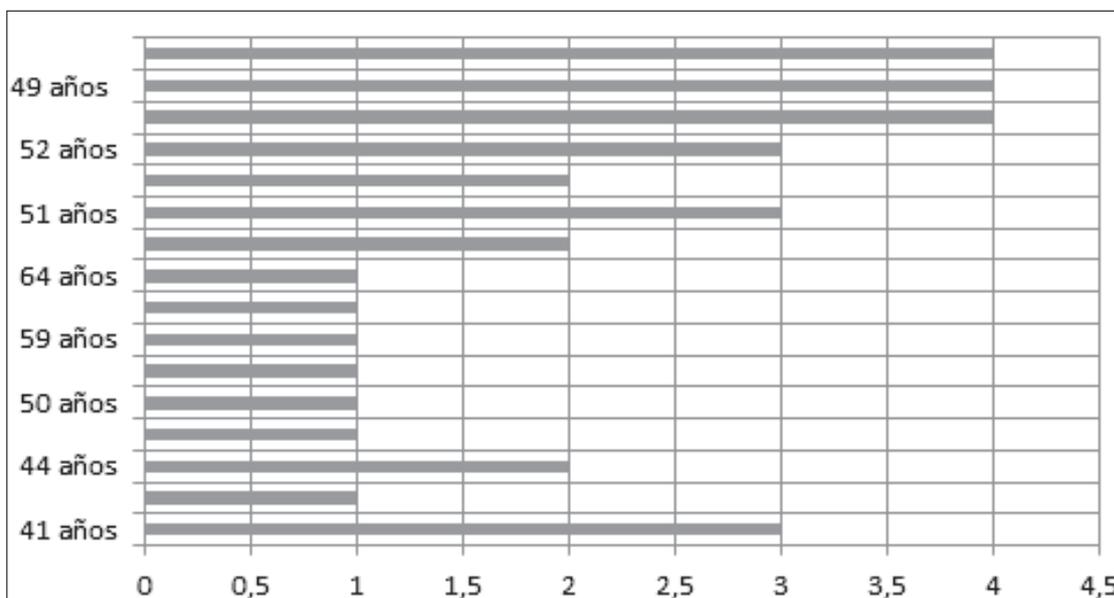
Tabla 15. Información sobre los odontólogos con experiencia clínica de más de 10 años que participaron en el surgimiento del proceso de consentimiento informado en Cundinamarca Colombia.

Datos Odontólogos										
Especialidad No Formal		Año Especialista	Edad	Sexo	Atención Odontológica					
Si/No	Cuál				Años Cons Priv	Sitio de Práctica	Años Prac. Institu	Sitio de Práctica	Horas Prom. C.P.	Horas Prom. Prác. Institu
No	NA	NA	49 años	Femenino	27 años	Norte	No	NA	8 Hrs	NA
No	NA	1981	55 años	Femenino	30 años	Norte	1 año	Norte	5 Hrs	NA
No	NA	1978	60 años	Femenino	31 años	Norte	3 años	Norte	6 Hrs	NA
No	NA	1991	51 años	Femenino	28 años	Norte	3 años	Norte	6 Hrs	NA
No	NA	No ejerce	52 años	Femenino	21 años	Norte (5 años)	2 años	Sur/Centro	6 Hrs	NA
No	NA	NA	49 años	Femenino	20 años	Centro (4 años) / Occidente	3 años)	Sur/Centro	6 Hrs	NA
No	NA	2005	46 años	Masculino	23 años	Norte	No	NA	8 Hrs	NA
No	NA	2005	46 años	Masculino	22 años	Norte	No	NA	8 Hrs	NA
No	NA	NA	51 años	Femenino	15 años	Sur	2 años	Institución	8 Hrs	8 Hrs
No	NA	1998	59 años	Masculino	27 años	Norte	7.5 años	Norte	9 Hrs	NA
No	NA	NA	51 años	Femenino	30 años	Norte	1 año	Occidente	8 Hrs	NA
No	NA	2007	50 años	Femenino	27 años	Sur	16 años	Sur	6 Hrs	8 Hrs
No	NA	NA	53 años	Femenino	15 años	Centro	5 años	Noroccidente	6 Hrs	NA
No	NA	NA	41 años	Masculino	No	NA	8 años	Centro	6 Hrs	10 Hrs
No	NA	2008	41 años	Femenino	21 años	Chapinero 17 años	2 años	Centro	8 Hrs	6 Hrs
No	NA	No ejerce	55 años	Femenino	30 años	Norte	25 años	Norte	5 Hrs	2 Hrs
No	NA	1992	46 años	Femenino	20 años	Norte	25 años	Norte	3 Hrs	6 Hrs
No	NA	1993	46 años	Femenino	22 años	Norte	5 años	Chapinero	4 Hrs	8 Hrs
No	NA	NA	43 años	Masculino	20 años	Norte	7 años	Nororiente 3,5 años / Suroriente	8 Hrs	4 Hrs
No	NA	1977	64 años	Femenino	38 años	Norte	36 años	Centro	20 hrs	20 Hrs
No	NA	NA	53 años	Masculino	35 años	Norte	1 año	Sur	6 Hrs	8 hrs
No	NA	1988	55 años	Femenino	15 años	Norte	1 año	Usme 5 años / 5 Chapinero	4 Hrs	4 Hrs
No	NA	No ejerce	52 años	Femenino	28 años	Sur	No	NA	8 Hrs	8 Hrs
No	NA	1992	49 años	Femenino	6 meses	Noroccidente	19 años	Centro / Chapinero	8 Hrs	8 Hrs
No	NA	1997	47 años	Masculino	13 años	Centro	10 años	Centro	2 Hrs	4 Hrs
No	NA	2004	41 años	Masculino	No	NA	16 años	Centro	NA	6 Hrs
No	NA	1984	55 años	Masculino	30 años	Norte	No	NA	8 Hrs	4 Hrs
No	NA	1991	52 años	Masculino	29 años	Centro/Sur	29 años	Sur	3 Hrs	5 Hrs
No	NA	1989	56 años	Masculino	32 años	Norte	No	NA	4 Hrs	8 Hrs
No	NA	1995	47 años	Femenino	20 años	Centro/Norte	25 años	Centro	5 Hrs	4 Hrs
No	NA	1997	48 años	Masculino	22 años	Centro/ Chapinero	22 años	Centro/ Chapinero	4 Hrs	4 Hrs
No	NA	NA	49 años	Femenino	26 años	Sur/Soacha	23 años	Centro	4 Hrs	4 Hrs
No	NA	No ejerce	44 años	Femenino	11 años	Norte	5 años	Norte	8 Hrs	8 Hrs
No	NA	1995	45 años	Femenino	5 años	Soacha	2 años	Soacha	7 - 8Hrs	8 Hrs

Fuente: elaboración propia

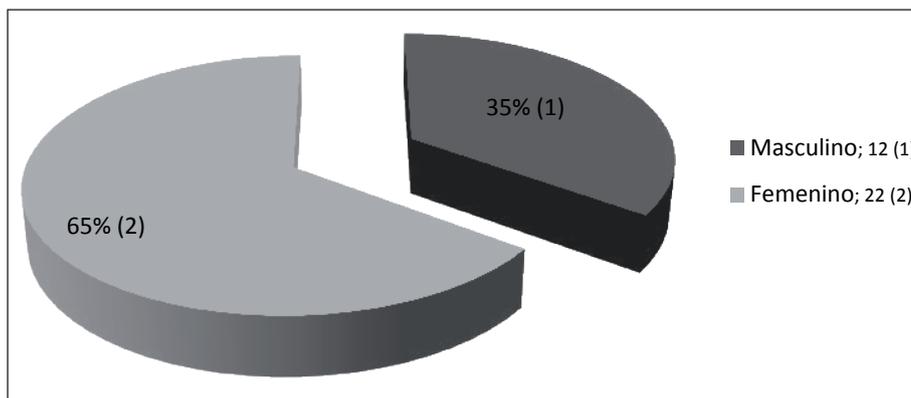
Bioética

Figura 12. Edad de los odontólogos entrevistados



Fuente: Elaboración propia

Figura 13. Sexo de los odontólogos entrevistados



Fuente: Elaboración propia

La tabla y la figura anterior muestran la distribución por edad y sexo. Todos son odontólogos en ejercicio clínico con edades que oscilan entre 41 y 64 años.

El 65 % son odontólogas y el 35 % odontólogos.

La mayoría de odontólogos, 32 de 34, han realizado práctica privada, solamente dos tienen

únicamente experiencia de trabajo institucional, figura 14.

Los odontólogos que han realizado práctica institucional tienen, en un alto porcentaje, experiencia entre uno y cinco años, y casi que se limita al servicio social obligatorio, el cual generalmente se hace en instituciones del Estado. Solamente 6 odontólogos nunca trabajaron en instituciones, figura 15.

Tabla 16. Odontólogos que realizan consulta privada

Años de consulta privada	Nº odontólogos
Menos de 10 años	1
10 - 15 años	5
16 - 20 años	4
21 - 25 años	6
26 - 30 años	10
Más de 30 años	5
No poseen experiencia	2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17. Consulta institucional

Año de práctica institucional	Nº odontólogos
0 - 5 años	13
6 - 10 años	4
11 - 15 años	0
16 - 20 años	3
21 - 25 años	5
Más de 25 años	2
No poseen experiencia	6

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18. Promedio en consulta privada

Horas promedio consulta privada	Nº odontólogos
2 h	1
3 h	2
4 h	5
5 h	3
6 h	8
7 h	0
8 h	11
9 h	1
20 h	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 19. Promedio en práctica institucional

Horas promedio práctica institucional	Nº odontólogos
2 h	1
4 h	7
5 h	1
6 h	4
8 h	7
10 h	1
20 h	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 20. Sitio de realización de la práctica privada

Lugar práctica privada	Nº odontólogos
Norte	21
Occidente	1
Noroccidente	1
Soacha	1
Fuera del País	1
Chapinero	2
Sur	4
Centro	7

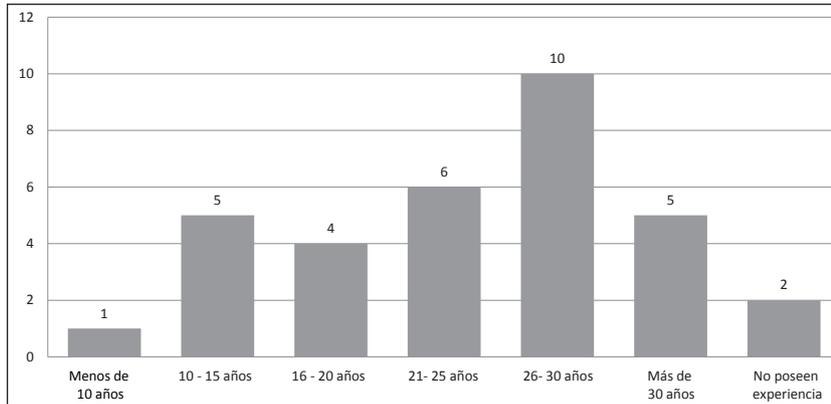
Fuente: Elaboración propia

Tabla 21. Sitio de práctica institucional

Lugar de práctica institucional	Nº odontólogos
Centro	11
Noroccidente	1
Nororiente	1
Usme	1
Chapinero	4
Sur	6
Soacha	1

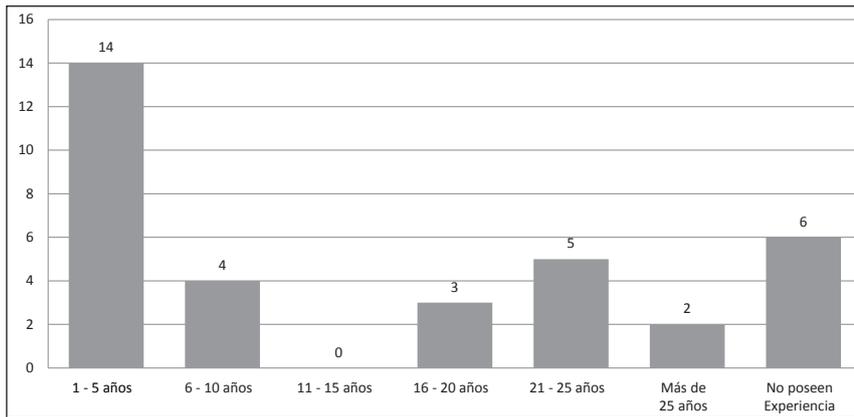
Fuente: Elaboración propia

Figura 14. Años de consulta privada



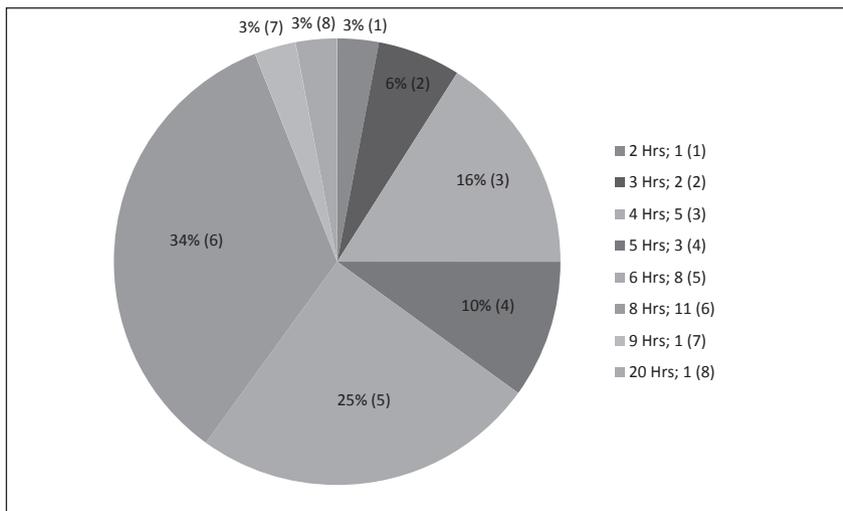
Fuente: Elaboración propia

Figura 15. Años de práctica institucional



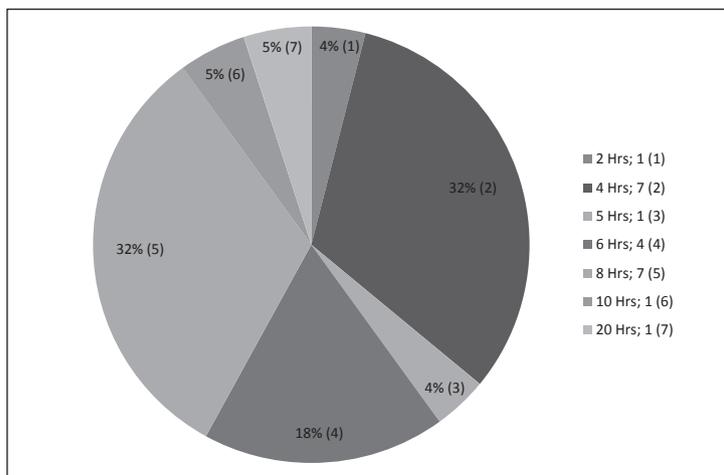
Fuente: Elaboración propia

Figura 16. Horas promedio consulta privada



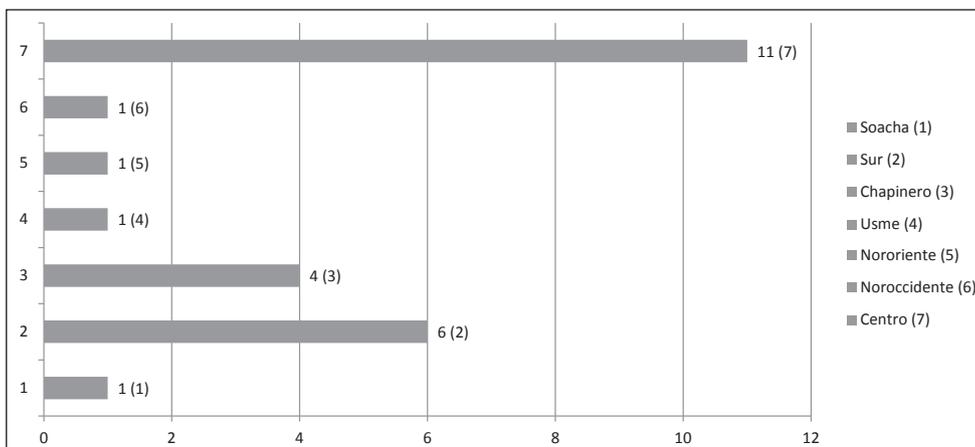
Fuente: Elaboración propia

Figura 17. Horas promedio práctica institucional



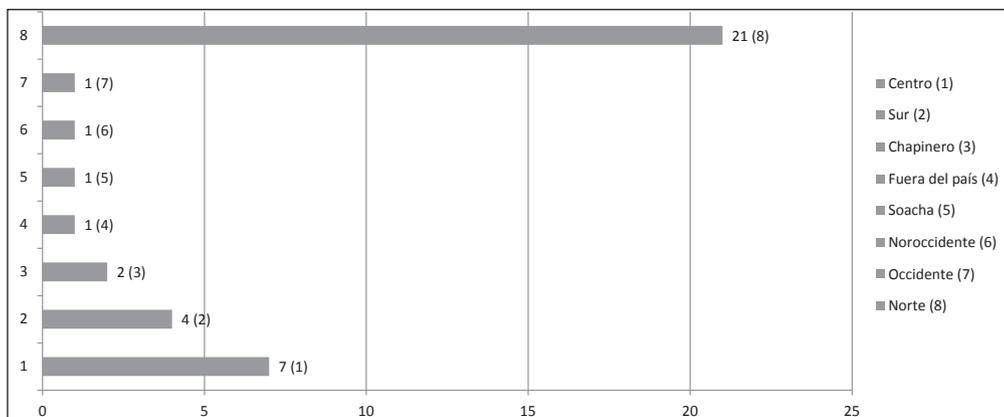
Fuente: Elaboración propia

Figura 18. Lugar de práctica institucional



Fuente: Elaboración propia

Figura 19. Lugar de práctica privada



Fuente: Elaboración propia

La mayor proporción de odontólogos tienen una actividad clínica privada entre 6 y 8 horas pero nótese que, aunque pequeña, una parte de los odontólogos refieren jornadas de hasta 20 horas. figura 17.

La mayor proporción de odontólogos refieren realizar práctica institucional entre 4 y 8 horas, figura 18.

Aunque se pudo contactar a dos odontólogos que trabajan en dos municipios aledaños a Bogotá, la mayor proporción de odontólogos entrevistados son de Bogotá y de ellos el mayor número realiza la práctica institucional en el centro, sitio donde se concentran instituciones hospitalarias y del Estado, figura 19.

Como era de esperar, el mayor número de odontólogos ejerce la práctica privada al norte de Bogotá, donde se concentran los consultorios privados, donde además se ubican la mayoría de quienes solicitan habilitación ante la Secretaría de Salud y cumple en rigor con todos los trámites administrativos exigidos por los entes reguladores.

2.3.27 Entrevistas a odontólogos: Las entrevistas se realizaron a 34 odontólogos, escogidos al azar, siempre y cuando aceptaran colaborar con el estudio. Se intentó abordar profesionales de diferentes especialidades y que ejercieran en diferentes instituciones y sitios de Cundinamarca. Se procedió a explicarles el objetivo del estudio, la parte de la investigación relacionada con la entrevista, se le informaba al profesional sobre la confidencialidad y anonimato de los registros, que se iban a realizar y se llenaba una ficha con datos generales.

2.3.28 El consentimiento informado. Aproximación al concepto por parte de los odontólogos entrevistados: Lo primero que se intentó establecer era si el profesional había oído hablar

de consentimiento informado, la respuesta de todos los odontólogos fue positiva, han escuchado hablar de consentimiento informado en diferentes periodos de tiempo y contexto. Casi todos escucharon hablar por primera vez de él en la práctica clínica profesional, en la realización de estudios de especialización, en congresos y conferencias, o en la institución donde trabajaban en ese entonces. La mayoría lo hizo después del año 2000, otros en 2008 y uno en 2010. Muy pocos refieren que antes del 2000, o no se acuerdan cuando.

El mayor número de profesionales asegura que realmente se interesó por el tema a partir de la exigencia de la Secretaría de Salud que lo estaba solicitando en las visitas a los consultorios¹⁵³. Las narrativas presentadas por los odontólogos entrevistados, respecto a su primer acercamiento al CI (cuándo y dónde) se pueden agrupar para el análisis, así:

- a) Secretaría Distrital de Salud, institución que comenzó a exigirles CI y formato escrito tanto en la consulta privada como en instituciones: «¿Cuándo oímos de consentimiento informado?...cuando la Secretaría de Salud nos dijo que había que hacer un consentimiento informado, porque en mi vida nos habían puesto consentimiento informado». «Yo creo que en la segunda

¹⁵³ Todos los prestadores de salud deben estar inscritos ante las secretarías departamentales o municipales en el sistema único de habilitación. Esto obliga a todos los profesionales e instituciones que realicen atención en salud al registro en dichas instituciones ante la oficina de vigilancia y control de la oferta. A su vez las secretarías están obligadas a vigilar y controlar que se cumpla con la reglamentación y leyes de atención en salud emanadas del Ministerio de Salud. Resolución 1043 de 2006, «Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud». Diario Oficial Ministerio de la Protección Social, 3 de abril de 2006; Resolución 2680 de 2007 «Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones» Diario Oficial Ministerio de la Protección Social, 3 de agosto de 2007 y la Resolución 3763 de 2007 «Por la cual se modifica parcialmente las resoluciones 1043 y 1048 de 2006, y la Resolución 1080 del 2007 y se dictan otras disposiciones». Diario Oficial Ministerio de la Protección Social 18 de octubre de 2007.

visita de la secretaria de salud ya empezaron a decirnos que por qué no se hacía firmar consentimiento informado, que yo no cumplía con ese requisito».

- b) Contexto académico o universidad, el cual, señalan, es el espacio privilegiado para la actualización de nuevos conocimientos: «...yo empecé a escuchar hablar de eso más en el posgrado que en el pregrado, en la residencia, en el pregrado realmente es una consideración poco válida, no se tiene casi en cuenta. Y en la residencia fue mucho, mucho lo que me dijeron al respecto».
- c) En contextos de su ejercicio cotidiano en la práctica profesional, con instituciones (clínica y/o hospitales primordialmente): «Hace 8 o 10 años, a través de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia, o sea que se empezó a difundir la importancia de que el paciente firmara, que se le iba a hacer tener claridad de los pro y los contra de los tratamientos y de los riesgos que habían, de las ventajas y las desventajas, entonces la Sociedad Colombiana de Ortodoncia, hizo un formato que yo anexé a mi historia clínica, pero era un formato para todo el mundo».
- d) En los relatos de especialidades como cirugía y ortodoncia se observa mayor familiaridad con el concepto, el proceso y el documento escrito, quizá debido a la modalidad de práctica que adoptan estas especialidades. Vale la pena recordar que en las quejas ético disciplinarias estas especialidades ocupan segundo y tercer lugar en cuanto a frecuencia, después de la rehabilitación, a su vez la más involucrada en las quejas, además es la que más practican los odontólogos generales sin que medie un consentimiento informado.

2.3.29 Autonomía: La teoría del consentimiento informado se sustenta casi exclusivamente en la autonomía, como principio. En las en-

trevistas, una vez que se hablaba sobre generalidades del CI, se preguntaba sobre la forma como los odontólogos entiende la autonomía, y se encontró lo siguiente:

- a) La mayor parte de los odontólogos consideran que la autonomía es la capacidad que tiene un sujeto de decidir por sí mismo y/o tomar decisiones propias, es decir, autónomas. Aquí la relación Autonomía–Decisión propia es directa.
- b) Seguidamente, están algunos odontólogos que relacionan la autonomía con la capacidad de los pacientes de aceptar o no un determinado tratamiento. «...la autonomía del paciente, que él decide si permite que yo le haga x o y tratamiento. Uno le explica al paciente y el paciente decide si lo permite».
- c) En una proporción menor, ciertos odontólogos señalan que la autonomía del paciente se relaciona directamente con la aceptación o no de los riesgos, ventajas y desventajas de un determinado tratamiento. «Que la persona voluntariamente firma y acepta unos riesgos y unas ventajas».
- d) Otros odontólogos relacionan la autonomía con la capacidad de los pacientes de tener una opinión propia, sin que otra persona interfiera.
- e) Muy pocos odontólogos (3 de los 34 entrevistados) señalaron no tener conocimiento sobre el concepto de autonomía.
- f) También están quienes relacionaron la autonomía con la no obligación de firmar nada si no están de acuerdo, con la capacidad de defenderse sin ayuda de nadie y con la capacidad de hacer algo.

2.3.29.1 Relación autonomía–consentimiento informado: Al indagar con los odontólogos entrevistados la relación entre el concepto de

autonomía y CI, se encontró que un poco más de la mitad piensan que dicha relación apunta a la autonomía en la decisión del paciente con respecto a la realización o no de tratamientos. En esta medida, se tiende a señalar la importancia de los derechos del paciente, de la capacidad que tiene para desistir de un tratamiento, y otros aspectos como se observa en los siguientes relatos: «...autonomía del paciente,...es como el derecho que tiene el paciente a consentir realizar un procedimiento, a pesar de haber consentido poder desistir de que le realicen un procedimiento por las razones particulares que él tenga». «El paciente debe ser informado y él mismo debe decidir lo que se le debe hacer sin forzársele a tomar decisiones de lo que él no quiere».

Hay opiniones orientadas hacia la importancia de brindar información adecuada al paciente: «...pues me parece que el consentimiento hace que el paciente conozca el tratamiento, bien permite que lo haga o no lo haga».

Unos más mencionan que es importante, entre otros factores: a) tener claro el rol del doctor para gestionar el CI; b) promover el conocimiento y la concientización a los pacientes para que conozca el tratamiento a realizar y; c) ver que la relación entre odontólogos y pacientes es asimétrica, sin llegar a aclarar por qué relacionan autonomía y CI:

«...yo le explico al paciente la alternativa de tratamiento y el paciente está en el poder de decidir si sí o no acepta».

«...se relaciona porque la persona en esa autonomía y en ese entender puede tomar una decisión acerca de su propio ser».

«...pues el consentimiento informado es una expresión de la autonomía del paciente».

«...Es inherente, mejor dicho, hace parte básica. Pienso que los únicos quienes no tienen

autonomía son los menores de edad, porque el tutor o el representante legal es el que tiene que decir por ellos».

Uno de los entrevistados se refiere a la idea de autonomía tanto en el odontólogo como en el paciente, y está relacionada con complicaciones: «...la autonomía de los dos, hay autonomía del especialista, el especialista representa una opción de tratamiento que es tal, y por qué es mejor esa opción con sus complicaciones. [...] el paciente tiene la posibilidad de decir si la toma o no, si se somete a ese procedimiento de acuerdo con esas complicaciones».

2.3.30 Aplicación del CI en odontología: Para la mayor parte de los odontólogos, la comprensión sobre cómo se debe aplicar el consentimiento informado en odontología está relacionada directamente con la explicación e información que el profesional brinda al paciente dentro de la o las consultas en las que se le atiende. Se incluyen riesgos, procedimientos, posibilidades, fracasos, entre otros, así como lo ejemplifica el relato siguiente: «Explicándole al paciente, explicándole al paciente las dificultades técnicas, la longevidad del procedimiento, si es restaurativo, si es quirúrgico, las posibilidades de infección, de fracasos, todo eso».

Otros odontólogos relacionan la aplicación del Consentimiento Informado directamente con el documento escrito que firma el paciente. De esta forma se ejemplifica con este relato:

«Se aplica a través de un documento, cómo se aplica, o sea, digamos uno escribe claramente el procedimiento de lo que le va a realizar al paciente, específico, el procedimiento específico y uno al iniciar el tratamiento pues yo lo hago así, el paciente se sienta lee el documento y si está de acuerdo voluntariamente, o sea, si está de acuerdo lo firma, con su número del documento».

En menor proporción algunos odontólogos mencionan que el proceso de aplicación del consentimiento informado se relaciona con el diálogo y la relación simétrica entre doctor y paciente. Es claro que este tipo de opiniones no son muy comunes debido a que la tendencia mayoritaria es de ver la relación odontólogo-paciente desde una perspectiva asimétrica.

«...a mí me parece supremamente importante el consentimiento. Verlo como una perspectiva distinta que permite el diálogo entre el odontólogo y el paciente, donde el paciente es visto como un legítimo otro y donde existe, lo que se busca es una relación simétrica donde el profesional pueda informar al paciente en un lenguaje que sea entendible pero que el paciente también pueda preguntar y que pueda, en un momento dado, decir que no. A mí, por ejemplo, me ha servido ahora que estoy en la parte clínica con pacientes de difícil manejo. El consentimiento es fundamental, pero entendido como tal, como el diálogo, no solamente el registro de una información que esté escrita, sino la parte más importante es la relación que se establece con el paciente».

Desde otra perspectiva, un odontólogo refiere que él sabe y practica el CI pero en toda la relación clínica, afirma que él no hace firmar ningún papel pues le parece que ese es un proceso mentiroso, donde ahora quieren, de manera legalista, decir que se hacen mejor las cosas, cuando la salud es un asunto cada vez más comercial.

2.3.31 Diferencias entre la práctica institucional y privada: Respecto a las diferencias en la aplicación del Consentimiento Informado entre la práctica Institucional y la práctica privada, según los profesionales entrevistados se encuentran las siguientes:

a) Para la mayor parte de los odontólogos no debe existir diferencia o al menos ellos in-

tentan que así sea (o las diferencias no son tan substanciales), entre la aplicación del consentimiento informado en la práctica institucional y la práctica privada. Así lo muestran los siguientes relatos:

«No para mí no hay ninguna diferencia, absolutamente ninguna diferencia, yo creo que nosotros, como profesionales, podemos hacer que sea diferente en un lado y en el otro, pero no debe ser, para mí no existe, para mí es igualmente importante en la práctica privada como en la práctica institucional, exactamente igual».

«¡No! Donde yo trabajo ¡no! porque yo trabajo en hospital privado. Entonces el énfasis es el que uno le dé particularmente. Obviamente, hay una normativa a la que uno se ciñe, pero eso de la manera de manejar toda la parte de consentimiento informado, a pesar de la normatividad es muy particular de uno».

b) Otros profesionales creen que la principal diferencia se relaciona con los tiempos que se emplean en la práctica institucional y la práctica privada, estando, este último espacio, caracterizado por mayor dedicación, respeto y confianza para el paciente:

«Diferencias... pues básicamente yo hago lo mismo, sí les dedico más tiempo en la privada, sí. Aquí básicamente hago lo mismo, pero si hay diferencias más en el tiempo, no en la calidad de atención y eso porque yo trato de hacer lo mismo con el paciente, explicarle todo, pero les dedico más tiempo allá».

«...de pronto en la clínica privada hay como más confianza, más tiempo, dedicación, y es mejor».

c) Algunos entrevistados mencionan que las principales diferencias se relacionan con el mismo CI (tanto positiva como negativamente) tal como lo advierten los siguientes relatos:

«...inicialmente, digamos por ejemplo el consentimiento, yo pienso que se ha fortalecido mucho en la parte pública, más que en la parte privada aunque ya en la parte privada... cuando entiendo cuál es la importancia del consentimiento, pues se empieza a fortalecer en la parte privada. Pero yo pienso que en la pública se ha fortalecido y se le ha trabajado más a eso».

«Pues en la práctica privada, lo que pasa es que es como más, de pronto uno lo hace como menos extenso, en cambio ya en una institución como uno tiene que tener ciertas reglas y cumplir con ciertas cosas pues lo hacen más extenso aplicándolo a ambas cosas».

«...no, pues yo utilizo formatos, en cada institución en la que trabajo se utiliza el formato que está establecido y en mi consultorio tengo también mi propio formato».

- d) Finalmente, hay opiniones que se centran principalmente en que las diferencias están en la autonomía de la práctica privada frente a las restricciones (lineamientos y parámetros) que tienen el ejercicio profesional en las instituciones: «Si, si claro, en la práctica institucional está ligada a unos parámetros que la institución diseña, en la práctica privada la autonomía la tiene más el profesional que la institución».

De igual forma, otra diferencia a que se hace alusión es aquella relacionada con la atención brindada al paciente: la práctica institucional tiene mayor calidez, tiempo, dedicación y confianza, que la práctica institucional.

«...es que yo diría que la parte institucional es terrible, me parece que es terrible, la gente se siente muy maltratada. En cambio aquí es muy rico, aquí uno se vuelve psiquiatra, psicólogo, ayudante espiritual, todo, pero es eso. Digamos, el consentimiento informado hace que... mire, esto le puede pasar, esto le puede

pasar, ah bueno me dijeron que si, puede llamarme, preguntar... entonces la relación más cálida...».

2.3.32 Factores que inciden en las decisiones de los pacientes: En esta parte se intentó establecer cuál es la impresión que tiene los odontólogos sobre la decisión de los pacientes frente a los tratamientos. Qué les hace decidirse por una u otra opción. La averiguación por los factores que inciden en las decisiones de los pacientes, evidencia ciertas tendencias en las opiniones de los odontólogos, las cuales se señalan a continuación:

- a) Para la mayor parte de los profesionales, el principal factor que incide en las decisiones de los pacientes para la realización de un determinado tratamiento tiene que ver con sus costos. Para estos odontólogos, el factor dinero influye en muchos casos sustancialmente para que los pacientes accedan a los tratamientos:

«...para aceptar un tratamiento inciden muchos factores: la parte económica, las expectativas frente al tratamiento, la realidad de la situación que vive el paciente, las probabilidades de que el tratamiento sea duradero, sea perdurable, que tenga posibilidades de mejorar su calidad de vida».

«...uno, la parte económica, digamos en el sector rico y más en esta zona... la parte económica. Otro, digamos también como todas las creencias, la parte cultural que tiene el paciente también, porque obviamente a nivel privado pues las personas tienen más capacidad de pago y pueden acceder a otro tipo de tratamientos. Y la parte cultural y todo eso es fundamental».

«Los más importante para ellos es el dinero, lo que yo he visto es el factor económico».

- b) Otros odontólogos mencionan que el principal factor tiene que ver con que si el

tratamiento presenta o no dolor y problemas de salud, sobre todo relacionado con tratamientos endodónticos.

«...de pronto incide sobre todo cuando es un riesgo que pueda recrear algo de la salud el paciente, el paciente se abstiene a veces de eso».

«...uno, como el factor dolor e incapacidad para aceptar procedimientos quirúrgicos mayores. Entonces, si hay mucho dolor e incapacidad y la preocupación del daño mayor, aceptan fácilmente el procedimiento. Me parece que ahorita aceptan más fácil los procedimientos porque casi todos están pagos por una entidad, entonces el no costo es algo que les ayuda a decidir muy rápidamente».

- c) Otros odontólogos mencionan que, sumado al factor económico, existen diversos factores como el componente sociocultural, educativo e incluso el estatus social y la edad (ciclo vital) en el que se encuentra el paciente influye para realizarse o no un tratamiento. Todo esto aparece en las siguientes narrativas: «Lo sociocultural, Dios mío, el nivel socioeconómico, el educativo, eso cuenta terriblemente». «...no pues desde la parte cultural, desde sus conocimientos, su educación, su estatus social, su edad».
- d) Finalmente, están las opiniones de algunos odontólogos que señalan como principal factor a la hora de decidir la realización o no de un tratamiento es que este cumpla con las expectativas con las que llegan al consultorio: «...que llenen las expectativas, que cumplan las expectativas que ellos tienen ¿Si? Ellos esperan, ellos esperan estética, esperan función, a veces primero función y luego estética, eso se aprende con cada paciente. Pero estética, función y que no duela».

2.3.33 ¿Por qué se quejaría un paciente?: Ante una situación hipotética de falta de informa-

ción o acción contraria a la voluntad del paciente, la mayor parte de odontólogos aseguran que los pacientes podrían quejarse: en primer lugar, por no recibir información adecuada, precisa y oportuna de parte de quien les está prestando un servicio:

«Pues porque no se le informó lo que era el tratamiento, es decir, o sea, si a ti no te dicen qué te van a hacer y fuera de eso te meten los dedos en la boca y ahí sí como dicen se untan de tus brazos y todo eso y tú nunca te enteraste de lo que pasó, pues yo tengo todo derecho a pedir una explicación, y dado el caso llegar a una instancia legal, si no tuve la información necesaria y además que me siento violentado de alguna manera, que me hicieron algún tipo de tratamiento».

En segundo lugar se ubica la idea de que los pacientes pueden quejarse porque les vulneraron su derecho al conocimiento y la información sobre el tratamiento o procedimiento realizado por el odontólogo: «Se puede quejar porque se están violando sus derechos de la información y es clarísimo».

En tercer lugar los odontólogos ubican la vulneración del derecho al conocimiento por parte de los pacientes como posible establecimiento de quejas disciplinarias.

En menor proporción se encuentran algunos relatos de odontólogos que mencionan que las quejas de los pacientes podrían devenir de aspectos tales como el hecho de que un tratamiento salga mal y porque le realizaron cosas de las cuales no tenía conocimiento.

Tres de los odontólogos manifestaron no tener una respuesta respecto a la pregunta por el tipo de quejas que presentaría un paciente.

2.3.34 ¿Qué se debe informar en atención odontológica?: Se pudo determinar que, para

la mayor parte de los odontólogos, lo que se debe informar en primer lugar es el *Plan de Tratamiento*, o lo que coloquialmente señalan como: *lo que se va hacer*. Le sigue un grupo de odontólogos que señalan el deber de informar *todo*. En este todo, se encuentran aspectos desde los riesgos, el plan de tratamiento, los costos, el consentimiento, el estado de salud dental, así como las ventajas y las alternativas de los procedimientos, incluso algunos particularizan sobre los costos

En orden de importancia los entrevistados consideran que lo primero que se debe informar son los *riesgos, posibles complicaciones y/o dificultades* que puedan aparecer dentro del tratamiento. Es claro para estos odontólogos que la práctica profesional está sujeta a inconvenientes o cambios en el camino y, por tanto, los mismos deben ser informados a sus pacientes.

Una proporción de odontólogos más pequeña considera que lo primero que se debe informar debe ser el *estado de salud oral*, se debe saber de dónde se parte para comenzar un tratamiento. Un grupo igual piensa que deben ser *los costos*, los cuales son, según los odontólogos, una de las mayores preocupaciones que tienen los pacientes a la hora de comenzar un determinado tratamiento. Una pequeña proporción del grupo considera que lo primero que se debe informar son las *alternativas del tratamiento*.

Otro elemento a informar según los odontólogos son los *riesgos*, además de los *beneficios* o el *estado de salud oral* con el que llega el paciente. Finalmente, se encuentran aspectos tales como la explicación de alternativas y el tratamiento.

2.3.35 Formatos de CI en odontología: La indagación respecto a la aparición de los formatos para el diligenciamiento del consentimiento informado genera diversas posturas en los odontólogos.

Algunas opiniones expresan que los formatos que han tenido en cuenta para su implementación en la práctica odontológica se han realizado con base en las exigencias que ha impuesto la Secretaría Distrital de Salud, como lo señala el siguiente relato:

«...por exigencia de la Secretaría de Salud, por las visitas. Como hemos tenido todo el proceso en las primeras visitas ellos van cambiando, digamos que van incrementando el grado de exigencia. Nosotros iniciamos de cero pero con esas exigencias, ahí nos informaron que el consentimiento debe ser por escrito, firmado por el profesional, firmado por el paciente, que es un documento legal para huírle uno a las demandas y todo ese tipo de cosas, entonces empezamos a implementarlo».

Otras opiniones mencionan que el formato se ha creado y ajustado con base en un constante diálogo con odontólogos y especialistas de la odontología:

«...es un formato sugerido por los colegas y también recibimos la asesoría de personas que ya se dedican es a eso, asesoran consultorios en los procesos y les arman las carpetas, entonces uno lo fotocopió y lo adaptó».

«Lo armamos hablando, así, no sacamos un formato de ninguna parte, miramos y leímos muchos formatos, porque yo trabajo con otra odontóloga que ya es la dueña de la casa, y este consultorio es de ella y en el de al lado de allá estoy yo. Entonces, entre las dos, como trabajamos primero. Ah, ya me acordé, yo vine aquí porque necesitaban una odontóloga con equipo para atender la ARS de Cafam, entonces yo tenía el equipo almacenado y todo, yo me vine. Entonces, digamos que a partir de eso empezamos nosotros a trabajar como en equipo, entre las dos, ella trajo unos formatos, leímos por Internet, creo que la Secretaría tenía algo de formatos, ya no me acuerdo cómo fue, el caso es que dijimos hagámoslo así para no llenarnos de papeles y papeles porque ahora para cada procedimien-

to hay un consentimiento informado, por ahora hemos salido ahí como bien».

Otros odontólogos mencionan que los formatos de consentimiento se han realizado con base en las especialidades odontológicas, pero no se menciona el proceso que llevaron a esta opción: «Hay un formato para odontología general, otro para ortodoncia, pero el de ortodoncia... casi todos los traen de los centros radiológicos donde les hacen firmar».

En menor proporción hay odontólogos que consideran que los formatos del consentimiento no tienen complicación, que se puede conseguir y se diligencian de forma sencilla: «No, una fotocopia y ya. Vea, esto es el formato, llenemos y firmamos, y ya sale, con el número de su historia clínica, sencillito».

Finalmente, incluso hay odontólogos que mencionan que a pesar de que lo utilizan en el consultorio, no saben cómo lo hicieron: «No sé cómo los hicieron, no sé de dónde los sacaron, voy a averiguarlo».

2.3.36 Firma y proceso de realización del documento escrito de consentimiento informado: Al indagar por el proceso de firma del documento de CI con los odontólogos entrevistados, se evidencia que prácticamente son ellos mismos quienes están realizando su diligenciamiento. En menor proporción lo diligencia la auxiliar del consultorio o, en algunas instituciones, es un trámite administrativo rutinario.

En este sentido, algunos odontólogos mencionan que el momento y contexto en el cual diligencian el respectivo documento: en primer lugar, después de abrir la Historia Clínica (HC), otros, durante la cita. Un odontólogo menciona que si bien explica los riesgos, beneficios y alternativas, no hace firmar el formato escrito.

En algunos casos no existe claridad sobre las partes del documento y el sentido que tienen, a decir en algunos relatos:

«Yo se lo doy a leer, primero que lo lean, les explico y hago que el paciente escriba de puño y letra las complicaciones que le estoy dando y hasta mi nombre, para que ellos sean los que... ¡no, no! que les esté dando un documento ya hecho. Hay unos espacios en blanco donde está mi nombre y en donde está el nombre del procedimiento que le estoy haciendo y yo hago que el paciente lo escriba».

«No, yo misma, yo misma y él mismo llena todos los datos, es decir, yo le dejo los espacios libres: empiece yo, puntos suspensivos, él pone su nombre él pone su cédula, él pone, el mismo, con su letra, el procedimiento que se le va a hacer y abajo dice el odontólogo me ha explicado en qué consiste el tratamiento y más abajo dice el odontólogo me ha explicado los posibles riesgos, y en esos donde dice posibles riesgos, sí lo escribo yo, depende del caso específico, el posible riesgo que puede ocurrir en el caso específico».

«Doctora, si le soy sincero, yo nunca hago firmar un consentimiento informado por qué les explico todo. Entonces, a veces, cuando llega al momento del consentimiento informado, me dicen hermano ya me explicó allá, usted me explicó toda esta vaina, no me haga firmar eso. Entonces, de pronto va ser un punto negativo en tu entrevista... nunca les hago firmar y soy sincero yo aquí soy de los que me llaman la atención todos los días porque no les hago firmar, pero en los 19 años de profesión que ya cumplo ahorita en junio, nunca he tenido un problema con un paciente».

«Personalmente, en mi caso, yo lo hago, yo lo hago, dependiendo el procedimiento que haga, los pacientes, hacerle ver y entender qué consecuencias puede tener, qué se puede presentar en el tratamiento».

Un odontólogo refiere que no sabe quién hace firmar el consentimiento en la institución donde trabaja y varios odontólogos refirieron que lo diligencian después de abrir la HC o durante la cita odontológica.

2.3.37 Dificultades para aplicar el CI: A la pregunta por si ha escuchado o ha tenido conocimiento de *dificultades en la aplicación del CI*, la mayoría de los odontólogos señalan falta de confianza para diligenciar la firma (o en algunos casos, la negación a esta) en los formatos.

«...sí, en las dificultades para la firma sí, que el paciente dice que no firma eso porque no está de acuerdo, entonces eso si he escuchado, de hecho me ha pasado a mí».

«Si hay gente, hay gente, que no, pues dicen “qué es lo que voy a firmar”, “qué es esto”, entonces uno le dice que se siente juicioso, sin estrés y que lea bien, palabra por palabra, si no entiende cualquier cosa, se le explica, y bueno, ya está en la decisión del paciente, de si firma o no firma».

«...sí, de hecho estuvimos hablando hoy de un caso donde un paciente, no un paciente sin un familiar de un paciente, se negó a firmar el consentimiento informado de un procedimiento quirúrgico grande que se le va a realizar la próxima semana a un familiar, dijo: no yo no lo firmo. Pero en general no».

«Digámosle, a veces en las instituciones, en la mayoría de las instituciones de salud, el consentimiento es dado como una forma de, como un requisito. Entonces, se lo dejan al paciente. El paciente de pronto lo llena o lo firma sin saber qué está llenando y, de pronto, a veces, algunos pacientes dicen: sabe que, no me da la gana firmarlo, no me parece que debería firmarlo, porque a mí no me han explicado todo eso que dice acá. Lo que he visto en algunas otras instituciones, no en la institución donde estoy trabajando».

Se encontró también que el factor económico es sustancial en las dificultades y la información

que no se les brinda a los pacientes, tal como lo ejemplifican algunos de estos relatos:

«Bueno, a veces puede ser falta de información, a veces factor económico, también, sí. Pero yo pienso que también es falta de información del profesional, yo pienso que uno tiene que darle todas las herramientas y darle todas las justificaciones al paciente del porqué es importante que sea haga ese tratamiento».

«Sí, sí uno, a veces el paciente le hace preguntas de garantía, digamos de los trabajos, y la verdad es que uno no puede dar ese tipo de garantías, entonces hay pacientes que se rehúsan un poco».

En menor proporción están algunas opiniones en las que se mencionan que las dificultades están relacionadas con el nivel educativo de los pacientes:

«Sí, según el nivel de educación de las personas, es difícil saber de qué manera se les enfoca la información que se les da».

«La atención a menores de edad, a veces no viene acompañados de sus padres sino de otro hermanito, de la vecina, de la empleada, etc. y los tiempos de consulta que se dedican a los pacientes».

En particular se refieren al desarrollo del trabajo institucional. En algunos casos, los odontólogos mencionan que una de las dificultades tienen que ver con los grados de confianza generados con pacientes de hace muchísimo tiempo los cuales, según dicen, *les dejan echar el rollo* y luego les dicen cosas como: «No fregués, que después de tanto tiempo... ¿me vienes a hacer firmar qué?, y se van y lo dejan con el consentimiento en la mano».

2.3.38 Cambio de percepción sobre el CI en su corta incursión en la odontología de Cundinamarca: La indagación por el cambio de

percepción del CI en los odontólogos desde el momento en que tuvieron su primer acercamiento, demuestra que no puede establecerse una tendencia mayoritaria en las opiniones de los entrevistados. Sin embargo, se puede decir lo siguiente:

- a) Algunos odontólogos señalan que el primer cambio que han visto a lo largo del tiempo tiene que ver con la forma y/o procedimiento de *aplicación* del CI. El siguiente relato advierte el cambio en el detalle de la aplicación: «...sí, ahora es más, es más detallado, es más minucioso, sí. Hay que explicar casi que día a día lo que se va a hacer y si el paciente acepta. Dicen que lo ideal es que el paciente firme todos los días el procedimiento y que acepte el procedimiento».
- b) Otros odontólogos mencionan que el cambio ha sido poco o nulo: «Para mí no, yo estoy en las mismas. Yo le informo todo, cualquier mal que haya en su boca yo se lo informo, además de realizarle el procedimiento, claro».
- c) Ciertos odontólogos mencionan que el cambio del CI hasta la fecha se centra principalmente en la noción de obligatoriedad que se transforma en apropiación, como lo señala el siguiente relato: «...a mí al principio me parecía que era una obligación como imposición, como que ¡ay! Otro requisito, ¡como molestan! Pero ahora yo sí soy como una, como que he interiorizado y he entendido que es algo que se necesita».
- d) También existe otro grupo de odontólogos que efectivamente si ha cambiado, principalmente desde el punto de vista legal:

«...tremendamente, porque cada vez tiene más implicaciones legales de nuestro ejercicio profesional, tremendamente, cada vez se

vuelve más preponderante, tanto así que yo no solamente tengo consentimientos informados. Diseñé el del hospital en maxilofacial, lo ayudé a diseñar, el de acá ya estaba hecho, sino que además diseñé un consentimiento informado para toma de fotografías, lo tengo para el pre y postoperatorio, porque es muy importante, supremamente importante».

2.3.39 Cambios en la relación paciente-odontólogo: Al indagar con odontólogos los principales cambios en la relación odontólogo-paciente, se encuentran algunas tendencias importantes como también opiniones encontradas.

Para un número importante de los odontólogos, uno de los principales aspectos que le ha ocasionado cambios a la relación odontólogo-paciente tiene que ver con la *comunicación*, debido principalmente al lazo que hay, por medio del diálogo, las explicaciones y los convenios, entre odontólogo y paciente, pensando en los tratamientos. Esto se ejemplifica en algunos relatos: «...yo me siento con ellos, conversó y les gasto tiempo, me gusta hacerlo, para que el paciente se sienta más tranquilo». «...horita hay más comunicación. Pero también me parece que se ha perdido un poco al respeto del paciente al profesional».

Otros odontólogos mencionan que el principal cambio en la relación tiene que ver con los tiempos para la atención que se deben brindar en las instituciones de salud en las que laboran los odontólogos. La tendencia en este tipo de discursos enfatiza en el detrimento de la relación con el paciente, así lo señalan ciertas narrativas:

«...yo no aceptaba mis citas de 20 minutos, porque en 20 minutos me he sentado a explicarle al paciente que voy hacer, a saber cómo se llama, a saber cuál es su condición y toda esa vaina y ahí si lo hago pasar: yo en veinte

minutos no hago nada, yo pedía consulta de 40 minutos para poderme dedicar al paciente, porque el paciente merece un poquitico... le demos su *feeling*, como su tranquilidad para que se pueda sentar ahí. No, siéntese, abra, escupa, cierre, pague y váyase».

«De tiempo sí, si es tiempo sí, si yo no tengo el tiempo para explicarle al paciente, cómo me va a firmar un consentimiento, creo yo».

«Ha cambiado en que cada vez es más impersonal, por el tiempo que hay de las consultas, por la exigencia de las instituciones, por la falta de tiempo para uno poder interrelacionar con los pacientes, hay que sacar un paciente en 15 o 20 minutos y hay que hacer consentimiento, hacer órdenes de exámenes de laboratorio, boleta de cirugía, realmente el tiempo es... a mí por ejemplo, no me alcanza el tiempo».

En otros relatos se evidencia que el principal cambio de la relación odontólogo – paciente tiene que ver con el consentimiento informado, la posibilidad que dio este de ampliar y mejorar esta relación, como lo demuestra los relatos:

«...si, no vamos a decir que todo es el consentimiento informado, pero digamos que eso comenzó a abrir una puerta para uno hablar más con el paciente y exponerle las ideas y se hizo esto, porque antes el odontólogo estaba acá arriba, era como el médico, mejor dicho, habla él y era como si hablara Dios, ¿No? Y ya, no es que me dijeron que tocara así, ahora no, ahora al paciente el odontólogo le está dando mucha información y el paciente está teniendo más argumentos para tomar sus decisiones sobre su propio tratamiento».

«...yo en general siempre considerado mucho al paciente pero yo le digo algunas veces a las personas que ese consentimiento informado nos ha obligado a que nosotros le expliquemos al paciente lo que se le va a hacer, ese consentimiento ha sido un beneficio para el paciente muy importante porque es decirle mire lo que le voy a hacer...».

«Yo creo que sí, yo creo que si porque, lo que te decía al principio, el consentimiento informado también le da mucha confianza al paciente y a uno también».

De igual forma, otros relatos señalan que uno de los principales cambios tiene que ver con el poder de decisión que tienen hoy los pacientes y que se evidencia en su relación con los profesionales que los atienden: se caracterizan por ser pacientes más informados, más empoderados, por ende, decididos y exigentes con los tratamientos.

«Pues en que los pacientes tienen ya más información, reciben, saben más cosas, tienen más acceso a los servicios, a opiniones y eso cambia la relación, eso cambia la relación... tienen desconfianza, muchas veces».

«En lo mismo que ha cambiado la medicina, que antes uno era el médico que le ordenaba un procedimiento o un tratamiento a un paciente y eso se convertía como en palabra de Dios. Hoy en día la medicina exige, y más desde finales del siglo pasado, que el paciente sea partícipe de la decisión, con conocimiento de todo».

Otros odontólogos mencionan que el principal cambio de la relación odontólogo–paciente se encuentra en la parte económica y las implicaciones que tiene esta en los tratamientos y la ética del trabajo odontológico.

«...se ha ido cambiando, ya muchas cosas en odontología se manejan desde el punto de vista económico, ¡sí!... más uno que lleva mucho tiempo, o que lleva tiempo, ejerciendo y uno trata de mantener pues, como con lo que salió y lo que aprendió en la Universidad, primero la parte ética y después la parte comercial. Pero las nuevas generaciones están saliendo con una mentalidad totalmente diferente. Y aparte de eso, por parte del paciente, ha perdido mucho respeto por el profesional también, o sea, también se han vuelto... diga-

mos, o por los menos la experiencia de uno, se ha vuelto gente muchas veces muy agresiva, por las mismas complicaciones como de trámites administrativos, entonces, por último llega el odontólogo, en nuestro caso, y es el que tiene: pero es que me toca hacer yo no sé cuántas cosas».

En menor proporción están algunos odontólogos que señalan que los cambios de esta relación están dados por la adaptación que tiene ciertos odontólogos a las necesidades de los pacientes. En otro sentido algunos mencionan que no han notado muchos cambios o no los han tenido en cuenta realmente.

2.3.40 Motivos de los pacientes para no realizarse tratamientos. Respecto a la indagación de motivos por los cuales un paciente no se haría un tratamiento, se encuentran variadas opiniones entre los profesionales encuestados, principalmente:

2.3.40.1 Razones de tipo económico: La mayor parte de los odontólogos señalan que el principal motivo por el cual un paciente no se haría un tratamiento es el factor económico. Según los entrevistados, si un tratamiento afecta directamente la economía del paciente, lo más probable es que no se realice el procedimiento.

«Si les tocan el bolsillo es lo que más les duele. Por ese lado, pero en general siempre se les dice sí, o sea, este es el plan de tratamiento, y ya uno se va a salir y necesita eso, uno mira acá resultó que hay que hacerle conductos a este diente, eso no estaba en el plan de tratamiento sino que salió, y eso qué, cuánto me costaría, vale tanto, entonces el paciente dice pues si bueno, pues toca, y ya se lo advierto, ya entonces, bien».

2.3.40.2 Razón del temor o miedo: Que pueden tener algunos pacientes para realizarse un tratamiento, que en muchos casos tienen

secuelas de experiencias anteriores, tal como lo evidencia el siguiente relato: «...a veces temor, la anestesia, el dolor, a veces las personas que no les ha ido muy bien, digamos en experiencias anteriores, en un tratamiento de conductos, entonces le refieren a esa persona y la persona siente temor a veces sin haber tenido ella un tratamiento de conductos anterior».

2.3.40.3 Falta de información que se le brinda la paciente: Es el motivo más frecuente. Este factor genera que los pacientes no tengan la suficiente confianza para realizarse un tratamiento.

«...realmente no se los hacen por culpa de que no tienen plata, por ejemplo. Sí, yo creo que más es por plata, porque cuando uno da la suficiente información y la confianza, ellos siempre quieren hacérselo y tengo muchos casos de pacientes de muy escasos recursos que vienen hacia el consultorio y uno les da las maneras de hacerse los tratamientos y de alargarle la manera de pagar y se lo hacen, o sea, no hay pierde».

«La mayoría de veces es falta de información completa, si es falta de información de pronto por temores o negación por falta de conocimiento».

Algunos odontólogos señalan que lo más importante es hacer firmar el CI independientemente si aceptan o no el tratamiento a realizar, para de esta forma evitar problemas futuros: «...simplemente le hago firmar, yo hago todo un escrito si el paciente acepta o no acepta y él me firma que no aceptó el tratamiento de conducto... todo, mejor dicho, todo yo lo escribo y lo hago firmar por el paciente, todo».

En otro sentido, y en menor proporción señalan algunos odontólogos que el motivo principal para que un paciente no realice el tratamiento es la negligencia o errores cometidos por el odontólogo: «...yo creo que eso pasa es cuando

las cosas no salen bien y uno no le responde al paciente».

También se presentan otros relatos que aducen como motivo que **no se les ha planteado una segunda opción o alternativa al tratamiento**, por eso aparecen ciertos relatos que hacen alusión a la importancia de plantear segundas opciones:

«Yo lo que hago siempre es plantearle lo ideal, plantearle una segunda opción, y si el paciente por ejemplo, bueno yo le planteo lo ideal, si el paciente me dice, no quiero hacerme así, yo le puedo plantear una segunda opción con unas limitaciones muy claras de objetivos, qué puedo y qué no puedo lograr, y le muestro los pro y contra, porque sería ideal hacerse el tratamiento inicial que le estoy proponiendo y dejar que él tome una decisión».

2.3.41 Situaciones difíciles de informar: En las situaciones o contextos difíciles de explicar o informar se puede señalar que la tendencia mayoritaria es aquella en la que se advierte dificultad en los riesgos provenientes del tratamiento o por enfermedades de altos grados de complejidad.

«En la especialidad nuestra,... digamos. Como tal, tal vez lo más difícil de informar son las, digamos, patologías relacionadas con eventos malignos, con lesiones malignas que se descubren en los maxilares. Como primer sitio, después de un descubrimiento ya sea accidental o por sospecha y con la patología confirmatoria. Informar esa razón no es tan fácil, informar eso».

«En tratamientos, que uno no puede generar o puede garantizar un, digamos que un éxito total del procedimiento, pacientes con patologías tumorales, cáncer, garantizarle que uno va a tener un buen resultado. Y con los implantes en el caso mío, yo desecho mucho

implante que está en él, como en el límite en sí va a fracasar uno. Entonces, si no tengo todas las garantías prefiero no hacerlo, eso me ha ocasionado que otros pacientes o que otros profesionales de pronto tomen esos casos y a mí me da mucha tranquilidad no haberlo tomado. Entonces, hacer una buena selección de caso, creo que es más importante que en ofrecer un tratamiento o no».

«Yo pienso que todo tiene que ver con la visión que tú tengas del pronóstico, o sea, si tú haces un mal diagnóstico te fregaste con respecto al paciente, si tú no tuviste en cuenta las radiografías panorámicas, los antecedentes clínicos familiares, las enfermedades del paciente, las de la familia, cualquier cosa que él presenta, ya después no te puedes reversar. Pero si tú tuviste en cuenta todo ese protocolo, todo ese desarrollo, seguramente vas a estar muy acertada en lo que le propongas».

«No, yo creo que no, yo creo que esa relación debe partir, por ejemplo, hay situaciones que son de vida o muerte, que la información debe hacerse con cuidado pero tiene que hacerse de manera que el paciente sepa».

Se menciona por parte de otros odontólogos que se dificulta explicar o dar información cuando existen complicaciones en tratamientos, sobre todo si son largos y costosos: «Complicaciones de tratamientos costosos, por ejemplo si yo hago una resina o la operatoria convencional y fracasa, pues se repite, ya está, pero tratamientos de rehabilitaciones largas y extensas que tienen mucho costo y que fracasen, eso es frustrante».

Otros relatos se orientan a señalar que las complicaciones de la aplicación de CI ocurren cuando no se consultó de manera oportuna, pero además hay niños de por medio:

«Sí, yo lo veo, por ejemplo, mucho, digamos, en los niños que hay veces les dice uno tiene

que hacerse exodoncia ya ha perdido el diente y los papás: pero traten de salvar lo que puedan. Y la responsabilidad es de los papás, a que uno asuma la responsabilidad de los papás respecto a los niños ¿sí? O, por ejemplo, la gente, he visto también como el grupo poblacional digamos por ahí entre 40-50 años, que empieza a haber mucha enfermedad periodontal, que les explica no, 50-55, esos dientes definitivamente ya no hay nada que hacer, digamos que es una tapadura digamos de explicarle al paciente, que, que retirar todo eso para poder mantener lo que sea. Es común que ese aspecto de enfermedad periodontal es bastante complicado de manejar por el paciente».

De igual forma, otros odontólogos mencionan que lo más complicado es informar los errores que ellos cometieron dentro de un procedimiento.

«Que la cagó uno, eso es lo más difícil, yo me he equivocado, me pasó recientemente, con una paciente, el año pasado, le expliqué millones de veces el tratamiento y aun así cuando se le colocó el tratamiento, yo lo vi muy bonito pero cuando ella se fue y volvió no se sintió bien. Entonces, el aceptar, al aceptar el hecho de que uno había cometido de pronto el error, de no haber parado bolas un poquitico porque ella quería una cosa, es prácticamente eso, se veía bien pero ella no lo sentía. Estéticamente era muy bonito pero ella no se sentía cómoda con eso. Entonces, el hecho de aceptar uno: Si, tienes razón, no te paré bolas en ese primer dato y fue por un error. El marido me dijo déjela que se le ve perfecto, se ve muy bien, la sonrisa está bonita, era una paciente desdentada, quien no había utilizado nunca una prótesis total y ella vivía feliz con eso vivía muy contenta sin sus dientes y toda la familia y todo el mundo y los hijos que venían de Estados Unidos que tenían plata, querían verla con dientes, al final ella volvió pero insistía en seguir sin eso».

Se menciona además que es difícil informar que se va a perder dientes, o también casos difíciles, por ejemplo de cirugía maxilofacial, tratamientos que no pueden garantizarse totalmente.

Para un odontólogo todo es difícil de informar y para otro nada, siempre y cuando se haga un buen pronóstico.

2.3.42 Sistema de Salud y Cambio en consentimiento informado: Respecto a si la organización del sistema de salud influye en la relación profesional paciente y el CI, cerca de la mitad de las opiniones de los odontólogos señalan que la organización del sistema de salud afecta directamente un buen proceso de consentimiento informado, debido a que las dinámicas y los tiempos para la atención son muy cortos, como lo mencionan los siguientes relatos:

«Es que en los sistemas institucionales, la afluencia de pacientes, tan grande, el poco tiempo que hay de consulta exige, exige no, permite cometer muchos errores y esto pues se puede, se puede enmascarar con el consentimiento, pero la práctica es una cosa y los riesgos es otra cosa, el sistema influye tremendamente, tremendamente».

«En la parte institucional tremendamente, o sea, y tú lo ves en cualquier consulta, digamos que casi en el 90% de, tanto médicos como odontólogos, el trato es muy despota, o sea, el trato es muy poco informativo, o porque no tienen tiempo o sencillamente porque no les da la gana, o porque uno no les pregunta ¿si me entiendes? Pero hay veces que uno les pregunta, bueno, a uno le tienen que responder, porque yo soy odontólogo, y yo necesito saber qué es lo que me pasa así que tiene, trate de explicarme un poquitico, pero la gran mayoría de las personas en la parte institucional en este momento, no le explican al paciente nada, se sientan, abren la

boca, o se sientan, consulta médica y casi que le dan al diagnóstico al médico y el médico les formula un chorro de babas, tome y chao, porque ya pasaron los 20 minutos».

«Yo creo que, o sea, yo pensaría que cómo está el sistema, va en detrimento de esa relación, o sea, yo pensaría cómo está el sistema, estoy hablando del sistema público, en el que uno no puede decidir cuánto tiempo le gasta a su paciente, si me quiero gastar una hora, tres horas, con media hora, tres minutos, dependiendo lo que requiera el paciente, el sistema no lo permite y eso va en detrimento... Sin embargo, como hay tanta demanda y tanta cosa, la institución pública o privada también se cura, porque ellos lo hacen, en términos generales, no todas, pero la mayoría de instituciones se curan en salud, por esa falta de tiempo que hay haciendo el consentimiento informado. Entonces, pienso que es una manera pues equivocada de mirar la cosa, equivocada desde mi punto de vista, entiendo las razones, pero no».

En esta misma vía otras opiniones giran en torno al detrimento de la relación odontólogo-paciente y por ende una buena puesta en marcha del consentimiento informado:

«El sistema ha afectado mucho la relación odontólogo paciente, pues se trata, por lo menos uno trata pues de mantener, digamos, porque es con lo que salió, pero uno ve que las generaciones nuevas están en otro, como en otro cuento, lo principal es, pues en la práctica privada ve uno eso, es cómo venderle al paciente y hagamos pues lo último. Y ahí se ha perdido, como el origen y cómo la razón de ser de, en todas las áreas de la salud, desafortunadamente».

En menor proporción hay odontólogos que señalan que el Sistema de Salud, y las instituciones que lo representan, han enviado mensajes a quienes ejercen la odontología de mayor exigencia a la hora de los procedimientos (en-

tiéndose el CI como uno de ellos), así como lo advierte la siguiente narrativa: «Por lo menos ahoritica en la práctica privada, la Secretaría está muy encima de todos los procesos y procedimientos, ellos exigen muchas cosas escritas que antes no sucedía».

Es de resaltar, que un odontólogo refiere que no tiene opinión al respecto.

2.3.43 Contextos profesionales. Relación profesional paciente: Un asunto sobre el que NO se puede generalizar en la atención en salud: Uno de los problemas que enfrenta el CI es la forma como se abordan, en un mismo escenario, todas las relaciones clínicas, sean estas médica(o)-paciente, enfermera(o)-paciente, odontóloga(o), sin tener en cuenta condiciones históricas, espaciales, sociales, técnicocientíficas, culturales; es decir, características particulares y diferencias entre profesiones de la salud, e incluso en las mismas profesiones: su división en especialidades y actividades particulares. Si bien es necesario tener en cuenta que existen unos rasgos compartidos por las profesiones de salud y los cuales son producto de su propia historia y la búsqueda de bienestar físico y mental de las colectividades humanas, también es necesario establecer las diferencias en las dinámicas de relación clínica hoy, pues las estandarizaciones y generalizaciones en las relaciones con los pacientes a veces conducen a problemas, en nuestro caso con el CI y su aplicación en odontología.

2.3.44 Características comunes al gran campo de atención en salud: Un primer aspecto que debemos tener en cuenta es cómo se caracteriza el ejercicio de la atención en salud en general, teniendo en cuenta que existen unos elementos comunes relacionados con la dinámica actual del conocimiento, la estructura social, la dimensión personal que toma el individuo en la modernidad, lo que Laín¹⁵⁴ denominó los cuatro rasgos principales de la medicina actual,

¹⁵⁴ LAIN, Pedro. *La medicina actual*. Madrid: Dossat, 1973, p. 31.

los cuales son compartidos por las otras profesiones en salud:

- extrema tecnificación instrumental (también científica) y una peculiar actitud del profesional ante ella;
- creciente colectivización de la asistencia en salud en todo el mundo;
- personalización del enfermo en cuanto tal y, como consecuencia, la resuelta penetración de la noción de persona en el cuerpo de la patología científica;
- prevención de la enfermedad, promoción de la salud y búsqueda constante de la *mejora* de la naturaleza humana.

Ortiz¹⁵⁵ advierte que, en general, las profesiones de salud consisten en un saber socialmente necesario que se desarrolla transformándose y articulando teoría y práctica, ciencia y técnica, pero con una cualidad esencial: la sensibilidad afectiva, imposible de cuantificar pero necesariamente presente en la atención clínica, ya que se trata de poner al servicio de otros un saber que les puede ayudar en un asunto de importancia radical: la salud, máxime si comprendemos su complejidad actual. El campo de la salud hoy debe entender que los problemas que enfrenta en torno al hombre y sus circunstancias es producto de complejas relaciones del individuo con la sociedad donde, entre otras, se cruzan situaciones ambientales, económicas, culturales, políticas, que no solo pueden ser miradas a la luz de la técnica y la ciencia, sino que requieren el concurso de las humanidades. Hoy, en el complejo campo de la salud, más que nunca, se debe comprender, al menos tratar de hacerlo, esa relación. En esencia, la bioética ha mostrado esa necesidad.

¹⁵⁵ ORTIZ, Federico. *Modelos Médicos*. México: McGraw-Hill, 2000, p. 61.

Una característica importante del amplio campo de atención en salud (por ejemplo con las especialidades y las técnicas disponibles) es la constante normalización y regulación. Si bien en occidente las sociedades son cada vez más contractuales, y esto ha brindado la posibilidad de resguardar derechos y exigir responsabilidades ante diversos grupos poblacionales, está por entablarse con más o mejores argumentos, clara y abiertamente, la discusión sobre si es deseable que las relaciones entre profesionales y pacientes se vean mediadas a tal grado por categorías legales que, en ocasiones, no favorecen los espacios de confianza y conciencia de lo que pudiera llamarse el encuentro en salud.

Existen, igualmente, elementos comunes y básicos que deben ser contemplados al abordar el proceso de CI: la información, la voluntariedad, la libertad y la capacidad, ampliamente tratados por los expertos en la teoría del CI, alrededor de los cuales se ha ido construyendo cierto consenso y una extensa literatura. Sin embargo, es necesario entender que las actividades clínicas suelen ser muy diversas, dependiendo del paciente, su biografía, la consulta a la cual acude, el tipo de especialidad y la especificidad de la actividad clínica a desarrollar, sea con fines diagnósticos o terapéuticos. Es decir, más allá de estos elementos básicos, se requiere revisar la forma como se da la relación profesional paciente y su diversidad espacio-temporal, cultural, política, etc.

2.3.45 La relación médico-paciente: La relación médico-paciente se ha colocado generalmente en el marco de una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas que, dependiendo el tipo de relación, adquiere diferentes grados de complejidad. Desde la época de Hipócrates se hablaba de cuatro cualidades fundamentales para realizar la labor del médico; conocimientos, sabiduría,

humanidad y probidad. Laín¹⁵⁶, historiador de la medicina y quien realiza detallados estudios sobre su historia y la relación médico paciente, establece que la relación profesional-paciente debe darse bajo los siguientes parámetros: ponerse en el lugar del otro para así sentirse como él o ella y estar dispuesto a auxiliarle cuando enfrenta dificultades (Esencia del acto médico: disposición a beneficiar y ayudar). La relación médico paciente se clasifica de múltiples formas¹⁵⁷, pero la más citada y usada suele ser:

- relación activopasiva. El modelo paternalista en el cual el médico manda y el paciente obedece;
- relación de cooperación guiada;
- relación de participación mutua, acorde con las sociedades actuales que propenden por la autonomía.

Adicionalmente, estaría la modalidad contractual, como se dijo, tópico de no poco cuidado, el cual debe analizarse a fondo dada su actualidad y relevancia en las últimas décadas. Algunos aseveran cosas como: «La relación médico paciente se finca legalmente en un contrato de prestación de servicios y así debe comunicarse al enfermo, de preferencia por escrito»¹⁵⁸.

¿Cuál sería el objetivo al hacerlo de esta manera? Más bien, ¿cuál será la consecuencia de una dinámica esencialmente contractual? Esta comunicación por escrito, de la que se habla en este texto, ¿hace parte del consentimiento informado?

¹⁵⁶ LAIN. *Op. cit.*

¹⁵⁷ RODRÍGUEZ, Héctor. «Relación médico-paciente». En *Revista cubana de salud pública*. 32 (4) La Habana, 2006. [En Línea]. [Fecha de consulta 30 de abril de 2012]. Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu07406.htm>

¹⁵⁸ GARZA, Raúl. *Bioética y toma de decisiones en situaciones difíciles*. México: Trillas, 2003, p. 106.

De todas maneras, al analizar la relación profesional paciente en nuestro contexto, es necesario reconocer que, si bien se está avanzando hacia las dinámicas contractuales, no ha sido esa la característica más relevante y, a pesar de ocurrir grandes inequidades y carencias¹⁵⁹, en Colombia la consulta odontológica es mayormente privada y, la médica, fundamentalmente institucional. Perduran, adicionalmente, dinámicas socioculturales donde el médico tiene gran influencia sobre los enfermos, en general sobre la población, y el paternalismo tiene múltiples expresiones.

Lo que sí se puede asegurar es que el médico, tanto bajo el Sistema Nacional de Salud que antecedió a la Ley 100 de 1993 o Sistema General de Seguridad Social en Salud, hoy vigente, sigue ajeno a consideraciones de costos; simplemente ordena exámenes o medicamentos y el paciente es el encargado de tramitar ordenes, de gestionar el acceso a las pruebas o los tratamientos, etc.

2.3.46 La relación enfermería paciente: La enfermería ha sido definida como «la actividad cuyo objetivo radica en ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad»¹⁶⁰. Para la OMS, es una «actividad innata y fundamental del ser humano. En su forma organizada, disciplina o ciencia sanitaria en sí misma»¹⁶¹, encargada del cuidado de la salud y la enfer-

¹⁵⁹ El 12 de marzo de 2012, El economista sénior del Banco Mundial, Lars Christian Moller. Reveló que Colombia es el séptimo país en desigualdad, segundo en América Latina después de Bolivia. *Diario la República*. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.larepublica.co/node/5099>.

¹⁶⁰ SÁNCHEZ y ABELLÁN. *Op. cit.*, prefacio.

¹⁶¹ Documento básico sobre enfermería OMS oficina regional para Europa Copenhague 1979.

medad desde la concepción hasta la muerte. Al respecto, se afirma que el profesional de enfermería hoy tiene una responsabilidad mayor que antes, en cuanto al papel de informador (acorde con su competencia). Se espera que participe en la relación con los enfermos antes que realicen la toma de decisiones¹⁶².

Así, en las últimas décadas la enfermería ha mostrado cambios importantes en su relación con la sociedad y el Estado, en cuanto a su reglamentación e inclusión de códigos deontológicos. Un ejemplo se muestra en el texto *Enfermería y paciente: cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*¹⁶³, allí se relaciona en detalle como la Ley española incluye de manera minuciosa la obligación de revelar datos sobre el rol profesional. En enfermería, según la Ley 41 de 2002 en España (Ley de Ordenamiento Profesional Sanitario), el profesional debe, además de brindar una atención adecuada, racional y con respeto a la dignidad e intimidad, dar a conocer a la sociedad el rol profesional mediante un sistema de información y registro de profesionales abierto al público (nombre, rango, especialidad, etc.). Es importante ver este asunto en el marco de los cambios en la relación profesional paciente. Hoy, rara vez se dan interacciones 1 a 1 puesto que las dinámicas suelen ser entre equipos de salud de cara al paciente o al grupo de usuarios, lo cual resulta en una mayor complejidad.

Así, la enfermería está prestando sus servicios en medio de grandes tensiones. En lo concerniente al CI, no está claro cuáles son sus alcances y sus límites, hasta donde debe llegar su actuación, cuál es su papel en la información, en el acompañamiento, en las decisiones, en la firma de documentos, etc. En la Ley 911 de 2004, en Colombia, artículo 6, se habla expresamente de la información y el consentimiento para rea-

lizar la labor de cuidado, pero muchas veces, en el trabajo en equipo, se le suele delegar actividades como las de hacer firmar documentos por parte del paciente, o informarle sobre aspectos del tratamiento, lo que puede incluso llevar al profesional de enfermería a sanciones a partir de la misma Ley, la cual estipula claramente al respecto en el artículo 15¹⁶⁴: «El profesional de enfermería no hará a los usuarios o familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales. La violación de este artículo puede constituirse en falta grave». La cuestión es que, al igual que la Ley 23 de 1981, Código de Ética del Médico Colombiano, la Ley 35 de 1989, Código de Ética del Odontólogo y la Resolución 1995 del Ministerio de la Protección Social, sobre historias clínicas, que cubren toda el área de salud, son pronunciamientos reactivos que muestran, generalmente, la forma como se le ha salido al paso a los problemas frecuentes que se venían presentando en los diversos tópicos allí normalizados, por ejemplo el uso de siglas, la letra ilegible de los médicos, la secuencialidad en las historias clínicas, el deber de informar, la advertencia de riesgos, la libertad de elegir, etc.

2.3.47 Relación odontólogo-paciente: La relación odontólogo paciente requiere que se sitúe en el contexto histórico de su práctica. La odontología, por la forma como ha surgido como profesión, se ha configurado esencialmente al interior de la estructura social de mercado y, a su vez, este ha determinado en gran parte su práctica que, sin duda, tiene implicaciones en la relación profesional-paciente¹⁶⁵. En odonto-

¹⁶² GARZA. *Op. cit.*, 2003.

¹⁶³ SÁNCHEZ y ABELLÁN. *Op. cit.*, pp. 89-90.

¹⁶⁴ Artículo 15 Ley 911 de 2004. «Por la Cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad de Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia». Diario Oficial Congreso de la República de Colombia 6 de octubre de 2004. Estos casos suelen ser motivo de queja frecuente por parte de los profesionales de enfermería.

¹⁶⁵ SÁENZ, Ignacio. *Odontología la última profesión liberal*. Tesis doctoral. Universidad Nacional del Rosario Argentina. FALCSO Argentina. 2009. Al respecto sostiene «cuando la práctica odontológica era una profesión liberal, el odontólogo convenía sus

logía, la negociación con el paciente sobre el tipo de tratamiento está mediada en gran parte por factores económicos. El tipo de consulta al que acude el paciente, privada, pública o institucional, está incidiendo en el tipo de atención y de relación con el profesional. Lo que sí es claro es que en odontología, a diferencia de otras profesiones de salud, las consideraciones económicas están en el centro mismo de las relaciones entre los profesionales y los pacientes, tanto el diagnóstico como el tratamiento están condicionados por los costos y se hace negociación directa. El profesional en odontología, de cara a su paciente, debe abordar el tema sobre inclusiones y exclusiones del sistema en diferentes tipos de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, y eso marca una gran diferencia respecto a la información y la aceptación o rechazo de estos.

2.3.48 Relación odontólogo-paciente en el contexto de la odontología profesional. Un estrecho vínculo entre costos, desarrollo tecnicocientífico e información: La odontología, como profesión sanitaria, bajo los parámetros en que surge en las sociedades capitalistas, está ligada a los costos y las posibilidades económicas de quien acude en busca de atención. Los tratamientos han estado influenciados tanto por los recursos técnicos y científicos del momento como por los parámetros de mercado. Como profesión, nace en el contexto de la medicina científica, de la ciencia positivista y el método experimental moderno. Hace unas cuantas décadas se inicia una vertiginosa transformación en cuanto a posibilidades diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y limitación del daño. Algunos autores, como Ortiz¹⁶⁶, refieren que

honorarios con el paciente o con la institución que enviaba esos pacientes a partir del ingreso en la década del 70 del ingreso de las empresas de medicina prepagas. La prestación del servicio al paciente tiene que ver con su capacidad de compra».

¹⁶⁶ ORTIZ. *Op. cit.* En la introducción y capítulo uno ofrece un análisis cuidadoso de la manera como el pensamiento científico-

el conocimiento en salud se renueva en gran proporción cada cinco años y ello hace que el impacto en la sociedad y las profesiones de salud no se alcance a analizar de manera adecuada cuando ya se tienen nuevos y asombrosos descubrimientos.

En odontología, al comienzo del siglo XX, las escuelas ponían énfasis en la realización de tratamientos como prótesis dentales y exodoncias, debido a que los recursos terapéuticos solo alcanzaban para la rehabilitación. Con la llegada al país de los rayos X y el uso cada vez más frecuente de anestésicos, se fue implementando el tratamiento temprano y la limitación del daño. Luego, con las ideas de prevención y promoción de la salud y con la conservación de piezas dentales, hacia mediados de siglo ya se podía mantener más dientes en la boca y, de esta manera, se mejoraron los tratamientos de rehabilitación.

Es necesario recordar que este ha sido un periodo de incremento y consolidación de la industria farmacéutica y la tecnológica relacionada con el sector salud¹⁶⁷. Conforme más piezas dentales se mantienen en la boca, más frecuente es la necesidad de tratamientos de corrección de postura, y con ello vino el bum de la ortodoncia hacia los años 70 y 80 del siglo pasado. Anteriormente, los tratamientos para mejorar las mal posiciones dentales eran poco frecuentes, hoy son una necesidad

técnico está ligado a las rápidas y profundas transformaciones que sufre el área de la salud. Afirma para mostrar un poco el panorama, que por lo menos cada cinco años se renuevan los conocimientos y como la producción de literatura es tal que para solo leer lo que se produce en medicina interna se requerirían 25 horas al día.

¹⁶⁷ Es necesario aclarar que si bien la historia de la industria farmacéutica se remonta al siglo XIX se habla de su consolidación después de la Segunda Guerra Mundial (década del cincuenta) y la producción a gran escala de los antibióticos. Para una ampliación del tema Ver Historia de la industria farmacéutica. Junta de Andalucía. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de marzo de 2012]. Disponible en <<http://www.juntadeandalucia.es/averro.es>>

generalizada¹⁶⁸. Actualmente, la ortodoncia es una de las especialidades más consultadas, aun cuando no todos quienes la necesitan pueden acceder a tratamientos por lo elevado de sus costos. Hoy, a comienzos de siglo XXI, la profesión se caracteriza por ofrecer una odontología de punta con utilización de los últimos desarrollos de la industria y la ciencia para restituir, cambiar y transformar estética, función y belleza a elevadísimos costos, por tanto, al alcance de una escasa proporción de la población.

Es importante resaltar que hace solo tres o cuatro décadas era inimaginable que la profesión se especializara tanto. Estos cambios tan abruptos en tan corto tiempo, han incidido en su dinámica de atención, tanto en pacientes como en odontólogos, quienes aún no han podido asimilar de manera adecuada sus nuevas condiciones de práctica. Esto se evidencia en las dificultades que se presentan y en las tensiones que surgen a partir de la forma como hoy se realizan las interconsultas, remisiones, referencia y contrarreferencia de pacientes, en lo difícil que es establecer y demarcar la especificidad de funciones, de actividades clínicas y especialidades. En las quejas ante los entes reguladores se suele solicitar, por ejemplo, restricciones de funciones para odontólogos generales, estos a su vez tienen dificultad para exigir experticia en ciertos campos como la cirugía o la ortodoncia, debido que no existe, hasta hoy, reglamentación al respecto¹⁶⁹.

En odontología es claro el papel ejercido por el mercado y su dinámica en la sociedad¹⁷⁰. Esto

es evidente en varios registros históricos¹⁷¹ que muestran la forma como se restringió el saber sobre los dientes y la boca primordialmente en las elites de la sociedad. Se inició la actividad escolarizada con afán de lucro y monopolio. Hasta casi mediados de siglo XIX, era un oficio para dar respuesta a los problemas orales. Luego, la naciente profesión odontológica crea y establece sociedades, selecciona y limita la participación a grupos específicos, restringe y monopoliza para sí, y la industria, los instrumentos y las prácticas a través de mecanismos como leyes y patentes¹⁷². A diferencia de la práctica clínica médica, la odontológica, al someterse a las dinámicas del mercado y los intereses comerciales de las élites, adquiere características particulares como ser esencialmente una práctica privada, estar mediada por los costos y vinculada a la industria de manera muy directa.

Los códigos de ética odontológica, desde muy temprano, incluían consideraciones en materia de costos y regulación de tarifas, aspectos documentados en lo que sigue: En el *Boletín de odontología*¹⁷³, publicado desde 1903, y la Revista de la Federación Odontológica, también a comienzos de siglo XX, así como en las actas de las asambleas de la Federación Odontológica Colombiana, es recurrente el tema de la restric-

dades, apertura de instituciones para escolarizarla, formulación de leyes y restricción a la enseñanza y registro de patentes como se estaba haciendo en los Estados Unidos de Norte América de donde importamos el modelo.

¹⁷¹ Al respecto existe una buena cantidad de documentos históricos, entre los que se puede citar El Boletín de odontología, las actas y revistas de la federación odontológica colombiana de comienzos de siglo que una y otra vez insisten sobre criterios de restricciones al ejercicio y consideraciones económicas. Compiladas por el odontólogo e historiador Camilo Duque en 7 volúmenes y disponibles en la biblioteca Nacional de Colombia.

¹⁷² DUQUE y LÓPEZ. *Op. cit.*

¹⁷³ CARRASQUILLA, Sebastián. *Boletín de la Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. 1935. Actas de la Federación Odontológica Colombiana. Documentos de 1932, 35, 37,38 y siguientes. Compilación del historiador y odontólogo Camilo Duque Naranjo Biblioteca personal.

¹⁶⁸ Es necesario tener en cuenta que en esto también estará ligado de manera muy fuerte a los estereotipos de belleza, los cuales están muy ligados a la sociedad actual y el mercado.

¹⁶⁹ FEPASDE. *Op. cit.*

¹⁷⁰ DUQUE y LÓPEZ. *Op. cit.*, El texto realiza una documentada y detallada descripción del proceso de la institucionalización de la odontología en el país en cuya base están la formación de socie-

ción del ejercicio profesional de la odontología. Adicionalmente, importante citar que en el *Boletín de odontología* (1932) aparece la traducción del Código de Odontología y Ética Profesional del Sindicato Odontológico del Brasil, donde se habla sobre quienes deben ejercer la profesión y aparecen aspectos como: realizar tratamiento de acuerdo con su conciencia y el pago por tratamientos no debe ser muy alto ni muy bajo.

En agosto 28 de 1942, el Comité Ejecutivo de la FOC sugiere acoger la propuesta del IV Congreso de la FOLA de crear un código de ética profesional y de deontología¹⁷⁴. Allí se insiste en la regulación de tarifas, la restricción del ejercicio y práctica de la odontología.

En la recopilación del *Boletín de Odontología*, tomo III año 1937 (boletines 19-30, p. 148), se publica una carta traducida por S. Hernández y escrita por H. Power de Manistique (Michigan), dirigida al doctor Farrel Weeb, en la cual afirma: «Es urgente la cooperación y educación del paciente para tener éxito con el método Weeb»¹⁷⁵. En ella asegura que antes tenía problemas de falta de cooperación de los pacientes con piorrea, por no hablarles y explicarles. Lo halaga por su método «para excitar y entusiasmar al cliente y tenerlo interesado»¹⁷⁶. Esto hace referencia a la utilización de medios de educación visual, negatoscopio, cámara fotográfica y *ampliaciones con un aparato* (al parecer un proyector). Refiere éxitos con 85 clientes a los cuales motivó de manera adecuada, mediante las ayudas mencionadas.

¹⁷⁴ BOLETÍN DE ODONTOLOGÍA. Compilación por tomos. Tomo VI. 1942.

¹⁷⁵ Se refiere al método que este odontólogo les había mostrado en un congreso el año anterior y el cual recibía su nombre. Tradición tomada de los inicios de la modernidad en medicina.

¹⁷⁶ Biblioteca Nacional. Compilación por tomos. Tomo III. Boletín de odontología, 1937, pp. 19-30.

Es importante resaltar, en época más reciente pero igualmente ilustrativa, la manera detallada en que el profesor Herazo¹⁷⁷, en su texto sobre clínica del sano¹⁷⁸, hace una descripción del pensamiento odontológico en materia de información y educación a los pacientes. Allí se refleja un poco la dinámica que se da entre la práctica clínica y los preceptos que se imparten desde la enseñanza. Se debe tener en cuenta que este texto se publica antes de instaurarse los tribunales de ética y de iniciarse la aplicación de la Ley 35 de 1989. En el Capítulo XII¹⁷⁹, el autor desarrolla el tema de prevención con educación específica, habla de la importancia de la educación individual y grupal comunitaria. En el No.4, Características Generales, literal g, aclara que la información aportada debe ser comprensible, teniendo en cuenta el vocabulario, experiencias y medio ambiente de las personas. En el capítulo sobre relación odontólogo-paciente¹⁸⁰ menciona: «Un obstáculo en educación en salud oral es suministrar información y consejo que no esté acorde con la situación económica y con la posibilidad de llevarlo a la práctica». Se debe «tener en cuenta que el paciente es el eje de la relación con el profesional porque es quien tiene la información que el profesional necesita para ayudarlo a alcanzar y mantener un estado de salud óptimo», primer párrafo página 109. En la página 110 dice «no hay que olvidar lo importante que es escuchar al paciente, pues muchas veces no

¹⁷⁷ Benjamín Erazo es odontólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Fue profesor titular de la Universidad Nacional y de la Universidad Javeriana presidente y miembro de la Federación Odontológica Colombiana, presidente y magistrado del Tribunal Nacional de Ética Odontológica. Es una de las máximas figuras de la odontología actual por sus aportes a la profesión en docencia, en producción bibliográfica, y en su participación decidida y comprometida con la búsqueda de la excelencia en todos los campos de la odontología.

¹⁷⁸ ERAZO, Benjamín. *Clínica del sano en odontología*. Bogotá: Coe, 1987.

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 105.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 109.

se tienen en cuenta este paso que puede traer actitudes poco receptivas por parte de este» refiere que la enseñanza debe darse en varias sesiones para que «el paciente obtenga la suficiente información en cada una de ellas, ya que todo esto es nuevo para él, incluyendo vocabulario e implementos a usar, como la seda». Adicionalmente, se afirma que hay que ser enfáticos respecto a los problemas que se pueden presentar si no se lleva a la práctica lo enseñado, pero «nunca se debe involucrar un mensaje de amenaza porque esto puede llevar a rechazos»¹⁸¹.

Como vemos, la odontología por su modalidad de trabajo privado, su dinámica económica, su intervención directa sobre el cuerpo y, como se ha mencionado, la misma postura que opta frente al paciente, ha hecho que el diálogo sea de gran relevancia en la consulta odontológica. Ahora bien, un punto que empieza a ser crítico, máxime cuando existe la exigencia legal del consentimiento informado es como la misma dinámica económica y de políticas en la forma en que se presta atención en salud oral, va en contravía de estas necesidades: mejorar el diálogo encaminado a dar una información mayor, más estructurada, que considere unos tópicos en particular de manera más cuidadosa, como los relacionados con advertencias de riesgos, alternativas de tratamiento, etc.

Es fundamental, resaltar entonces la manera como ocurren las interacciones que establecen los odontólogos con la sociedad¹⁸², pues están relacionadas especialmente con la dinámica de la profesión, la cual, a diferencia de la medicina, estableció desde sus inicios (comienzo de siglo XX) una figura de compraventa caracterizada

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 111.

¹⁸² Es importante tener en cuenta que los mismos magistrados en ocasiones dicen que antes se hacía verbal, con esto se corrobora un poco que la relación odontólogo-paciente es diferente se les habla más a los pacientes que en otros áreas así sea por los costos, pero el paciente tiene y una relación diferente con el odontólogo.

por elevados costos, pero además, al tener una acción casi siempre directa sobre el cuerpo del paciente, genera procesos de relación diferentes. En odontología, el odontólogo tiene que estar solicitando procedimientos y acciones casi constantemente –por favor abra la boca, cierre, muerda, escupa, etc. Igualmente, tiene que estar explicando -va a sentir un pinchazo-, por citar un ejemplo. De modo similar, tiene que realizar procesos de negociación directa, que no se dan en la enfermería y la medicina, por ejemplo, el metal es este que trae determinados componentes y características o este otro más o menos costoso, etc., (las posibilidades son amplias, hay tratamientos ideales o recursivos y finalmente todos están directamente relacionados con el presupuesto de los pacientes). En esto, es indudable que consideraciones como las de la confianza en atención en salud oral deben ser mirados con mayor cuidado y deben revisarse criterios legales como la buena fe que está inmersa en ellos.

2.3.49 Discusión de resultados: En este capítulo se estudió la forma como los odontólogos en ejercicio clínico por más de medio tiempo y graduados en 1995 o antes, y los expertos de los Tribunales de Ética de Cundinamarca y Nacional, situado en Bogotá que fueron entrevistados, perciben la manera en que se ha incorporado el consentimiento informado. Se tiene en cuenta cómo definen el consentimiento informado, cómo lo vieron surgir en la profesión, qué relevancia o valor le dan, qué se debe informar y qué conocimientos se tiene de los aspectos legales del consentimiento, los problemas que han visto respecto al proceso y su relación con las dinámicas de atención, el contexto legal, social y cultural. Todo esto, como criterios mínimos necesarios para comprender y fortalecer dicho proceso en odontología.

2.3.49.1 Análisis cruzado sobre aspectos básicos del consentimiento informado en los

entrevistados: Una de las indagaciones que se realizaron tanto a expertos como a odontólogos, tiene que ver con la época (cuándo) y el contexto (dónde) escucharon por primera vez del Consentimiento Informado. En este sentido, se revisan los puntos de encuentro y las diferencias respectivas entre los actores entrevistados.

2.3.49.2 Puntos de encuentro entre odontólogos y expertos: a) Cuándo: Para los odontólogos y expertos existen algunos años específicos, los cuales se pueden considerar como fechas clave en las cuales ambos actores consideran que tuvieron su primer acercamiento al consentimiento informado. Es así como los años 1995, 1997, 2002 y 2004 presentan recurrencias entre las versiones de expertos y odontólogos. b) Contextos: Los discursos de odontólogos y expertos muestran puntos de encuentro en relación con los contextos en los cuales escucharon de CI por primera vez. Son los siguientes: En la práctica profesional (ejercicio de la odontología); en congresos, seminarios o cursos de actualización en temas de odontología; y en la universidad, particularmente en clases de posgrado.

2.3.49.3 Diferencias entre odontólogos y expertos: Respecto a las diferencias, en el siguiente cuadro se observan las fechas cuando escucharon por primera vez del CI:

Tabla 22. Fechas cuando se escuchó, por primera vez, de CI

Expertos	Odontólogos
Años 70 (Sin fecha exacta)	No tienen exactitud de la fecha.
Años 80, 90 (1989, 1991, 1992, 1996).	
No aparece en los años 2000.	Años 2000, 2001, 2005, 2006, 2007, 2009, 2010.

Fuente: Elaboración propia

Como se observa, existen diferencias principalmente en los siguientes aspectos: a) La mayor parte de los expertos escucharon por primera vez del consentimiento informado en los 80 y 90. b) Mientras tanto para una proporción de los odontólogos entrevistados no hay fechas exactas en las que escucharon de consentimiento informado pero, para la gran mayoría la primera vez fue del año 2000 hacia adelante.

En relación con los contextos en los cuales tanto odontólogos como expertos escucharon por primera vez de consentimiento informado se evidencia lo siguiente:

Tabla 23. Contextos en los cuales se escuchó, por primera vez, de CI

Expertos	Odontólogos
Tribunal	Secretaría de Salud, con otros odontólogos.
	Hospital, IPS, Ley 100, Sociedad Colombiana de Ortodoncia

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla anterior, para buena parte de los expertos el primer acercamiento fue el tribunal de ética. Para los odontólogos, la Secretaría de Salud principalmente, pero también hospitales e IPS, sociedades o federaciones odontológicas.

Conceptos como autonomía, no tienen una conceptualización teórica importante, pero los entrevistados en general entienden su relación con el consentimiento en el sentido del derecho del paciente a elegir.

El conocimiento de aspectos legales y normativos del consentimiento informado parece ser escaso, sobre todo entre odontólogos en ejercicio.

2.3.49.4 Análisis cruzado de dificultades en el consentimiento informado en entrevistas a expertos y odontólogos: Al revisar elementos comunes y discordantes entre las respuestas de los odontólogos y de los expertos encontramos que respecto a las dificultades en el proceso del consentimiento informado existen unos puntos comunes entre odontólogos y expertos que tienen que ver con dos condiciones especialmente en el proceso de consentimiento informado:

- Falta de Información dada al paciente: Los entrevistados coinciden en recalcar que existe deficiencias respecto a la información, la cual debe ser proporcionada en forma adecuada y oportuna y esto no se da de manera frecuente, un posible causa para los entrevistados tiene que ver con la dinámica de atención actual en la cual cuenta la productividad y por eso el tiempo es muy corto para la atención y la relación clínica.

Factores sociocultural y/o educativos: Tanto para expertos como para odontólogos los niveles educativos, aspectos sociales y la cultura de los pacientes incide en la forma como se relacionan los profesionales con los pacientes de manera problemática, pues en ocasiones no se logran por ejemplo buenos niveles de entendimiento de la información brindada.

2.3.49.5 Diferencias entre odontólogos y expertos: Las dificultades en los procesos de consentimiento informado encontradas en las versiones de los entrevistados divergen básicamente en los puntos siguientes:

Tabla 24. Dificultades en los procesos de consentimiento informado

Para los odontólogos	Los expertos
En la atención clínica el factor económico es muy importante a la hora de aplicar el proceso de consentimiento.	La aplicación del consentimiento informado no se hace de manera adecuada en general «es muy pobre». Para la mayoría de expertos los odontólogos no se han apropiado realmente del proceso.
Atención con niños(as) no es fácil debido a que usualmente ni siquiera acuden a la consulta con sus padres o tutores legales.	Para los expertos el mayor problema radica en que los odontólogos que llegan al tribunal con quejas ético-disciplinarias no realizan CI.
Tiempos de consulta es muy poco a nivel institucional.	No lo hace firmar el CI.
No ven problemas en general respecto al consentimiento.	Es el mayor problema en los procesos sobre todo no informar al paciente sobre procedimientos y tratamientos.
Falta de confianza para la firma o negación de esta.	Desconocimiento legal.
Sin información	Malos procedimientos.
Sin información	No conocer los derechos del paciente.

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla anterior se puede evidenciar que las principales diferencias entre las versiones de odontólogos y expertos respecto a las dificultades en la aplicación del CI aspectos tiene que ver con aspectos tales como:

Mientras que los odontólogos señalan como principales dificultades en la aplicación del CI aspectos tales como el factor económico, los tiempos de consulta, la falta de confianza para la firma o negación de esta.

Mientras tanto para los expertos señalan como principales dificultades aspectos directos de la aplicación del CI: no lo aplican o es muy pobre esta, no lo hacen firmar, no informan adecuadamente a los pacientes, no hacen conocer los derechos, presentan malos procedimientos o tienen serios desconocimiento de tipo legal.

La reconstrucción de historia del consentimiento informado en odontología, desde la óptica de quienes lo han visto surgir, arrojó varios elementos para el análisis, no solo del proceso en odontología, sino del consentimiento informado en general, elementos que entran en conflicto con el manejo que se ha dado de la teoría hasta hoy. Existe una distancia importante entre lo que la teoría impone sobre conceptos como autonomía, voluntariedad e información y la forma como se incorporan y operan en la profesión odontológica en Cundinamarca. Si bien desde la teoría se ha partido de unas premisas básicas consignadas en documentos internacionales como el Informe Belmont¹⁸³, y las cuales han dado piso al desarrollo internacional y general de la teoría del consentimiento, en la visión de los expertos y los odontólogos, sus versiones durante las entrevistas, luce necesario ver en contexto la relación profesional-paciente, sus particularidades, la historia de la profesión y

el desarrollo técnico, científico, social cultural y político. Tanto expertos como odontólogos evidencian que procesos como el que nos ocupa se construyen a partir de todos estos elementos, que en ocasiones condicionan o ponen trabas en determinadas situaciones.

El proceso de consentimiento informado en odontología muestra características particulares, relacionadas con la historia de su quehacer, la forma como se ha dado la relación odontólogo paciente, el tratamiento odontológico condicionado y direccionado por el pago de servicios, la intervención directa sobre el cuerpo, la representaciones sociales sobre la boca y los dientes, la relación histórica, morfológica y fisiológica con el dolor e incluso la misma postura sobre el paciente acostado y con la boca abierta, están entre las más relevantes. Se trata de características que le dan a la relación odontólogo paciente unos modos de acercamiento y dependencia diferentes, pero que además tienen influencia directa en la manera de establecer acuerdos entre el profesional y el paciente, en la manera como se proporciona la información y, por ende, en la toma de decisiones.

Limitantes de una atención odontológica adecuada y óptima, en ocasiones oportuna y necesaria, como los económicos, inciden en la forma como se desarrolla el proceso de consentimiento informado. La aplicación del proceso con los estándares de productividad que se imponen bajo la racionalidad económica, tampoco propician las mejores herramientas en el desarrollo e implementación del proceso que nos ocupa.

Aspectos técnico-legales, como la aplicación de normas por las entidades de vigilancia y control, si bien se han realizado de manera abrupta y con escaso concurso de la academia, han logrado instaurar el proceso como un asunto de calidad y en ese sentido se ha empezado a

¹⁸³ INFORME BELMONT. Documento histórico e internacional base en muchos aspectos de la bioética anglosajona.

masificar su uso, como debe ser desde lo legal. Lo importante aquí es que ya se empieza a ver, por parte de los profesionales y expertos, algo interesante y necesario para mejorar la relación clínica. Aunque de manera incipiente, ya se empieza a entender el consentimiento informado más allá del mero requisito legal, como un medio hacia cualificación de la relación odontólogo-paciente.

Conclusiones

La atención en salud es una actividad compleja, en la cual se realizan procesos de diversa índole y se tienen en cuenta estándares, protocolos, guías de manejo, etc. Si bien, desde lo técnico instrumental, han facilitado los procesos que se generan en la práctica clínica, estos han sido problemáticos en asuntos como el que nos ocupa: el CI en odontología, pues al aplicarlo de manera sistemática y generalizada se ha incurrido en errores que, en ocasiones, invalidan el procedimiento desde lo legal.

Puede afirmarse que el CI en odontología es indudablemente un proceso complejo, en el cual no solamente se trata de aplicar el principio de autonomía contando con la voluntad y la capacidad del paciente que ha sido informado adecuadamente. Hacia su comprensión e implementación, además de tener en cuenta aspectos legales, es necesario seguir profundizando e investigando su relación con aspectos históricos, sociales, culturales y políticos, haciendo consideraciones particulares en cada contexto y encaminándolo como herramienta para mejorar, tanto la atención clínica como la relación profesional paciente.

La investigación demostró que las generalizaciones en el CI no son adecuadas. Existen características que lo hacen diferente según la práctica clínica (pública o privada), el tipo de especialidad, las condiciones socioculturales

de los pacientes, la concordancia y coherencia que opere y se logre entre la apropiación de las normas y la aplicación por parte de las comunidades y los profesionales.

También se logró establecer que en Cundinamarca el proceso de consentimiento informado, si bien en los últimos años ha avanzado, en conocimiento y reconocimiento de su importancia, aún es necesario trabajar en ajustes básicos a todos los niveles de la profesión y de la comunidad, tanto en aspectos fundamentales como en el conocimiento de las leyes, las normas, las bases teóricas, como en el reconocimiento del otro, en nuestro caso, el paciente que acude a la consulta odontológica, este interlocutor válido con percepciones y necesidades particulares respecto a su ser, al sistema estomatognático y su vida, teniendo en cuenta su biografía y sus circunstancias, comprendiendo que, si bien la atención odontológica tiene un fuerte vínculo con los costos de tratamientos, es importante apreciarlo en el complejo entorno de la relación profesional paciente.

Quienes demostraron tener una mayor necesidad de apropiarse del proceso son los pacientes, según se pudo corroborar con las personas que acuden a los tribunales de ética disciplinaria de Cundinamarca y Nacional, también por las apreciaciones de los expertos durante las entrevistas y lo consignado en los procesos.

De manera similar, se logró establecer que existen deficiencias en el conocimiento del marco legal. Es un proceso en el cual ni en los relatos de los odontólogos, ni en los de los expertos, existen referencias a los lineamientos establecidos por el ministerio y puestos en práctica de manera operativa por la Secretaría de Salud, solamente se hace referencia en los relatos respecto a la obligatoriedad de aplicar el consentimiento, sin especificar exactamente la fuente. Uno de los hallazgos es que se refieren

a los formatos de CI de manera instrumental y operativa, y se confunde incluso con el proceso de consentimiento informado en general. Esto obedecería, en parte, a los ajustes abruptos que ha tenido el sistema en los últimos años, debido a los cambios en la Constitución y las leyes que, si bien han dinamizado y mejorado el proceso de atención y de implementación del consentimiento, también han generado dificultades en cuanto aplicación práctica y elevación de los costos, al incluir terceros, por ejemplo abogados o equipos de consultores y asesores que «venden» y diseñan formatos a prestadores de servicios en salud oral para cumplir con un requisito. Se destaca por muchos odontólogos que, aunque a la fuerza, han incorporado el proceso, pero además algunos aseguran que van entendiendo su valía. Por otro lado, resulta problemática la forma como esto impacta los costos en salud, si vemos que de por sí la atención en salud oral ya venía siendo muy costosa para la mayor parte de la población.

Se logró establecer que no es un asunto aislado de la profesión, sino que, por el contrario, está ligado de manera integral a la historia misma de la odontología en el último siglo y medio, cuando se inserta en una sociedad de mercado que la ha hecho posible pero que, a la vez, le ha dado características especiales, vinculadas con la forma cómo interactúan pacientes y odontólogos.

Revisando los procesos éticos profesionales de consentimiento informado que han cursado en el Tribunal de Cundinamarca, se pudo establecer como se articulan, desde lo jurídico y lo académico, la manera como se ha incrementado el problema en los últimos años, como se ha hecho visible, y la respuesta que ha ido dando la profesión. En la visión de los pacientes está que, cuanto más costoso, es mejor un tratamiento, y mayor la obligación de obtener buenos resultados. De allí que en sus relatos,

tanto odontólogos como expertos, se remitan en gran medida a considerar el consentimiento informado como documento escrito y respaldo legal.

La realización de las entrevistas permitió encontrar como la profesión se fue familiarizando con el tema y aplicándolo en la profesión, además de establecer el rol del Ministerio de la Protección Social en este proceso, con la creación de normas, y el concurso de la Secretaría de Salud como ente regulador en procesos de vigilancia y control. Estas entidades iniciaron la generalización de su práctica, así como la incorporación de documentos escritos, los cuales no se han implementado de manera tranquila, más bien ha sido un proceso obligado en la historia del presente de la odontología, pero que ya empieza a dar sus frutos, tanto en lo legal, como instrumento probatorio en los procesos ético disciplinarios, como en la expresión de los odontólogos que ya ven sus bondades.

Con el estudio también se puede concluir que, si bien el proceso es fundamental en la cualificación de la relación odontólogo-paciente, es importante no perder de vista la preocupación, expresada por expertos y profesionales de la odontología, respecto a que la modalidad de práctica, tan vinculada a los costos y la productividad, genera espacios poco propicios para la interacción con el paciente en cosas tan obvias como el tiempo adecuado para la atención y la información, donde el CI sale mal librado: en las instituciones empieza a ser aplicado de manera genérica y por personal no especializado, incluso sin conocimiento¹⁸⁴.

Una dificultad en la forma como se ha implementado el proceso, es la posición que maneja

¹⁸⁴ Aquí vale la pena referir caso de procesos éticodisciplinarios en los cuales mediaba documento escrito, en entidades donde el profesional no sabía que el paciente firmaba consentimientos y el paciente refería no saber lo que firmaba solo que se lo entregaban para firmar antes de la consulta, pero sin siquiera leerlos.

un grupo importante de magistrados frente a los procesos ético disciplinarios, a quienes, durante la entrevista en calidad de magistrados, les cuesta mantenerse en esa postura; solían contestar como odontólogos, desde su práctica clínica, y era necesario en varias ocasiones durante la entrevista, convocarlos a contestar desde su postura de magistrados. Esto muestra la dificultad de estas instancias para realizar una labor objetiva ante los procesos. La verdad es que la misma complejidad de la materia de estudio y trabajo, la salud humana y el rol profesional, no favorecen mucho que se pueda adoptar tal postura. Este es un punto que es necesario evaluar al interior de la profesión y las instancias ético-disciplinarias. En esto, es claro que el apoyo de los abogados de los tribunales es fundamental.

Recomendaciones: Ya que el estudio logró mostrar que los casos relacionados con consentimiento informado en el tribunal de ética, se han incrementado, exponencialmente, es necesario que esta realidad sea revisada por la profesión en general y de manera cuidadosa por la academia, pues se requiere que se incorpore de una mejor manera en los pre y posgrados, además de la educación continuada. Es necesario su abordaje desde las asociaciones científicas e institucionales, donde se prestan los servicios de salud. La actualización teórica del tema, la realización de talleres, presentaciones de casos y discusiones en grupos de trabajo, en todos los espacios donde se hace clínica, puede ser muy beneficiosa para la profesión. Seguir investigando en consentimiento informado puede dar luces para fortalecer, no solo la relación odontólogo paciente, sino la bioética en odontología.

En esta investigación se pudo establecer que, respecto a temas éticolegales, hay grandes carencias, pues cosas mínimas como establecer la diferencia entre una demanda y un proceso ético legal, se desconocen, por tanto establecer

políticas en salud encaminadas a subsanar este tipo de carencias.

Algunos odontólogos y expertos hacen énfasis en la necesidad de constituir verdaderos procesos de comunicación, pues con la mera información no es suficiente en materia de consentimiento informado en odontológica, lo cual es una necesidad sentida para la profesión.

Con la revisión de la forma como la odontología fue incorporando el consentimiento informado quedó claro que, si bien en la Ley 35 de 1989, Código de Ética del Odontólogo Colombiano, ya se tenía algún parámetro para su exigencia legal, es a finales de los noventa que se empieza a visibilizar para la profesión, y en los últimos años se ha hecho mayor insistencia por su inclusión, pero que aún es un proceso en construcción, de allí la importancia del concurso de todos los comprometidos en el asunto, es necesario afianzar mucho más el proceso con la participación de los pacientes, los profesionales, el Estado y las instituciones, pero sobre todo desde la mirada que ofrece la bioética, plural, dinámica, omnicomprensiva.

Llama la atención que algunos de los expertos son bastante duros en la forma como caracterizan a los profesionales involucrados en procesos ético disciplinarios, les tildan de mediocres, faltos de conocimientos o que no se actualizan. También mencionan que los odontólogos, son en su mayoría generales pero quieren trascender sus conocimientos. A algunos les preocupa el afán de lucro que lleva a realizar procedimientos para los que no se está capacitado. A partir de consideraciones de este tipo, sería muy valioso emprender estudios en el sentido de establecer los mayores problemas a fin de buscar soluciones, puesto que existe un sistema de relaciones muy grande, que tiene que ver con la enseñanza de la odontología, los costos de su enseñanza y su ejercicio, el cubrimiento

de servicios, las condiciones de práctica, donde cuenta la situación laboral, las oportunidades de trabajo, etc.

Como consideración final, en el documento se hace una revisión teórica que ayuda a ver la autonomía más allá de su caracterización primordial en el proceso de consentimiento informado como principio bioético teórico. Se estableció que la autonomía es una condición del desarrollo humano ligado al contexto, se incluyó la preocupación por la confianza y su expresión como principio general del derecho: la buena fe, para ver otros aspectos importantes más allá de las meras normas. De esta manera, se logró reconstruir la historia del consentimiento informado en odontología en Cundinamarca, teniendo en cuenta sus contextos sociales, políticos y legales, para así disponer de elementos teóricos, legales y prácticos que aporten en su comprensión y, a su vez, buscar líneas de solución a problemas que hoy presenta y fueron expuestos ampliamente.

Bibliografía

1. AHUMADA, Consuelo. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 25(1), 2009.
2. ARGIMON, Josep y JIMENEZ Josep. *Métodos de investigación clínica y Epidemiológica*. 3.ª ed. España: Elsevier, 2004.
3. CASTAÑO, María. *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Medellín: Temis, 1997.
4. CASTELLANOS, Carlos. *Estrategias de investigación en metodología cualitativa*. Bogotá: Guadalupe, 1996.
5. CHARRY, M. y LÓPEZ, J. *Percepción sobre consentimiento informado en profesionales de los hospitales de Arauca y Fusagasugá*. Tesis de grado (Para optar por el título de Odontólogo) Bogotá: Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, 2005.
6. DUQUE, Mary, y ESCOBAR María. Aplicación del método casuístico a quejas ante tribunales de ética odontológica en Colombia en: ESCOBAR Jaime director. *Experiencias en bioética: primera promoción de especialistas*. Colección Bios y Ethos. (1). Bogotá: Ediciones El Bosque, 1997.
7. DUQUE, Camilo y LÓPEZ, Héctor. *La odontología en Colombia. Historia, Cultura y Sociedad*. Bogotá: Universidad El Bosque. 2002. Tomos I – pp. 446 y II p. 516
8. DUQUE, Camilo y LÓPEZ, Héctor. *La odontología en Colombia. Historia, Cultura y Sociedad*. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque. 2002. Tomo II.
9. DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique*. Histoire, concepts et outils, Quebec: Editions Fides, 1999.
10. ESCOBAR, María. «Consentimiento informado en odontología. Más que un problema legal, un asunto para reflexionar sobre la relación odontólogo-paciente y la odontología en general». *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*, Vol. 21, octubre de 2004.
11. _____. *Consentimiento informado en odontología y sus especialidades*. Bogotá: Impresora Feriva, 2009.
12. _____. «Exclusión y Bioética: estudio de caso de enfermedad periodontal». Artículo presentado como requisito para la candidatura del doctorado en bioética. Universidad el Bosque.
13. _____. *Consentimiento informado en odontología*. Trabajo de Grado (Magíster en Bioética) Bogotá: Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, 2002. (Documento base de la publicación de 2209).
14. ERAZO, Benjamín. *Clínica del sano en odontología*. Bogotá: Ecoe, 1987.
15. FAZIO, Hugo. «La historia del tiempo presente: una historia en construcción». *Historia crítica* (17): 47-57. 1998.
16. GARZA, Raúl. *Bioética y toma de decisiones en situaciones difíciles*. México: Trillas, 2003.
17. GARZÓN, Fabio. «Aspectos bioéticos del consentimiento del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable». (9) N°2 Bogotá: Editorial UMNG 2010.
18. GONZÁLEZ, Juliana. *Dilemas de bioética*. México: González, Juliana (Coord.) Fondo de cultura económica, 2007.
19. GONZÁLEZ, Iván. *Evolución de los principales indicadores en Bogotá 1990 a 2003*. Bogotá: CID-Universidad Nacional de Colombia-Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004.
20. GUZMÁN, María. *Aspectos conceptuales de la Reforma sanitaria de Colombia*. Bogotá: Kimpres. Universidad el Bosque.
21. GUARIGLIA Osvaldo. (Editor). *Cuestiones morales*. Consejo superior de investigaciones científicas. Madrid: Trotta, 1996.

22. HANS, Jonas. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder, 1995.
23. HERAZO, Benjamín. *Consentimiento informado: Para procedimientos, intervenciones y tratamientos en Salud*. Bogotá: Ecoe, 2007.
24. ILLICH, Iván. *Némesis médica. En obras reunidas I*. México: Fondo de Cultura Económica, 2006.
25. JÁCOME, Sofía y NIEVA, Blanca. «Representaciones sociales del proceso salud enfermedad». En *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*. (57) 1999.
26. JARA, S. y BRAVO, N. *Conocimiento sobre consentimiento informado en docentes de una clínica odontológica universitaria*. Tesis de grado. (Para optar por el título de Odontólogo) Bogotá: Facultad de Odontología Universidad El Bosque, 2005.
27. JELIN, Elizabeth. «Igualdad y diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina». Buenos Aires: Ágora. Cuadernos de estudios políticos, (7): 1997.
28. JIMÉNEZ, Josep. «Métodos de investigación clínica y epidemiológica». Cap. 12. Madrid: Elsevier, 2004.
29. KANT, Immanuel. *Crítica de la razón práctica*. Buenos Aires: Losada, 2003.
30. KYMLICKA, Will y WAYNE, Norman. «El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía». Buenos Aires: Ágora (7), 1997.
31. LAÍN, Pedro. *La relación médico-enfermo*, Madrid: Alianza, 1983.
32. _____. *La medicina actual*. Madrid: Dossat, 1973.
33. MILL, Stuart. *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza, 1997.
34. MORSE, Janice. (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Colección Contus, 2003.
35. NIEVA, Blanca y JÁCOME, Sofía. *La enseñanza de la ética en las facultades de odontología*. Estudio realizado en ACFO. Bogotá: 2006.
36. O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*, Cambridge University Press. Traducción libre del inglés, 2002.
37. ORTIZ, Federico. *Modelos Médicos*. México: Mc Graw, 2000.
38. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA de la SALUD – OPS. *La salud y los derechos humanos*, 1999.
39. PACKARD, Vance. *Las formas ocultas de la propaganda*. México: Hermes, 1998.
40. PAYARES, Carlos y ARANGO, Alberto. *Consideraciones socios históricos de la odontología en Colombia y Antioquia*. Medellín: Luz María Montoya Hoyos (Ed.) 1991.
41. PERILLA, Leonor. *Política social y construcción de ciudadanía. El caso de las administraciones Mockus, Peñalosa y Garzón*. Tesis de Maestría (Para optar al título de magíster en Ciencia Política) Quito: Flacso, 2001.
42. PEYREFITTE, Alain. *La sociedad de la confianza*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1996.
43. PORTES, Louis. *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris: PUF, 1954. Citado por DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*. Montreal: Université de Montréal FIDES. 1999.
44. SÁENZ, Ignacio. *Odontología la última profesión liberal*. Tesis doctoral. Universidad Nacional del Rosario Argentina. Flacso, 2009.
45. SÁNCHEZ, Javier y ABELLÁN Fernando. *Enfermería y paciente cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*. Granada: Comares. 2007. Presentación.
46. SIMON, Pablo. *Consentimiento informado. Historia teoría y práctica*. Madrid: Triacastela, 2000.
47. _____. «El Consentimiento Informado. Abriendo nuevas brechas». En: *Problemas prácticos del Consentimiento Informado*, Barcelona: Publicación de la Fundación Víctor Grífols I Lucas (5), 2002.
48. SUESCÚN, Jorge. *Derecho Privado. Estudios de Derecho Civil y Comercial Contemporáneo*. Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá-Universidad de Los Andes. 1996.
49. TEALDI, Juan. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Red bioética- Unesco-Universidad Nacional de Colombia, 2008.
50. TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Manual de ética odontológico*. Legislación, jurisprudencia y doctrina, Bogotá: Gustavo Ibáñez, 2002.
51. WIESNER, Carolina. Y MONSALVE, Luisa. *Interactuar, deliberar, comunicar. Un estudio de caso el consentimiento informado en el Instituto Nacional de Cancerología centro de investigaciones sobre dinámica social*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. 2009.
52. WOLTON, Dominique. *Informar no es comunicar*. Barcelona: Gedisa, 2010.

Documentos e informes gubernamentales y legales

53. CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO. Diario Oficial del Congreso de la República, 2011.
54. ENSAB III. *Estudio nacional de salud bucal. Publicado como informe especial en el informe semanal de SIVIGILA*. Sistema de vigilancia epidemiológico,

- desarrollado para la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá D.C. Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud. Informe Ejecutivo Semanal N° 8 del 2000.
55. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. «Por la Cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad de Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia». Diario Oficial. 6 de octubre de 2004.
 56. _____. Ley 100 de 1993. «Por la cual se expide la Ley de salud en Colombia». Gaceta del Congreso.
 57. _____. Ley 35 de 1989. Diario Oficial. Bogotá, Colombia, marzo de 1989.
 58. _____. Ley 10 de 6 de abril de 1962. Por lo cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología. Diario Oficial. 6 de abril de 1962.
 59. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Paquetes instruccionales. Guía técnica buenas prácticas para la atención del paciente en la atención en salud. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. 31 de diciembre de 2009.
 60. _____. Resolución 3577 de 2006. «Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB». Diario Oficial. 4 de abril de 2006.
 61. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1043 de 2006. «Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones». Diario Oficial, 3 de abril de 2006.
 62. _____. Resolución 1995 de 1999. Normas para el manejo de la historia clínica en Colombia.
 63. _____. Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Diario Oficial 4 de noviembre de 1991.
 64. _____. Resolución 008430 DE 1993. «Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud». Diario oficial. 4 octubre de 1993.

Documentos internacionales

65. CÓDIGO DE NÜREMBERG 1947. En Códigos, convenios y declaraciones de ética médica, enfermería y bioética. Colección *Bios y Ethos*. Ediciones el Bosque 1998.
66. DECLARACIÓN DE HELSINKI - TOKIO 1964-1975. Investigación biomédica en seres humanos. En Códigos, convenios y declaraciones de ética médica, enfermería y bioética. Colección *Bios y Ethos*. Ediciones el Bosque 1998.
67. INFORME BELMONT. Documento básico sobre enfermería OMS oficina regional para Europa Copenhague 1979.
68. OMS Informe sobre la salud bucodental. Ginebra. 2004. OMS Informe sobre la salud bucodental. Ginebra. 2004.
69. OPS-OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud- la salud bucal – programa HSD de la ODD. Washington. 1993.
70. _____. Informe desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud-la salud bucal–programa HSD de la ODD. Washington. 1993.

Documentos en la web

71. ARAYA Sandra., Cuadernos de ciencias sociales. (127). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. San José, [En Línea]. [Fecha de consulta: 12 de febrero de 2010]. Disponible en: FLACSO. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales. Octubre de 2002
72. CHINCHILA, Marcos. Poder, medios de comunicación social y trabajo social. Naturaleza de los medios de comunicación modernos. San José: 2002. [En Línea]. [Fecha de consulta: 3 de febrero de 2012]. Disponible en <http://unpan1.un.org/intrados/groups.pdf>
73. JIMÉNEZ, William. Línea jurisprudencial respecto al principio de la buena fe (Art. 83 de la C.P.) Bogotá: 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 1 de marzo de 2012]. Disponible en: www.docenteunal.edu.co
74. KOTOW, Miguel. Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. (4). Montevideo, Red Bioética Latinoamericana y del Caribe. [En línea]. [Fecha de consulta 21 de enero de 2012] Disponible en <http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/participacion%20informada.pdf>
75. RIVERA, Sneider y BARRETO, Luis. Resumen ejecutivo la impunidad en el sistema penal acusatorio en Colombia. Bogotá, 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 30 de mayo de 2012]. Disponible en <http://www.mij.gov.co/econtent/library/documents.pdf>.
76. _____. Resumen ejecutivo la impunidad en el sistema penal acusatorio en Colombia. Bogotá. [En Línea]. [Fecha de consulta 20 de mayo de 2012]. Disponible en <http://www.mij.gov.co/econtent/library/documents.PDF>
77. RODRÍGUEZ Héctor. «Relación médico–paciente». Revista cubana de salud pública. 2006; 32 (4) La

Habana. [En línea]. [Fecha de consulta 30 de abril de 2012]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu_07406.htm

78. VILAR Gerard. Autonomía proustiana. Universidad autónoma de Barcelona. 1997. Enrahonar (27) Barcelona: 1997. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de junio de 2012]. Disponible en <http://www.raco.cat/index.php/enrahonar/article/view/31869/31703>

Documentos históricos

79. BOLETÍN DE ODONTOLOGÍA. Compilación por tomos I-VI. Colección privada Historiador Camilo

Duque Naranjo. Odontólogo Universidad Javeriana. Docente Universidad el Bosque.

80. CARRASQUILLA Sebastián. Director. *Boletín de la escuela de odontología de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional*. Editor la universidad. 1935.
81. FAUCHARD, Pierre, *Le chirurgien dentiste ou traite des dents*, prólogo, t. i. Paris, 1728.
82. FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA COLOMBIANA. Actas. Documentos del siglo XX disponibles desde 1916.
83. _____. Revistas de la Números de comienzos de siglo XX archivo personal. Colección privada. Historiador Camilo Duque Naranjo. Odontólogo Universidad Javeriana. Docente Universidad El Bosque.

El principio de precaución: Un discurso bioético para la producción de energía eléctrica en la sociedad del riesgo*

The precautionary principle: A bioethics discourse for the energy production in a risk society

O princípio da precaução: Um discurso bioético para a produção de eletricidade na sociedade de risco

Carlos Díaz Rodríguez**

Resumen

En la sociedad del riesgo adquieren prioridad los discursos bioéticos acerca de los peligros y las amenazas sobre el ambiente y el ser humano. Uno de ellos, lo constituye el «principio de precaución» que surge de la dinámica de cambio de una sociedad industrial a una sociedad del riesgo y se constituye en un elemento básico, para la toma de decisiones en conflictos éticos, por la conveniencia de reforzar la actitud prudencial y de cautela, especialmente en la solución de problemas ambientales.

El principio de precaución es un modelo que complementa el enfoque correctivo y preventivo, debido a que busca proteger a los seres humanos y su entorno natural de los riesgos impredecibles ocasionados por las actividades humanas, mediante su implementación en la producción de energía eléctrica.

Palabras clave: Principio de precaución, medioambiente, central eléctrica, bioética, conflictos éticos.

Abstract

Bioethical discourse about dangers and threats to the environment and human being demand priority in a risk society. One of these discourses is the “precautionary principle” that arises from the dynamics of change from an industrial society to a risk society and constitutes a basic element for decision-making in bioethical conflicts, by the convenience of reinforcing a prudent and cautious attitude, especially when solving environmental problems.

* Este artículo de reflexión es original, producto de investigación en el Área Bioética y Ambiente, Línea de Evolución y problemas ambientales del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Tutor: Luis Álvaro Cadena Monroy Ph. D., profesor investigador del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. El autor tiene la responsabilidad del contenido y de la originalidad del documento, entregado el 6 de marzo de 2014 y aprobado el 25 de junio de 2014.

** Ingeniero electricista, Universidad Nacional de Colombia; magister en Economía de la Universidad Nacional de Colombia; profesor de planta de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas; candidato a doctor en Bioética. Correo carlosdiaz1966@yahoo.es

The precautionary principle is a model that complements the corrective and preventive approach as it seeks to protect human beings and the natural environment from unpredictable risks caused by human activities, throughout the implementation of the production of electricity.

Key words: Precautionary principle, environment, electric power station, bioethics, ethical conflicts.

Resumo

Discurso bioético sobre os perigos e os perigos ao meio ambiente e os seres humanos têm prioridade em um sociedade de risco. Um deles, o que é o “postulado do precaução”, que surge a partir da dinâmica de mudança de uma sociedade industrial para uma sociedade de risco e constitui um elemento básico para a tomada de decisão em conflitos bioéticos, pelo desejo de reforçar a atitude cautelosa, especialmente na solução das problemas meio ambientais.

O postulado do precaução é um modelo que complementa as abordagens corretiva e preventiva, de que tenta a proteger os seres humanos e seu meio ambiente natural dos riscos imprevisíveis causados pelas atividades humanas, por meio da sua aplicação no produção de eletricidade.

Palavras-chave: postulado do precaução, do ambiente, das fabricas de energia, bioética, conflitos éticos.

Introducción

El artículo tiene como objetivo determinar cuáles son los principales aspectos que justifican la utilización del principio de precaución y los factores de éxito que permiten su implementación, en la producción de energía eléctrica, en el contexto de una sociedad del riesgo.

Inicialmente se acude a la *phronesis* de Aristóteles por su énfasis en explorar el futuro que permite grados de anticipación a los eventos, por su actitud para discernir lo bueno y lo malo. Se interpreta la prudencia como una virtud que ejerce una función de acople entre ciencia y ética. Se acude a la precaución por su orientación pragmática, porque tiende a las acciones, a tomar medidas de cautela en un ambiente de falibilidad y la racionalidad limitada debido a la presencia del riesgo¹ y

la incertidumbre². La prudencia y la precaución son aspectos básicos para comprender la aplicación del principio de precaución en el contexto de la producción³ de energía eléctrica.

Se estudia el contexto donde surge el principio de precaución, se exponen algunos elementos del tránsito de la sociedad industrial hacia el modelo social denominado sociedad del riesgo caracterizado por la pérdida del monopolio de la ciencia, debido a la insuficiencia de la lógica experimental y su falta de reconocimiento de la incertidumbre.

Se expone el origen, desarrollo, ámbito de aplicación y pasos del principio de precaución

estructura de esperanza matemática». En GARCIA I HOM, Anna. *Negociar el riesgo*. Tesis de Doctorado. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2004, p. 65.

² La incertidumbre se asocia con aspectos del futuro que ignoramos.

³ La producción de energía eléctrica, o generación de energía eléctrica, es la actividad de transformar una fuente de energía primaria convencional (hidráulica, nuclear o térmica) o no convencional (solar, mareomotriz, eólica, etc.), mediante una máquina denominada alternador, en una fuente secundaria de energía denominada electricidad.

¹ García i Hom resalta la noción clásica de riesgo propuesta por Bourg y Schlegel, entendida como la medición del peligro. Se determina mediante el producto de la probabilidad de ocurrencia de dicho peligro y la gravedad o impacto de la materialización de ese peligro. Desde las probabilidades, el riesgo «tiene una es-



como modelo que apoya el enfoque correctivo y preventivo, debido a que busca proteger a los seres humanos y el entorno natural de los riesgos impredecibles ocasionados por las actividades humanas.

El principio de precaución tiene su contexto en el discurso de la bioética, en el cual se identifican los principales impactos ambientales en la producción de energía eléctrica, así como a partir de algunas investigaciones y reflexiones propias se develan los principales conflictos éticos presentes en la generación de energía; asimismo, se exponen algunos casos de proyectos de generación de energía, en los cuales se expresan algunas cuestiones bioéticas y el principio de precaución, así como la pertinencia y condiciones de aplicación del enfoque de precaución y los factores de éxito para su implementación en la actividad de producción de energía eléctrica, con especial interés en América Latina. Para el artículo se excluyó la energía nuclear debido a que no es una fuente representativa en la región.

En la discusión se sostiene que un argumento viable para justificar el principio de precaución en la producción de discursos bioéticos, es el planteamiento de Hottois, que identifica la tecnociencia y el multiculturalismo como los principales problemas bioéticos contemporáneos. Se exponen algunas conclusiones acerca de la aplicación del principio de precaución en la producción de energía eléctrica y se plantean algunos aspectos relevantes para la solución de los conflictos éticos.

1. METODOLOGÍA

El método usado se inscribe en la hermenéutica, porque se hace mediante la metáfora del

texto. Bleicher⁴ define la hermenéutica como la teoría de la interpretación del significado, es decir, se relaciona principalmente con la interpretación de un texto o una acción. Busca dilucidar el significado exacto de las palabras, teniendo en cuenta el contexto histórico, o por lo menos se buscan las interpretaciones más plausibles. La realidad no se puede concebir como estática, sino dinámica. La hermenéutica se concibe como un proceso inacabado y en proceso de construcción.

La utilización de la hermenéutica se consideró apropiado por las razones siguientes:

- 1) se buscan las interpretaciones correctas y factibles de la relación entre la *phronesis* aristotélica (como virtud clásica) y la precaución que lleve al moderno enfoque precautorio;
- 2) se hace una interpretación del principio de precaución en un contexto histórico determinado, que en este caso se relaciona con la sociedad del riesgo;
- 3) se develan los principales conflictos o tensiones éticas que surgen de la actividad de producción de energía eléctrica;
- 4) se reconoce la diversidad de intereses que pueden generar conflictos entre los actores relacionados con la producción de energía eléctrica; sin embargo, en lo posible se buscan consensos o soluciones satisfactorias.

Las categorías de análisis desarrolladas en el artículo son: la prudencia; la sociedad del riesgo; el principio de precaución y el conflicto ético.

⁴ BLEICHER. Citado por NEWMAN, Mike. *Introduction to Qualitative Research in Is: Hermeneutics*. Manchester: Aulberg University, Presentation Power Point, February 9th, 10th 2011.

2. RESULTADOS

2.1 LA PRUDENCIA Y LA PRECAUCIÓN

Marcos⁵ dice que la definición clásica de prudencia (*phronesis*) permite interconectar apropiadamente conocimiento y acción; a su vez, es un concepto esencial para aclarar el principio de precaución. Marcos⁶ señala que la *phronesis* Aristotélica se entiende cómo una actitud verdadera y práctica fundamentada en la razón que permite discernir lo que es bueno o malo para el hombre. La prudencia por ser una «actitud», no es ciencia (*episteme*). Tampoco es arte ni técnica, dado que el resultado es una acción, no un objeto. La prudencia es una regla de elección de lo bueno y lo malo, se interesa en lo concreto y se desmarca de la sabiduría, porque supera lo abstracto. Aristóteles⁷ plantea que ninguna persona puede ser buena sin la prudencia, ni ser prudente sin la virtud moral. La prudencia está interesada en el juicio sobre lo conveniente, lo oportuno y lo útil.

Aubenque⁸ afirma que la prudencia en Aristóteles se mueve en el mundo de lo contingente, es una virtud intelectual o racional⁹ que no

trata de la rectitud de la acción, sino de la exactitud del criterio, ya que la preocupación es que se acompañe de una regla verdadera, teniendo en cuenta que «la exigencia de racionalidad y verdad [...] distingue la prudencia de las virtudes morales y la sitúa entre las virtudes intelectuales»¹⁰.

Una persona prudente puede deliberar y adoptar los juicios más convenientes acerca de las cosas que pueden ser buenas para él y evitar el mal. Sin embargo, la deliberación prudencial es falible, no garantiza nada y algunas veces, los resultados son diferentes a los buscados.

Igualmente, resalta Marcos¹¹ que el auge de la ciencia en la modernidad fue su promesa de infalibilidad, su garantía de conocimiento cierto y la exclusión de un intermediario prudencial que interconecte conocimiento y acción. En la época actual, debido al abandono de la certeza, adquiere especial relevancia la virtud de la prudencia.

La *phronesis* aristotélica es una actitud o disposición práctica, que mediante procesos deliberativos busca explorar el futuro basada en reglas verdaderas, que permitan recopilar evidencias en un entorno contingente, para anticiparse a ciertos eventos indeseados, es decir, que obstaculice ciertas consecuencias inaceptables. Desde la noción clásica de Aristóteles, la prudencia es una virtud que ejerce una función de acople entre conocimiento y acción, y según lo expuesto por Marcos, permite interconectar ética y ciencia

⁵ MARCOS, Alfredo. *Precaución, ética y medio ambiente*. Citado por GARCÍA-GÓMEZ-HERAS, José M. y VELAYOS, Carmen. *Responsabilidad política y medio ambiente*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007, p. 163.

⁶ _____. «Principio de precaución: Un enfoque (neo) aristotélico». Universidad de Valladolid, 2008, p. 15. [En línea. [Fecha de consulta 15 de febrero de 2014]. Disponible en <http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/webMarcos/#articulos>

⁷ ARISTÓTELES. *Ética de Nicómaco*. «De la natural virtud, y de la conexión y hermandad que hay entre las verdaderas virtudes y la prudencia». Libro sexto. capítulo XIII, p. 138.

⁸ AUBENQUE, Pierre. *La prudencia en Aristóteles*. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1999, pp. 44, 78-79.

⁹ En Aristóteles hay virtudes intelectivas o dianoéticas que se relacionan con el ejercicio de la razón y comprenden la ciencia, el arte, la prudencia, la sabiduría y la inteligencia. Las virtudes morales se asocian con el dominio de la razón sobre los instintos que define las buenas costumbres (la valentía, la templanza, la mansedumbre, etc.).

¹⁰ MARCOS, Alfredo. *Prudencia, razón práctica y verdad postmoderna*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2011, p. 9.

¹¹ _____. *Ética ambiental*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2001, pp. 30, 164.

Bonamigo¹² plantea que Santo Tomás de Aquino no abordó la prudencia como regla de elección, la dividió en ocho partes y la precaución es la regla básica para elegir el bien y evitar el mal. La prudencia, según Aristóteles y Santo Tomás de Aquino, explora el futuro, mediante visiones basadas en evidencias del presente y el pasado, en las cuales se pueden combinar lo verdadero con lo falso y el mal con el bien. En la precaución, la virtud de la prudencia que versa sobre lo contingente, se vuelve verdaderamente operable, dado que se relaciona con tomar medidas específicas para evitar daños.

Se acude como último criterio racional a la virtud intelectual de la prudencia que prioriza el ejercicio de la razón y que se materializa en medidas pragmáticas de cautela o acciones de precaución. Mientras la prudencia busca integrar conocimiento y acción, para Kottow y Carvajal¹³ la precaución tiene un sentido pragmático expresado en estrategias de anticipación y acciones remediales para neutralizar o mitigar los daños detectados.

La virtud de la prudencia, entonces, necesita de la precaución por su orientación práctica, porque tiende a las acciones, a tomar medidas de cautela al reconocer un entorno de incertidumbre que reconoce la falibilidad y la racionalidad limitada de los tomadores de decisiones, en especial, los miembros del Estado y las organizaciones privadas e intermedias.

Kottow¹⁴ señala que Bruno Latour considera incompatible la prudencia y el principio de precaución, debido a que mientras uno busca

la abstención, el otro es un principio de acción. Esta apreciación, me parece equivocada, porque significa que la prudencia está asociada a la exigencia de que la única manera de evitar los riesgos es abstenerse de dar cualquier solución¹⁵ y no es así: la virtud de la prudencia es una actitud que acopla conocimiento y acción con la aceptación de cierto nivel de riesgo, mientras que la precaución es práctica y está asociada con medidas de cautela concretas, respecto de las expectativas de la prudencia. En lugar de ser incompatibles la prudencia y la precaución se complementan.

La prudencia y la precaución necesitan de niveles de cooperación y convivencia que excluyan la obsesión por el control y el poder, máxime cuando se enfrentan entornos inciertos. La prudencia y la precaución reconocen la racionalidad limitada debido a la complejidad e incertidumbre, lo cual lleva a la búsqueda de decisiones satisfactorias y no óptimas.

Gracia¹⁶ plantea que todo lo que el ser humano hace sobre la tierra es transformar los recursos naturales en posibilidades de vida. Para transformar el medio necesita valorarlo, y esa transformación le añade valor a la naturaleza. Sin embargo, el hombre ha adquirido suficiente poder tecnocientífico para producir alteraciones significativas en la naturaleza humana y el entorno natural con consecuencias impredecibles, lo que conduce a la necesidad de buscar balances éticos que surjan de las interacciones y tensiones entre la tradición y la innovación.

El hombre histórico ha buscado siempre trascender, no renuncia a lo metafísico, es más que biología y psique, y casi siempre la tradición

¹² BONAMIGO, E. L. *El principio de precaución. Un nuevo principio bioético y jurídico*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, pp. 39, 51.

¹³ KOTTOW, Miguel y CARVAJAL Yuri. «Bioética y precaución». En *Nuevos folios de bioética*. Universidad de Chile. Santiago de Chile, agosto de 2011, No. 5, pp. 7-32.

¹⁴ *Ibid.*, p. 8.

¹⁵ Kottow retoma a Weed, que sugiere reducir el umbral de significancia: pasar de $p < 0.05$ a $p < 0.10$, reconociendo tácitamente que la evidencia es manipulable y no hay garantía de integridad ética.

¹⁶ GRACIA, Diego. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. 2.ª ed. Madrid: Triacastela, 2007, p. 9.

vuelve, está presente y se impone muchas veces a la innovación cultural que reclama progreso, a menudo en deterioro de lo humano. La tradición, a veces, reclama su historia; otras veces, lucha por conservar las funciones antropológicas esenciales derivadas de miles de años de evolución biológica: ahí reside la necesidad de acudir a la virtud de la prudencia y adoptar medidas de precaución.

El binomio prudencia y precaución son apoyos necesarios del principio de precaución, para dar solución a los problemas ambientales contemporáneos incubados, en la sociedad industrial y adquirieron su máxima complejidad y dinámica, en la sociedad del riesgo.

2.2 DE UNA SOCIEDAD INDUSTRIAL A UNA SOCIEDAD DEL RIESGO

Bell¹⁷ señala que Raymond Aron es el escritor de mayor identificación con el concepto de sociedad industrial entendida como una producción ordenada, certera y precisa que presenta una separación entre el lugar de trabajo y el hogar, las creencias esenciales se organizan alrededor de los códigos ocupacionales, y estos se encuentran limitados por las éticas profesionales¹⁸.

Hope y Hope¹⁹ afirman que la sociedad industrial pretende administrar y dominar la

naturaleza, mediante el uso intensivo de los combustibles fósiles; interesa la producción en masa realizada por la gran industria con criterios de planificación, control y jerarquía. La ideología es sustituida por criterios económicos de optimización y maximización, el cálculo racional impregna todas las organizaciones. Los factores de éxito que impulsan los aumentos de productividad, son la utilización de sistemas centralizados, el uso intensivo del capital físico apoyado en energías no renovables, el aprovechamiento máximo de las economías de escala en la producción, y el trabajo manual.

Para el caso de los países en desarrollo, se busca aplicar las tecnologías industriales y administrativas que les permitan cerrar la brecha económica con los países desarrollados. Con esta lógica, la consecuencia natural del crecimiento económico viene asociado con importantes presiones ambientales, porque se necesitan cada vez mayores entradas de energía, especialmente fuentes fósiles, lo que tiene como consecuencia la producción creciente de emisiones contaminantes derivadas de la producción y la utilización intensiva de fuentes energéticas no renovables.

La globalización, el aumento de la intensidad competitiva internacional y la mundialización de los mercados han multiplicado exponencialmente los impactos ambientales negativos e impiden el cumplimiento de cualquier acuerdo ambiental en la sociedad industrial. Dichos fenómenos originaron masivos procesos de «deslocalización»²⁰, así como un aumento excesivo del consumo de recursos energéticos por el incremento del transporte de materias primas y productos manufacturados. Igualmente, originaron estrategias de crecimiento de países

¹⁷ BELL, Daniel. *El advenimiento de la sociedad post industrial*. Madrid: Alianza, 1976, pp. 94-98.

¹⁸ Los cambios en la sociedad industrial, según Clark citado por Bell, estarían explicados por los aumentos de productividad. Existen varias características comunes a todas las sociedades industriales: a) la tecnología y el conocimiento técnico y tecnológico son el mismo en todas partes; b) la especificación de tareas y especialidades es la misma y, c) se aplica el principio de eficiencia «más por menos». Según Weber las organizaciones en la sociedad industrial presentan importantes rasgos burocráticos. Se busca «disciplinar» aplicando los principios de la impersonalidad, la formalización del comportamiento y la profesionalización. En palabras de Saint-Simon, la sociedad industrial no es el gobierno sobre los hombres, sino la administración de las cosas.

¹⁹ HOPE J. y HOPE T. *Competir en la Tercera Ola*. 2.a ed. Barcelona: Gestión 2000, 1998, pp. 19-20.

²⁰ Se entiende por «deslocalización», la movilidad geográfica de las empresas que desplazan la producción de un país a otro y busca aprovechar menores costos de mano de obra y de suelo, legislaciones laborales y ambientales más laxas, y beneficios fiscales.

en desarrollo basadas en la exportación de materias primas, así como excesivo consumismo que se constituyeron en algunos de los factores que aumentan los procesos de degradación del medio ambiente²¹.

García-Huidobro²² plantea que dicha sociedad se apoya en el positivismo científico, que en palabras de Hottois, se asocia con el progreso de la tecnociencia, se reivindica la neutralidad axiológica, no interesan los valores ni la estética, únicamente la mensurabilidad y la cuantificación son relevantes, y el medio ambiente es un factor de producción más. Enfoque en línea con el paradigma de «economía de frontera» expuesto por Colby²³ y Negrao²⁴, en el cual los recursos naturales son un factor de producción más, no hay límites al crecimiento, y este se orienta a mejorar las condiciones materiales de la sociedad desvinculado de consideraciones éticas y sociales.

La sociedad industrial ha presentado cambios significativos que se han expresado en una nueva figura social, que Beck²⁵ denomina «sociedad industrial del riesgo». Los riesgos ecoló-

gicos son simultáneamente locales y globales. El deslumbramiento por el poder del progreso tecnocientífico abre espacio a la producción de riesgos que tienen una naturaleza diferente a los que se presentaban anteriormente, ya que son riesgos globales que superan las fronteras de los Estados nacionales.

La ciencia, al ocuparse de los riesgos globales, abandona gradualmente la lógica experimental y se equipara con la economía, la política y la ética; en consecuencia, el monopolio tradicional de su racionalidad objetiva es cuestionado estructuralmente.

En este contexto de producción de riesgos, Marcos²⁶ considera que los problemas ambientales con dimensión moral, no solamente son globales, sino que también se deben tener en cuenta los problemas intergeneracionales relacionados con las generaciones futuras, y los problemas interespecíficos que corresponden a las relaciones de los seres humanos con la naturaleza.

2.3 LA NECESIDAD DE ACUDIR AL PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN

En el marco de los Estados nacionales, típico de la sociedad industrial, el medioambiente adquiere una dimensión de bien público, por lo que se requieren intervenciones estatales que apoyen la reparación de los daños por las actividades humanas. Una vez institucionalizado el medio ambiente, los gobiernos exigieron retribuciones ambientales a los que contaminan: principio «el que contamina paga».

Un informe de expertos de la Unesco²⁷ señala que con el tiempo se identificó que el principio «el que contamina paga», tiene aplicación

²¹ El hombre recolector-cazador utilizó como fuente energética la proporcionada por los alimentos, cerca de 2000 Kcal/hab/día. En la revolución industrial de baja tecnología (1850-1870), en las sociedades industriales más avanzadas, el consumo energético fue de 70.000 Kcal/hab/día. En la sociedad industrial de alta tecnología, el consumo aproximado es de 230.000 Kcal/hab/día. En general, los habitantes de los países en desarrollo usan diez veces menos energía que los residentes de los países desarrollados. En JARDON, Juan J. *Energía y medio ambiente: Una perspectiva económico-social*. México: Plaza y Valdés, 1995, pp. 46-47.

²² GARCÍA-HUIDOBRO, J. «Filosofía y medio ambiente». *Empresario Cristiano*. Número 13, p. 3, 16 de enero de 2006, USEC UNIAPAC, Chile.

²³ COLBY, M. E. «*Environmental Management in Development: The Evolution of Paradigms*». *Ecological Economics*. No. 3, pp. 193-213. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.

²⁴ NEGRAO CALVACANTI, Rachel. «Gestión ambiental». Ponencia. II Curso Internacional de Aspectos Geológicos de Protección Ambiental. Junio de 2000. Campinas, Brasil.

²⁵ BECK, Ulrich. *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós. 1998, pp. 14, 25.

²⁶ MARCOS. *Ética ambiental*. Op. cit., p. 102.

²⁷ UNESCO y COMEST (Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología). Informe del Grupo de Expertos sobre el Principio Precautorio. París. 25 de marzo de 2005, p. 7.

práctica si se complementa con una política preventiva que limite el daño para reparar o indemnizar. El modelo «es mejor prevenir que curar», se apoya en el supuesto de que la ciencia tiene la capacidad de cuantificar y evaluar los riesgos con cierto nivel de precisión, y que mediante el principio de prevención se pueden eliminar o mitigar los daños futuros.

La presencia de entornos más dinámicos y complejos propios de una sociedad del riesgo, aumenta las incertidumbres con potenciales consecuencias graves en el medioambiente y la salud. Asimismo, los instrumentos que suministra la ciencia son insuficientes para afrontar dichos retos, por lo que se debe acudir a criterios éticos y políticos como último apoyo racional para la toma de decisiones. Por lo tanto, surge el modelo anticipatorio del principio de precaución, como lo reporta el Informe de la Unesco^{28, 29} para proteger los seres humanos y el entorno natural de los riesgos e incertidumbres ocasionados por las actividades humanas.

O'Riordan y Jordan³⁰ reseñan que el principio de precaución surgió en los sesenta debido al impacto de los sistemas industriales en la biosfera, y ocasionó daños graves e irreversibles que en muchos casos son globales. En esta interpretación, hablar de reparación de daños ambientales pierde sentido. A su vez, la toma de decisiones en la ciencia, con frecuencia se da en condiciones de ignorancia o incertidumbre, debido a que se pueden presentar conflictos entre expertos científicos, lo que requiere criterios

de precaución que orienten dichas decisiones políticas.

Raffensperger y Tickner³¹ señalan que el principio de precaución proviene de la palabra alemana *Vorsorgeprinzip*, que también puede entenderse como el principio de previsión que enfatiza en la anticipación. El *Vorsorgeprinzip* ha servido de apoyo en Alemania para la implementación de políticas ambientales de prevención y control de la lluvia ácida, calentamiento global, contaminación en los ríos y la contaminación en el mar del Norte. Los alemanes perciben el principio de precaución como un instrumento que facilita el crecimiento económico en lugar de frenarlo. Riechmann³² señala que los congresos internacionales de Wingspread (Wisconsin) en 1998 y Lowell (Massachusetts) en 2001 dotaron de una estructura y procedimientos al principio de precaución, lo que permite utilizarlo en casos concretos.

Raffensperger y Tickner³³ comentan que los participantes del Congreso de Wingspread por consenso asociaron el principio de precaución con las medidas precautorias que se toman cuando las actividades humanas presenten amenazas a la salud humana y al medioambiente, a pesar de que algunas relaciones causa-efecto no se hayan determinado científicamente en su totalidad. Los participantes identificaron 4 componentes: 1) acciones preventivas antes de que existan evidencias científicas de causalidad; 2) la carga de la prueba de seguridad reside en el productor de la actividad; 3) un conjunto de alternativas que incluyen las de no actuar

²⁸ *Ibid.*, p. 23.

²⁹ El planteamiento de la Unesco-Comest, citado anteriormente, considera el principio como fundamento filosófico de la precaución y el criterio como su aplicación práctica.

³⁰ O'RIORDAN, T. y JORDAN, A. «El principio de precaución en la política ambiental contemporánea». En CSERGE (Facultad de Ciencias Ambientales, Universidad de East Anglia, Norwich, Inglaterra), *Environmental Values*, 1995 vol. 4, No. 3, p. 9.

³¹ RAFFENSPERGER, Carolyn y TICKNER, Joel (eds.). *Protecting Public Health and the Environment. Implementing the Precautionary Principle*. Washington: Island Press, p. 4.

³² RIECHMANN, Jorge. *Introducción: Un principio para reorientar las relaciones de la humanidad con la biosfera*. En: RIECHMANN, Jorge y TICKNER, Joel. El principio de precaución en medio ambiente y salud pública: de las definiciones a la práctica. Barcelona: Icaria Ediciones, 2002, p. 18.

³³ RAFFENSPERGER y TICKNER. *Op. cit.*, pp. 8-9.

para actividades nuevas, cuando haya alguna evidencia de daños causados por la actividad y, 4) la toma de decisiones basadas en la participación democrática, teniendo en cuenta las partes afectadas.

O'Riordan y Jordan³⁴ entienden que cualquier actividad con probabilidad de ocasionar daños graves ambientales es moralmente injusta, por lo que no debe ser tenida en cuenta con respecto a otras alternativas con las que tenga que compararse. La orientación del principio de precaución limita los recursos innecesarios e insostenibles sobre la base de que su explotación excesiva será prohibida para las generaciones futuras.

Riechmann³⁵ afirma que el ámbito de aplicación del principio de precaución se originó en los impactos ambientales que generan problemas de irreversibilidad y grave riesgo; sin embargo, en la toma de decisiones económicas y sociopolíticas pueden presentarse situaciones similares.

Marcos³⁶ resalta que el principio de precaución es aceptado en amplios sectores de la sociedad; sin embargo, no hay consenso sobre las bases y criterios que justificarían su aplicación, así como las medidas que se deben tomar. En un extremo, están los que consideran que cualquier innovación para ser puesta en práctica necesita pruebas acerca de su seguridad, las que recaen exclusivamente sobre el productor. En otro extremo, se encuentran los que desean suprimir el principio de precaución, porque esto llevaría a una política de miedo que paralizaría

la innovación tecnocientífica³⁷. Hay quienes desean una posición intermedia, con un principio de precaución moderado y proporcional.

Riechmann³⁸ plantea que la tecnocracia está convencida de que la evaluación de riesgos es un instrumento objetivo para la toma de decisiones, basado en la cuantificación sin espacio, para los intereses personales, cuando sus resultados dependen de quien realice la evaluación, por lo que la decisión de una actividad determinada es política, y en tal sentido, la última palabra la deben tener quienes tengan que soportar el riesgo.

Tickner, Raffensperger y Meyers³⁹ establecen que la aplicación del principio de precaución se mueve en el ámbito de las actividades nuevas de un proyecto y los problemas ya existentes. En el caso de un proyecto nuevo, la carga de la prueba recae en el productor, que demostrará que las actividades no causarán daños, así como la consideración de múltiples alternativas, incluido el proyecto cuestionado. Cuando son actividades existentes, se deben adoptar medidas precautorias antes de tener pruebas del daño, y la carga de la prueba nuevamente se traslada al productor.

Tickner⁴⁰ para aplicar el principio de precaución propone los pasos siguientes: 1) identificar las amenazas y caracterizar el problema; 2) determinar que se conoce y que no sobre la amena-

³⁴ O'RIORDAN y JORDAN. *Op. cit.*, p. 3.

³⁵ RIECHMANN. *Op. cit.*, p. 15.

³⁶ MARCOS, Alfredo. «Principio de precaución y cambio climático». Citado por CÓRDOBA, S. Menna (ed.). *Estudios contemporáneos sobre ética*. Argentina: Universitas, 2008. [En línea] [Fecha de consulta 20 de enero de 2014]. Disponible en <http://www.fyl.uva.es/~filosof/webMarcos/#articulos>

³⁷ Los detractores del principio de precaución han invocado, a menudo, una política del miedo por los planteamientos de la ética de la responsabilidad de Jonas que, mediante una heurística del miedo, busca anticiparse a escenarios apocalípticos, lo que en vez de ayudar al enfoque precautorio, fortalece a sus detractores. Se necesitan medidas cautelosas, no políticas de miedo.

³⁸ RIECHMANN. *Op. cit.*, pp. 21-22.

³⁹ TICKNER, Joel; RAFFENSPERGER, Carolyn y MEYERS, Nancy. «El principio precautorio en acción: Manual». *Red de Ciencia y Salud ambiental*. Junio, 1999, pp. 10-11.

⁴⁰ TICKNER, Joel A. «Aplicando el principio de precaución. Un proceso en seis etapas». [En línea]. [Fecha de consulta 12 de enero de 2014]. Disponible en <http://www.daphnia.es/revista/29/articulo/161/>

za; 3) reformular el problema si es necesario; 4) evaluar las alternativas; 5) determinar el curso de acción, y 6) supervisar y hacer seguimiento.

Andorno⁴¹ señala que los requisitos para la aplicación del principio de precaución son los siguientes: 1) no se ha establecido claramente la relación causal de la tecnología con el daño esperado, por lo que hay incertidumbre en el riesgo; 2) se realice una evaluación científica completa del riesgo potencial o las consecuencias de la inacción; 3) perspectiva de daño grave o irreversible; 4) las medidas precautorias deben guardar proporcionalidad al costo socioeconómico que la comunidad está dispuesta a soportar; 5) las medidas adoptadas por las autoridades deben ser dadas a conocer a las comunidades y a las empresas en forma transparente; 6) la carga de la prueba recae sobre el innovador.

Kottow y Carvajal⁴² consideran que la aplicación del principio de precaución depende de balancear la certeza o incertidumbre de los conocimientos que se tengan, la intensidad y magnitud de los riesgos potenciales, y la evaluación costo-beneficio de las acciones posibles. Es frecuente que dicho principio entre en tensión con la suficiencia financiera que propugna por la maximización del valor del accionista, en caso de proyectos con esquemas de participación privada.

2.4 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN EN EL DISCURSO DE LA BIOÉTICA

Lacadena, apoyado en Potter, amplía la bioética del ámbito médico o clínico hacia una bioética

medio ambiental; señala que la extensión de la bioética se refiere al hombre mismo o, también, «cuando el problema bioético afecta su entorno ecológico, tanto si se refiere a los seres vivos [...] o, incluso, a la naturaleza inanimada, aunque esto último parezca un contrasentido»⁴³. Este autor habla de una bioética medio ambiental, que debería tener como ejes de investigación la biodiversidad y bioseguridad, desarrollo sostenible, calentamiento global, cambio climático, y la ética de la responsabilidad con las generaciones futuras.

Bonamigo⁴⁴ plantea que la bioética principialista es más apropiada para el ámbito biomédico y el enfoque precautorio puede ser un importante apoyo al principio de no maleficencia, cuando el médico tiene la obligación de no hacer daño a una persona enferma; según su opinión, Engelhardt considera la prudencia en el sentido del principio de precaución, dado que lo interpreta como un balance positivo entre beneficios y perjuicios; además, considera que uno de los defectos que dificultan el diálogo entre extraños morales es la imprudencia.

El principio de precaución tiene en cuenta que «las políticas del presente deben pensar en el futuro y en las generaciones venideras [...] es la herencia y la aplicación práctica del principio de responsabilidad de Jonas, así como el principio de supervivencia de Potter»⁴⁵.

Hottois⁴⁶ señala que la bioética es pertinente en el plano individual, social y natural. En el ámbito de lo natural se relaciona con los

⁴¹ ANDORNO, Roberto. «Principio de precaución». Citado por TEALDI, Juan Carlos. Director. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Unesco- Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, 2008, pp. 345-347.

⁴² KOTTOW, Miguel y CARVAJAL, Yuri. «Bioética y precaución». En *Nuevos folios de bioética*. Escuela de Medicina. Universidad de Chile, N° 5. Agosto de 2011, p. 13.

⁴³ LACADENA, Juan-Ramón. «Bioética y biología». En *Investigación en bioética*. Madrid: Dykinson, Universidad Rey Juan Carlos, 2012, pp. 271-278.

⁴⁴ BONAMIGO. *Op. cit.*, p. 330.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 189.

⁴⁶ HOTTOIS, Gilbert. *¿Qué es la bioética?* Bogotá: Universidad del Bosque, 2007, pp. 20-21.

seres vivos, especies y ecosistemas afectados, biodiversidad, desarrollo sostenible, principio de precaución y desequilibrios de la biosfera; también se relaciona con la asignación de recursos escasos que causan perturbaciones a seres humanos y a la naturaleza. Adicionalmente, Hottois⁴⁷ plantea que la tecnociencia, con su capacidad de producir importantes alteraciones al entorno natural mediante la industria y el consumo, también puede aportar a la administración de la naturaleza un enfoque de precaución y prudencia.

Los ejes enunciados por los autores anteriores concuerdan con Neira⁴⁸, cuando afirma que para América Latina los principales retos bioéticos se relacionan con los problemas ambientales y de pobreza en la región. El agotamiento de la capa de ozono, la contaminación, la construcción de grandes proyectos hidráulicos, la deforestación, la instrumentalización de la naturaleza, el maltrato animal, en muchos casos desbordan las fronteras nacionales e impactan a las personas más vulnerables.

La producción de discursos bioéticos acerca de los peligros y las amenazas sobre el ambiente, el ser humano y su cuerpo adquieren prioridad en la sociedad del riesgo. La toma de decisiones basada en el principio de precaución demanda tener en cuenta el riesgo:

...sin hipocresías como una forma de vida y a aprender a dirimir si los riesgos están en la modificación tecnológica incontrolada de la naturaleza o en la incapacidad cultural —ideas, valores y creencias— para encarar el diseño de nuevas realidades sociales y tecnológicas. Con frecuencia la primera opción

sirve para liberar responsabilidades y asignar culpabilidades *ad hoc*. Al medir el riesgo ambiental en términos de objetividad, propiedades medibles y prescripciones para la gestión exclusivamente, los adelantos y aplicaciones tecnocientíficas crean las condiciones de su propia irresponsabilidad⁴⁹.

Tomás y Garrido⁵⁰ sustenta la necesidad de usar el principio de precaución en la bioética para la toma de decisiones en conflictos, por la conveniencia de reforzar la actitud prudencial y de cautela, de tal manera que las limitaciones ante un problema permitan establecer y mostrar los significados de los datos y sus aplicaciones.

El principio de precaución interacciona con «la bioética, a [sic] ética del medio ambiente y a la teoría del desarrollo sostenible, como un concepto central para el replanteamiento de la idea de progreso en la modernidad avanzada. La teoría de la precaución no solo incluye la perspectiva “negativa” de la reducción de riesgos, sino que básicamente propone una nueva relación responsable del hombre con la naturaleza y la tecnociencia»⁵¹.

El principio de precaución es apropiado para la producción de discursos bioéticos, ya que es una respuesta para proteger la salud humana y el medio ambiente por las incertidumbres derivadas del «doble origen de los

⁴⁷ _____. «Cultura tecnocientífica y medio ambiente. La biodiversidad en el tecnocosmos». En: *Bioética y medio ambiente*. Colección Bios y Ethos. 2.ª ed. Bogotá: Universidad El Bosque, 2005, p. 28.

⁴⁸ NEIRA, Hernán. «América Latina y Bioética». En TEALDI. *Op. cit.*, pp. 156-157.

⁴⁹ BUXÓ REY, María Jesús. «Bioética y ecología: Perspectivas de contraste ante el riesgo ecológico». En *Riesgo y precaución: Pasos hacia una bioética ambiental*. Barcelona: Publicación de la residencia de investigadores, Seminario 29 de mayo de 2003, p. 14.

⁵⁰ TOMÁS Y GARRIDO, Gloria María. «El principio de precaución en Bioética». 2004. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de junio de 2014]. Disponible en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/42/40/>

⁵¹ ALCOBERRO, Ramón. «Vorsorgenprinzip: El significado del principio de precaución». *Filosofía i pensament*. [En línea]. [Fecha de consulta 17 de noviembre de 2013]. Disponible en <http://www.alcoberro.info/V1/tecnoetica3.htm>.

problemas bioéticos: la I&D tecnocientíficos y el multiculturalismo»⁵².

El principio de precaución apoya los problemas bioéticos del multiculturalismo, debido a que esta se «remite a la diversidad de tradiciones religiosas, filosóficas y morales así como la diversidad de los intereses particulares pero también a la inequidad y a la “asincronía” que caracterizan a numerosas regiones del mundo»⁵³. El principio de precaución utiliza criterios que establecen un grado de protección a las comunidades humanas, biológicas y ecosistemas estratégicos del área de influencia de los proyectos o actividades. El enfoque de precaución es cauteloso en su relación con la salud humana y el medio ambiente. El principio de precaución en sus metodologías de toma de decisiones, se basa en la deliberación, el pluralismo y el reconocimiento de la diversidad de contextos culturales, lo cual se presenta a menudo en la construcción de grandes proyectos. También, la prudencia se requiere en la toma de decisiones, debido a que las metodologías y técnicas científicas son insuficientes para anticiparse a impactos potencialmente irreversibles y catastróficos. El principio de precaución se orienta a explorar el futuro y buscar alternativas de anticipación, que lo llevan a preocuparse por la equidad intergeneracional e interespecífica.

Hottois⁵⁴ y la Unesco y Comest⁵⁵ señalan que la tecnociencia se caracteriza por su capacidad de manipular, alterar radicalmente la naturaleza humana y el entorno natural, con consecuencias imprevisibles y catastróficas. Por lo tanto, se requiere acudir a la prudencia para interco-

nectar estos conocimientos con las acciones. Asimismo, el principio de precaución considera que las decisiones están en función de los grados de riesgo e incertidumbre, según las evidencias científicas y las relaciones complejas de retroalimentación entre el diseño de políticas y los hallazgos científicos.

O’Riordan y Jordan⁵⁶ afirman que el principio de precaución en la toma de decisiones políticas de protección del medioambiente a nivel intrageneracional e intergeneracional, debe anticiparse a la certidumbre científica. Dicha idea lleva implícito el cuidado de los seres humanos, sus descendientes y los procesos que posibilitan la vida. Por su parte, Bonamigo⁵⁷ expresa que el principio de precaución tiene vital importancia para las generaciones futuras, dado que su aplicación evita las consecuencias imprevisibles de efectos negativos que se pretenden evitar; en tal sentido, se cuenta con criterios para gestionar los riesgos potenciales que permitan contar con tecnologías más limpias y seguras para las presentes y futuras generaciones.

2.5 IMPACTOS AMBIENTALES Y CONFLICTOS ÉTICOS EN LA PRODUCCIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA

Las principales fuentes de producción de energía eléctrica son de origen hidráulico y térmico. Para este artículo se excluye la energía nuclear, debido a que hay gran cantidad de literatura que ha investigado esta fuente de energía desde el principio de precaución y, además, en América Latina su importancia es residual.

⁵² HOTTOIS. *Op. cit.*, p. 27.

⁵³ *Ibid.*, p. 27.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 27.

⁵⁵ UNESCO y COMEST. *Op. cit.*, pp. 27-28. .

⁵⁶ O’RIORDAN T y JORDAN. *Op. cit.*, p. 192.

⁵⁷ BONAMIGO. *Op. cit.*, p. 334.

Pittman⁵⁸ y Giménez⁵⁹ plantean que las centrales eléctricas basadas en combustibles fósiles provocan emisiones atmosféricas locales y globales⁶⁰. Los elevados niveles de óxidos de nitrógeno, cloro-fluoro-carbonados (CFC) y el monóxido de carbono, contribuyen a la destrucción de la capa de ozono, lo que causa efectos como el cáncer de piel. Los óxidos de azufre y nitrógeno provocan la lluvia ácida, que afecta los bosques, los cultivos, y ocasionan problemas respiratorios en las personas. El dióxido de carbono y el metano, intervienen en el calentamiento global, afectan negativamente los cultivos agrícolas y causan, entre otros daños, el derretimiento de los casquetes polares. En general, las emisiones de compuestos como azufre, nitrógeno, cenizas, metano, dióxido y monóxido de carbono, cloro-fluoro-carbonados (CFC), en concentraciones excesivas en el aire, pueden generar graves problemas en la salud humana, como afecciones pulmonares, cáncer y problemas genéticos.

Los grandes proyectos de generación hidráulica producen impactos ambientales negativos de difícil mitigación y remediación en el largo plazo⁶¹. Los principales impactos que identi-

fican Guevara⁶² y el Departamento Nacional de Planeación (DNP)⁶³, son: 1) el anegamiento de ecosistemas estratégicos y relocalización de comunidades vulnerables como campesinos, indígenas y afrodescendientes⁶⁴; 2) las altas tasas de colonización en el área de influencia del proyecto, que generan importantes conflictos socioeconómicos y culturales para la región; 3) aumento de la presión sobre el suelo agropecuario y ocupación de espacios no urbanizables; 4) procesos de deforestación que contribuyen al cambio climático⁶⁵, pérdida de material genético y biomasa; 5) pérdida de flora y fauna; 6) disminución de caudales ecológicos y eutrofización del agua⁶⁶ que afecta la supervivencia de comunida-

en los patrones de turbulencia del agua, así como el nivel de oxigenación; iv) bloqueo en la migración de los peces y las zonas de cría de los insectos que sirven de alimentos a los peces y otros organismos; v) cambios potenciales en la salinidad del agua debido al estancamiento de agua dulce, cuyo objetivo es combinarse con agua salada. En McMANUS, Neil. «Generación de energía hidroeléctrica». En *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo*. Capítulo 76: Producción y distribución de energía eléctrica, p. 76.

⁵⁸ PITTMAN, Alexander C. *Problemas para la salud pública y el medio ambiente*. En *Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el trabajo*. Producción y distribución de energía eléctrica: Industrias basadas en Recursos Naturales. Vol. III. Capítulo 76, 3.a ed. OIT. 2001, pp. 76.17-76.18.

⁵⁹ GIMÉNEZ, Marcelo. «Impacto ambiental de las distintas fuentes de generación eléctrica». [En línea]. [Fecha de consulta 12 de junio de 2014]. Disponible en http://www2.cab.cnea.gov.ar/divulgacion/seguridad/m_seguridad_f6.html.

⁶⁰ La producción de electricidad basada en combustibles fósiles es una de las fuentes generadoras de impactos con emisiones atmosféricas locales y gases efecto invernadero, representa el 41 % de la energía total a nivel mundial, relacionada con las emisiones de CO₂. En BLYTH, William. *The economics of transition in the Power Sector*. Paper. INTERNATIONAL ENERGY AGENCY. Paris, Francia, 2010. p. 5.

⁶¹ En términos más específicos, algunos impactos ambientales derivados de los grandes proyectos de generación hidráulica son: i) lixiviación de metales por la inundación de grandes áreas de tierra y roca con agua ácida; ii) bioacumulación de mercurio en los peces capturados en las presas; iii) importantes alteraciones

⁶² GUEVARA, Mesías. «Proyecto de Ley 1161 de 2011». Lima: Congreso de la República, Radicado 8 de Mayo de 2012, pp. 2-3.

⁶³ COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. «Estrategias para el mejoramiento de la gestión ambiental en el sector eléctrico». Documento Conpes 3120. Junio 13 de 2001. p. 3.

⁶⁴ El reasentamiento de comunidades por el anegamiento del embalse ha implicado una reubicación mundial, entre 40-80 millones de personas, generado empobrecimiento y grandes sufrimientos en la comunidad afectada. Se evidencian importantes impactos para millones de personas aguas abajo de la represa. En COMISION MUNDIAL DE REPRESAS. *Represas y desarrollo: Un nuevo marco para la toma de decisiones*. El reporte final de la Comisión Mundial de Represas, 2000, p. 106.

⁶⁵ Los embalses emiten gases efecto invernadero, especialmente dióxido de carbono y metano, por vegetación en estado de putrefacción y entrada de carbono de la cuenca. En algunos casos, las emisiones brutas son diez veces menores que la alternativa de un proyecto de generación térmica, pero en algunos casos, el valor de dichas emisiones puede ser mayor que las relacionadas con una central térmica. En COMISION MUNDIAL DE REPRESAS. *Represas y desarrollo: Un nuevo marco para la toma de decisiones*. El reporte final de la Comisión Mundial de Represas, 2000, pp. 77-78.

⁶⁶ Se estima que se pierde entre 0,5 - 1 % de capacidad de almacenamiento de agua dulce por ausencia de control de la sedimentación, especialmente en países en desarrollo donde se presentan tasas más elevadas de sedimentación. En COMISION

des humanas e hidrobiológicas; 7) los túneles de desvío y aliviaderos generan afectaciones paisajísticas y topográficas, con la correspondiente pérdida de capital natural del país.

Derivado de estas problemáticas ambientales, Bérubé y Villeneuve⁶⁷ señalan que los proyectos de generación de energía presentan conflictos éticos y no pueden reducirse exclusivamente al cumplimiento de normas legales. En las últimas décadas, se ha presentado gran controversia y debate sobre los grandes proyectos de producción de energía, debido a los impactos ambientales ya reseñados. Las diversas posiciones de los *stakeholders*, a menudo están en conflicto, en cuanto a la legitimidad y justificación de estos proyectos, es decir, se presentan sistemas de valores contrapuestos, en especial, en cuanto a la comprensión que tienen estos grupos de su relación con la naturaleza y los otros seres humanos, la concepción de desarrollo, la distribución de riqueza, los derechos de las comunidades afectadas, la relaciones entre minorías y mayorías, y la distribución del poder en la toma de decisiones.

Siguiendo las ideas de Escobar⁶⁸, el conflicto ético se expresa en la tensión existente entre el *ethos* epistemológico que reivindica la objetividad, el rigor y la confianza en la tecnociencia, *versus* el *ethos* ético que propugna por la protección de las comunidades humanas y biológicas, y se interesa en la opinión de los *stakeholders* vulnerables, afectados por los proyectos de generación.

MUNDIAL DE REPRESAS. *Represas y desarrollo: Un nuevo marco para la toma de decisiones*. El reporte final de la Comisión Mundial de Represas, 2000, p. 16.

⁶⁷ BÉRUBÉ, G. y VILLENEUVE, F. «Ethical dilemmas and the decision-making process. Is a consensus realistic?». *Energy Policy* 30 (2002), p. 1285.

⁶⁸ ESCOBAR TRIANA, Jaime. «¿Por qué someter una investigación a un análisis ético y bioético?». Bogotá: Encuentro Diálogo Nacional sobre Ética de la Investigación. Presentación diapositivas, 2013.

Este planteamiento de Escobar se puede complementar con la ética dialógica, comunicativa o discursiva de Apel y Habermas. Cortina⁶⁹ señala que esta propuesta ética, puede ser apropiada en los procesos de diálogo con las comunidades vulnerables, ya que se busca un acuerdo entre las partes interesadas, sobre cuáles son las normas morales correctas y, además, que se tenga la convicción sobre ellas. Se reconoce una racionalidad comunicativa, que considera a los afectados por un proyecto como interlocutores legítimos para exponer sus intereses y para tenerlos en cuenta en la decisión final. También emerge una racionalidad estratégica, que ve los interlocutores como medios para sus propios fines, que busca ganar mediante jugadas inteligentes que maximicen el beneficio. El reto de esta perspectiva, en los proyectos de generación de energía eléctrica, es compatibilizar la racionalidad que reconoce las expectativas de los vulnerables como interlocutores válidos, y la otra, que reivindica la necesidad de contar con estrategias exitosas que materialicen las políticas, programas, planes y proyectos de la producción de energía eléctrica.

Kimmins⁷⁰, en las cuestiones energéticas, identifica un conflicto ético fundamental y lo expresa como pregunta: ¿cómo se pueden equilibrar los costos sociales de corto plazo asumidos en gran parte por los pobres y los países en desarrollo (costos que pueden en el futuro inmediato aumentar las disparidades entre ricos y pobres), frente a los beneficios a largo plazo de avanzar hacia una sociedad sostenible y proteger el medio ambiente global?

⁶⁹ CORTINA, Adela. *Ética de la empresa: Claves para una nueva cultura empresarial*. Madrid: Trotta, 1994, p. 31.

⁷⁰ KIMMINS, J. P. *The ethics of energy: a framework for action*. Unesco, 2001, pp. 32-33.

La International Energy Agency (IEA)^{71, 72} señala varios conflictos éticos esenciales para la producción de energía eléctrica, entre los cuales vale la pena mencionar:

- 1) La protección de la naturaleza *versus* la satisfacción de necesidades humanas esenciales. La electricidad es un servicio esencial en la lucha contra la pobreza, y se considera una prestación básica que se debe suministrar a bajo costo en condiciones adecuadas de calidad y continuidad. Esta necesidad básica se debe balancear con los impactos ambientales de los grandes proyectos de generación. Los impactos acumulativos y sinérgicos son los más significativos, y pueden producir daños irreversibles y catastróficos sobre los ecosistemas y comunidades humanas. El comportamiento de dichos impactos genera altas incertidumbres en relación al conocimiento científico disponible.
- 2) Conociendo que ambas fuentes producen impactos y riesgos ambientales significativos, ¿cuál fuente de producción de energía es preferible: la hidroelectricidad o la generación térmica? Entran en juego también las energías renovables con menores impactos ambientales, pero con desventajas significativas en precio y factores de disponibilidad.
- 3) En algunos proyectos hidroeléctricos es altamente complejo evitar pérdidas culturales, arqueológicas, históricas, emo-

cionales y estéticas. ¿Cómo se pueden compensar esas pérdidas que no son cuantificables? ¿Cómo se puede determinar el grado de afectación de la población desplazada, particularmente cuando su cultura y su capacidad para sobrevivir están amenazadas?

- 4) ¿Qué opción se debe preferir: generación térmica basada en gas o las centrales hidráulicas? Sí bien es cierto, las primeras minimizan los impactos sociales locales, producen mayores impactos ambientales globales.

2.6 ASPECTOS QUE JUSTIFICAN LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN EN LA PRODUCCIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA

Audouze⁷³ señala que en las cuestiones éticas relacionadas con la oferta de energía, juega un papel esencial el principio de precaución, debido a la gran incertidumbre con respecto a las predicciones relacionadas a la observación científica o a los tipos de pronóstico que conduzcan al desarrollo de escenarios energéticos, para lo cual se deben adoptar medidas para prevenir los eventos negativos de naturaleza irreparable.

El estudio de Audouze⁷⁴ propone un acceso equitativo a los recursos energéticos de los más vulnerables, además de una explotación racional de dichos recursos y adoptar el principio de precaución para evitar un rápido incremento de las emisiones de CO₂. Así mismo, señala que los problemas energéticos deben tener una perspectiva humana.

⁷¹ INTERNATIONAL ENERGY AGENCY (IEA). *Implementing agreement for hydropower technologies and programmes. IEA technical report: hydropower and the environment: present context and guidelines for future action*, Vol. II, chapter 5 "Ethical Considerations", 2000, pp 112-116.

⁷² El estudio de la IEA identifica dilemas éticos con énfasis en la generación hidráulica que, en general, también involucran la generación térmica.

⁷³ AUDOUZE, J. *The ethics of energy. Unesco. World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology*. Abstract, Introduction. 1997.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 30.

El principio de precaución adquiere especial relevancia en la producción de energía eléctrica, dado que la mezcla de tecnologías futuras puede apoyarse en decisiones previas, que apliquen el precepto de «tener la razón en el momento justo, que tener la razón, cuando es tarde»⁷⁵. Asimismo, permite la conservación y/o protección de los recursos naturales potencialmente comprometidos, y la minimización de los impactos derivados de la actividad de generación de energía eléctrica.

Se debe tener en cuenta que las instalaciones eléctricas provocan, en muchos casos, efectos complejos sobre la salud o el medio ambiente, por las importantes «zonas grises» o de ignorancia residual, especialmente en: a) las relaciones causa-efecto derivadas de las interacciones tecnológicas con daños esperados sobre los ecosistemas y la salud humana, y b) el nivel de irreversibilidad y gravedad de los daños.

Las principales «zonas grises» en las relaciones causa-efecto de los proyectos de generación de energía eléctrica, como se citó, se relacionan con los impactos acumulativos y sinérgicos⁷⁶.

Una conclusión acerca de los grandes proyectos de generación hidráulica es que «...contrario a la concepción de energía renovable y limpia ambientalmente, un proyecto de central hidroeléctrica con embalse es el que más impactos potenciales tiene. La inundación de una

zona para construir un embalse modifica el ecosistema de forma irreparable...»⁷⁷.

Es muy importante la evaluación de los impactos acumulativos sobre los ecosistemas ya que se presentan «...cambios que inducen las represas y otras opciones en toda la longitud del río hasta llegar al delta mismo, incluso cuando se penetra en provincias o países contiguos...»⁷⁸, y afectan las comunidades ribereñas. En algunos casos, son inevitables algunos impactos en «especies amenazadas o en peligro de extinción, después de agotar otras opciones...», se deben establecer planes de compensación.

El mundo tiene más de 50.000 centrales térmicas a base de carbón. Los tomadores de decisiones de este tipo de instalaciones deben guiarse por el principio de precaución, debido a los impactos acumulativos de largo plazo que generan los contaminantes referidos anteriormente. En las centrales térmicas cobra mayor relevancia la aplicación del enfoque de precaución, máxime cuando el Informe del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), de septiembre de 2013, señala que hay 95 % de certeza que en el calentamiento global hay incidencia humana, especialmente desde 1951.

Vásquez, Noriega y López⁷⁹ y Pittman⁸⁰ señalan que, para cualquier fuente de generación de energía, un riesgo ambiental típico que jus-

⁷⁵ Este planteamiento está apoyado en la definición clásica del principio de precaución que hizo la Declaración de Río, de 1992, sobre el medio ambiente y el desarrollo

⁷⁶ Los impactos acumulativos se asocian con el aumento de los efectos debido a que persisten las causas originadas por las acciones de proyectos pasados, actuales y por venir, y los impactos sinérgicos se asocian con efectos amplificados derivados de una acumulación de causas. En: ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GENERACIÓN (ACOLGEN). Impactos acumulativos en proyectos de generación de energía. Presentación de diapositivas. Mayo 8 de 2012.

⁷⁷ ALDANA MILLÁN, Andrés. *Análisis crítico de la evaluación de impacto ambiental en el sector eléctrico colombiano y propuestas de mejora*. Tesis de grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Ingeniería eléctrica, 2012, p. 201

⁷⁸ COMISION MUNDIAL DE REPRESAS. [CMR]. *Represas y desarrollo: Un nuevo marco para la toma de decisiones. El reporte final de la Comisión Mundial de Represas*. 2000, pp. 240, 242.

⁷⁹ VÁZQUEZ LEYVA, Gabriela; NORIEGA ELIO, Mariano y LÓPEZ ARELLANO, Oliva. «La producción de energía eléctrica y la salud de los trabajadores». *Salud de los trabajadores*. Vol. 13. N° 1. Enero-junio, 2005, p. 20.

⁸⁰ PITTMAN, Alexander C. *Op. cit.*, p. 76.18.

tifica el enfoque de precaución es el efecto de los campos electromagnéticos sobre la salud de los trabajadores en las centrales eléctricas. Se ha observado una mayor incidencia de ciertos tipos de cáncer como leucemia, cáncer de mama, próstata o cánceres cerebrales, cambios en el sistema circulatorio, sistema nervioso, riesgos de enfermar de demencia senil y enfermedad neuromotora. También, algunas investigaciones encuentran mayores tasas de accidentalidad de los trabajadores expuestos a los campos electromagnéticos con respecto a los no expuestos. Sin embargo, los resultados no son concluyentes, la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, señala que no hay suficiente evidencia de la causalidad de los campos eléctricos y magnéticos en la salud humana.

La carga de la prueba recae sobre las empresas generadoras de energía, y la información divulgada debe ser transparente y responsable con las comunidades. Igualmente, las medidas de precaución deben guardar proporcionalidad en cuanto al balance de beneficios, riesgos y costos, apoyados en evaluaciones sociales y ambientales de los proyectos. Los grandes proyectos de generación se han caracterizado por una mirada técnica en el diseño de los planes de manejo ambiental, con desconocimiento de las estrategias de precaución y los aspectos bioéticos que se pueden extraer del principio de precaución como la equidad, la solidaridad, la vulnerabilidad, entre otros, que complementen el diseño de dichos planes.

El principio de precaución no solo puede, sino que debe utilizarse en el discurso bioético para la solución de conflictos éticos, como los que se presentan en la producción de energía eléctrica, por las razones siguientes:

1) la proporcionalidad que se debe tener con respecto al nivel de protección requerido de las comunidades humanas, biológicas y eco-

systemas estratégicos; 2) las decisiones que se toman favorecen la cautela, en relación con la salud de las personas y el medio ambiente; 3) las decisiones son democráticas, deliberativas y plurales, incluyen a las comunidades vulnerables y están en función de los grados de riesgo e incertidumbre de las evidencias tecnocientíficas; 4) las políticas energéticas están retroalimentadas por los hallazgos científicos; 5) el reconocimiento de la diversidad de contextos culturales; 6) la equidad en las generaciones futuras y entre estas, mediante la protección contra los daños graves e irreversibles; 7) las estrategias de gestión ambiental hacen énfasis en la prevención de la contaminación y su eficacia está basada en la experimentación y la adaptación, ya que reconoce sistemas socio-naturales complejos cuyas dinámicas a menudo se caracterizan por alcanzar umbrales que no tienen semejanzas con lo ocurrido en el pasado; 8) la categoría de capital natural crítico tiene relación con estas dinámicas, ya que desempeña funciones ambientales que no son sustituibles por otros componentes ambientales u otros capitales; 9) el análisis costo-beneficio⁸¹ es un punto de apoyo importante, cuando es viable aplicarlo, pero también usa métodos de análisis como la valoración multicriterio, que se basa en un proceso participativo de los grupos de interés, como método para la toma de decisiones en un contexto de sistemas de valores diversos.

2.7 ALGUNOS CASOS EMBLEMÁTICOS DE GENERACIÓN DE ENERGÍA RELACIONADOS CON EL PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN

El Observatorio de Conflictos Ambientales (OCA)⁸² de Manizales (Colombia), documenta

⁸¹ Por ejemplo, en temas de conservación de biodiversidad, la técnica costo-beneficio puede subvalorar especies en extinción.

⁸² OBSERVATORIO DE CONFLICTOS AMBIENTALES (OCA). «El derecho de una región al agua: Un conflicto ambiental. Tránsito del Río Guarín al Río la Miel». En *Manizales, Publicación* N° 1,

un caso relacionado con el enfoque de precaución en la producción de energía. Se trata del proyecto de ampliación de la capacidad en 60 Mw de la central hidroeléctrica Miel I de Colombia que opera desde el año 2002 con una capacidad instalada de 396 Mw. Se trasvasa del río Guarinó al río Miel un caudal de 29 metros cúbicos por segundo, para mejorar la rentabilidad del proyecto. Las características del proyecto, pueden producir daños graves a los ecosistemas de su área de influencia en forma permanente, debido a la disminución de los caudales ecológicos.

El OCA⁸³ dice que el proyecto citado, provoca impactos en la fauna y la flora, los niveles freáticos, la calidad y temperatura del agua que abastece los acueductos; se disminuyen las aguas superficiales por procesos de infiltración hacia el túnel de trasvase, con peligro para los ríos Doña Juana, Pontoná y otros acuíferos, así como el acueducto de Victoria. Se presentan cambios físico-bióticos, y aumento de la sedimentación aguas abajo del trasvase. La contaminación afecta un área de 50 km alrededor de La Dorada. El proyecto está amenazando humedales como la Laguna del Silencio (Mariquita) y La Charca de Guarinocito (La Dorada).

Según el OCA⁸⁴, el organismo ambiental de Colombia, al parecer, está violando el principio de precaución en cuanto al predominio de intereses particulares sobre los colectivos, la falta de consulta a comunidades negras, y las políticas ambientales en cuanto a prioridades en los usos del agua.

Los proyectos hidroeléctricos Urrá I y II, en el noroccidente de Colombia, han afectado gravemente al pueblo indígena Embera Katío del

Alto Sinú. La construcción de la presa Urrá I, culminó en 1998. Dichas afectaciones han sido corroboradas por los fallos emitidos por la Corte Constitucional de Colombia y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que buscan favorecer la supervivencia e integridad étnica y cultural de este pueblo. El proyecto anegó territorios ancestrales, destruyó patrimonio arqueológico y cultural, y obligó a la relocalización de parte de esta comunidad.

La segunda etapa del proyecto, Urrá II, busca inundar 50.000 hectáreas de selva tropical, con afectación de 3 (tres) ríos del área de influencia de dicha comunidad indígena, con altos riesgos para su supervivencia física y cultural. El Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible de Colombia ha negado la licencia ambiental para la construcción de la segunda etapa del proyecto, por los efectos onerosos sobre la región y las comunidades.

En Perú, se presentó un proyecto de Ley para derogar una norma que considera de interés público la construcción de 20 centrales hidráulicas en la cuenca del Río Marañón, por considerarlo lesivo para las comunidades originarias y nativas de la región y atentar contra el equilibrio ecológico. El proyecto de Ley invoca «el principio de precaución, prevención y atención de los desastres, antes de la ocurrencia de la depredación de la biodiversidad»⁸⁵.

Un caso ilustrativo, relacionado con el principio de precaución en la generación térmica, se presentó en Australia y es comentado por Fisher⁸⁶. Greenpeace, en un proceso jurídico contra la empresa RedBank Power Company, que buscaba construir una Central eléctrica

marzo, 2008, pp. 33-34, 66.

⁸³ *Ibid.*, pp. 83-106.

⁸⁴ *Ibid.*, pp. 223-228.

⁸⁵ GUEVARA, Mesías. *Proyecto de Ley 1161 de 2011*. Lima, Radicado 8 de mayo de 2012, p. 5.

⁸⁶ FISHER, Elizabeth. «*Risk Regulation and Administrative Constitutionalism*». Oxford and Portland Oregon. Hart America. Hart Publishing. North America. 2007, p. 143.

de carbón con tecnología de lecho fluidizado, invocó el principio de precaución por la emisión de gases efecto invernadero de la planta eléctrica. Lo esencial en este proceso fue que el tribunal adujo que los tomadores de decisiones deben ser cautelosos, y que debía adoptarse un enfoque precautorio en la evaluación de los factores apropiados que permitan establecer si procede o no el consentimiento.

Para el caso de China, Sung⁸⁷ afirma que aproximadamente el 70 % de las fuentes primarias de energía en China provienen del carbón, y cerca de la mitad es demandada por el sector eléctrico, mientras que el consumo restante es demandado por el sector industrial. Por lo tanto, no es sorprendente que desde el año 2007 China sea el mayor emisor mundial de gases efecto invernadero. Las autoridades en China han impulsado políticas que estimulan la construcción de centrales eléctricas de gran escala basadas en carbón. Estas prioridades de política energética, para estimular el crecimiento económico, obedecen a que el carbón es un combustible de bajo costo y de gran abundancia, cuyas reservas ascienden al 17 % del total mundial. El autor opina que un instrumento apropiado para aplicar el principio de precaución que permita anticiparse a los potenciales daños irreversibles del calentamiento global, es adoptar una política de carbón limpio, mediante la tecnología de captura y secuestro de carbono⁸⁸.

La propuesta de Sung puede presentar serios problemas económicos, debido a que implementar esta alternativa incrementa los costos de las centrales de generación convencionales del 40 % al 80 %.

⁸⁷ SUNG, Shufan. «Coal-fired China: Rethink the Precautionary Principle». En Taiwan. Golden Gate University School of Law, *Essays*. pp. 1-6.

⁸⁸ Consiste en capturar el CO₂ derivado de la quema de combustibles fósiles y almacenarlo bajo el mar o en la superficie de la tierra.

2.8 PRINCIPALES FACTORES DE ÉXITO PARA LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN EN LA PRODUCCIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA

La aplicación exitosa del principio de precaución está en función de los conflictos éticos ya citados, como la protección de la naturaleza, versus la satisfacción de necesidades humanas; las preferencias entre fuentes de producción de hidroelectricidad, versus las basadas en combustibles fósiles; la construcción de grandes proyectos, versus las pérdidas culturales, arqueológicas, históricas, emocionales y estéticas incluida la reubicación de poblaciones vulnerables que frecuentemente ven amenazadas su capacidad para sobrevivir.

Estos conflictos éticos tienen estrecha relación con el riesgo y la prevención, y no se pueden reducir simplemente a cuestiones técnicas y económicas, sino que tienen carácter ético, pues si se presentan indicios de daño irreversible, se impone una actitud prudente de anticipación, para evitar consecuencias catastróficas. También es frecuente que dicho principio se ponga en tensión con la suficiencia financiera y el equilibrio económico, como el caso propuesto por Sung para China.

Rodríguez⁸⁹ propone que para facilitar la aplicación del principio de precaución en el otorgamiento de licencias ambientales para proyectos de generación, se deben tener en cuenta: 1.º estudios de implicaciones sociales, económicas, ambientales y culturales que garanticen la calidad de la evaluación y la protección ambiental; 2.º asunción de responsabilidades claras en el proceso de otorgamiento de la licencia; 3.º

⁸⁹ RODRÍGUEZ, Gloria Amparo. «Las licencias ambientales y su proceso de reglamentación en Colombia». En *Foro Nacional Ambiental*. Universidad del Rosario. Bogotá, mayo, 2011, pp. 13-15.

las metodologías de valoración no se pueden reducir a los impactos sobre el medio biótico, abiótico y socioeconómico, sino que se debe extender a valoraciones sociales y culturales, que incluyan las formas de compensación, cuando los impactos no puedan prevenirse o mitigarse; 4.º para evitar futuros conflictos, se deben incorporar procesos previos al otorgamiento de la licencia, en los cuales haya participación de las comunidades; 5.º el control y seguimiento de los proyectos, debe tener en cuenta visitas intempestivas para evitar futuros procesos sancionatorios, y 6.º se debe contar con metodologías para calcular las compensaciones y medir la efectividad y eficiencia de las acciones de cumplimiento de las licencias ambientales.

Con base en el informe de la Comisión Mundial de Represas⁹⁰, para el caso de las centrales hidráulicas, en su implementación el principio de precaución debe tener en cuenta: 1) consentimiento previo, libre e informado de las comunidades afectadas; 2) acuerdos negociados de mitigación, reasentamiento y desarrollo; 3) reparación de los problemas acumulados en las represas actuales; 4) minimización y mitigación de los daños ocasionados en la salud e integridad del sistema fluvial; 5) descargas de caudales ambientalmente apropiados para mantener los ecosistemas aguas abajo, y las comunidades que dependen de esos ecosistemas; 6) evaluación de los impactos sociales, ambientales, de salud y de patrimonio cultural del proyecto.

La Comisión Mundial de Represas⁹¹, plantea que el enfoque de precaución en la generación hidráulica exige formular políticas que mantengan en estado natural los ríos, que por sus importantes funciones ecosistémicas y valores,

mantienen el equilibrio humano y ecológico. También, se busca reconciliar la base de recursos naturales con la diversidad genética, como recurso para el desarrollo humano y el respeto por el valor intrínseco de los ríos.

En el caso de las centrales térmicas, Aguilar y Jordan⁹² proponen que el principio de precaución se puede traducir en programas de acción ambiental, que incorpore estrictos niveles de emisión y técnicas de desulfurización, tal como ocurrió en la Unión Europea, desde la década de los ochenta, a partir de la experiencia Alemana. En Alemania, la preocupación por la lluvia ácida se reflejaba en que la mayoría de la ciudadanía estaba dispuesta a pagar un impuesto a la energía para la protección de bosques.

Hottois⁹³ señala que el principio de precaución invita a una evaluación democrática del uso de las tecnologías, y al suministro de una información transparente relacionada con dicha tecnología. Sin embargo, se presentan limitaciones en su aplicación por las asimetrías de información, pues muchas veces los grupos opositores basan sus cuestionamientos en creencias no verificadas, emociones e imágenes infundadas, inclusive, cuando se han dado evidencias científicas contundentes de los beneficios de la utilización de una tecnología.

Kottow y Carvajal⁹⁴ afirma que la aplicación del principio de precaución, depende de balancear la certeza o incertidumbre de los conocimientos que se tengan, con la intensidad

⁹⁰ COMISION MUNDIAL DE REPRESAS. [CMR]. *Op. cit.*, capítulos 8 y 9.

⁹¹ *Ibid.*, p. 241.

⁹² AGUILAR, Susana y JORDAN, Andrew. «Principio de precaución, políticas públicas y riesgo». En *Revista política y sociedad*. Universidad Complutense de Madrid. Vol. 40. N° 3, 2003, pp. 16-17.

⁹³ HOTTOIS, Gilbert. «Panorama crítico de las éticas del mundo viviente». En *Revista Colombiana de Bioética*. Universidad del Bosque. Vol.1 No 1, enero-junio de 2006, p. 51.

⁹⁴ KOTTOW, Miguel y CARVAJAL, Yuri. *Op. cit.*, p. 13.

y magnitud de los riesgos potenciales, y la evaluación costo-beneficio o multicriterio de las acciones posibles.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Un camino sólido y coherente para justificar el principio de precaución en la producción de discursos bioéticos, es mediante el planteamiento de Hottois, que identifica un doble origen de los problemas bioéticos: la tecnociencia y el multiculturalismo. El poder de la tecnociencia de producir alteraciones significativas en la naturaleza humana y el entorno natural, con consecuencias impredecibles, y la diversidad de contextos culturales en muchas comunidades vulnerables, requiere buscar balances éticos derivados de las tensiones entre la tradición y la innovación. El hombre histórico ha buscado siempre trascender, no renuncia a lo metafísico, es más que biología y psique, y casi siempre la tradición vuelve, está presente, y se impone muchas veces a la innovación, que reclamando progreso, a menudo no es más que deterioro de lo humano; a veces la tradición reclama su historia o lucha por conservar las funciones antropológicas esenciales; ahí reside la necesidad de acudir a la virtud de la prudencia y adoptar medidas de precaución.

Aceptar el camino propuesto por Hottois, transforma el principio de precaución en un aspecto bioético que rodea el campo de conocimiento de la bioética en la solución de problemas ambientales de gran complejidad e incertidumbre. Es decir, va mucho más allá de la bioética principialista, que está extremadamente orientada al ámbito biomédico, tiene la tendencia de buscar principios aceptados por todos, muy de la ética clásica, que propugna por buscar categorías inmutables y universales, a las cuales nuestra razón debe adaptarse, y, en general, tenemos la

obligación moral de actuar conforme a ellas. Además, le gusta el formalismo abstracto, y tiene complicaciones cuando se habla de racionalidad limitada, y se toman decisiones en un ambiente de riesgo impredecible.

Sin embargo, como lo señala Diego Gracia, las personas del común toman decisiones en función de las circunstancias y las consecuencias. Es decir, aceptar el principio de precaución como un aspecto bioético, se constituye en un mediador entre conocimiento y acción, y busca balancear las dimensiones de lo permanente y lo efímero. En este sentido, al aceptar el principio de precaución apoyado en la bioética principialista, se corre el riesgo de reducir dicho principio a un formalismo abstracto, situación altamente contradictoria con lo expuesto a lo largo de este trabajo, en el cual el principio de precaución se fundamenta en la virtud intelectual de la prudencia. La precaución tiene una orientación práctica.

Las grandes centrales eléctricas, en relación con la producción de energía eléctrica, se caracterizan por tener riesgos potenciales con consecuencias irreversibles sobre el medio ambiente y la salud humana. Los proyectos de generación hidráulica con embalse son los que tienen más impactos potenciales, porque la inundación de zonas modifica los ecosistemas de forma irreversible. A su vez, las centrales térmicas generan daños potenciales irreversibles, especialmente los relacionados con el calentamiento global, la lluvia ácida y el adelgazamiento de la capa de ozono.

La aplicación del principio de precaución, como discurso bioético, es pertinente en la generación de energía eléctrica, porque reconoce los riesgos potenciales inciertos y la necesidad de tomar decisiones que defiendan de la mejor manera el bienestar, la salud humana y el medioambiente. El principio, evita tomar decisiones arbitrarias,

puesto identifica los efectos potencialmente negativos, evalúa el riesgo con evidencia científica, estima el grado de incertidumbre y reconoce a las comunidades afectadas por los proyectos.

En regiones como América Latina, cada país debe determinar el riesgo aceptable en relación con el medioambiente y la salud humana, teniendo en cuenta los niveles de protección, el contexto socioeconómico y las prioridades de desarrollo humano.

Una alternativa viable derivada de los conflictos éticos que surgen en la producción de energía eléctrica, puede ser la utilización gradual de tecnologías renovables que equilibren tres variables: 1) la satisfacción de las necesidades básicas; 2) reducción de las desigualdades; y 3) la sostenibilidad ambiental. Lo anterior, no significa renunciar al uso de fuentes tradicionales con los criterios asociados con el principio de precaución.

Un factor crítico para fortalecer la aplicación del principio de precaución es contar con metodologías que tengan en cuenta la sorpresa y eviten administrar el riesgo con irresponsabilidad. Para tal efecto, se requiere: 1) balancear las incertidumbres con las evidencias en las decisiones; 2) complementar el conocimiento científico con otros saberes que «rompan» ciertas formas de pensar, que impiden reflexionar situaciones novedosas, porque una comunidad científica, muchas veces, se ajusta a los métodos y técnicas diseñados para una sociedad industrial, pero insuficientes para afrontar los retos de una sociedad del riesgo.

En tal sentido, las comunidades juegan un papel vital, así como los bioeticistas y políticos que pueden apoyar a la comunidad tecnocientífica, para la solución de problemas que requieren formas de pensar no lineales e inclusive impensables.

El principio de precaución es de evidente aplicación en sectores con potenciales daños graves sobre la salud y el medioambiente. En el caso de la energía, los investigadores han estudiado extensamente el enfoque precautorio en la industria nuclear, pero se requiere profundizar en otros sectores para determinar la conveniencia de su aplicación. El fortalecimiento del principio de precaución en otras actividades energéticas y su incorporación en las políticas públicas, puede facilitar la transición hacia un régimen energético menos dependiente de los combustibles fósiles.

Se acepta lo establecido por Alfredo Marcos, en cuanto a que el enfoque precautorio no se puede aplicar con la interpretación de una «política de miedo» que proponga la paralización de cualquier tecnología, pero también se rechaza la otra postura que sostiene no tenerlo en cuenta en la toma de decisiones. La opción proporcionada y viable, es acudir al camino intermedio, que tenga en cuenta la necesidad de impulsar las energías renovables, garantizar la accesibilidad del suministro a bajo costo, aceptar con cautela la utilización de tecnologías de gran escala, sin excluir criterios de responsabilidad fiscal estatal, y la suficiencia financiera de los proyectos.

Los conflictos éticos deben buscar un balance de los intereses en conflicto. Una alternativa, es acudir a la racionalidad comunicativa que considera los grupos afectados y más vulnerables por los proyectos de generación, como interlocutores válidos tenidos en cuenta en las decisiones finales, cuya expresión organizativa se plasma en la conformación de comités de bioética.

La racionalidad estratégica se debe aplicar exclusivamente en la lógica técnicoeconómica y de maximización del valor de la generación de energía, evitando trasladar esta lógica

a diálogos que instrumentalicen los grupos vulnerables. En esta medida, se potencian las posibilidades de implementación del principio de precaución en la actividad de generación de energía eléctrica.

Bibliografía

1. AGUILAR, Susana y JORDAN, Andrew. «Principio de precaución, políticas públicas y riesgo». En *Revista política y sociedad*. Universidad Complutense de Madrid. Vol 40, N° 3, 2003.
2. ALCOBERRO, Ramón. «VORSORGENPRINZIP: El significado del principio de precaución». *Filosofía i pensament*. [En línea]. [Fecha de consulta 17 de noviembre de 2013]. Disponible en <http://www.alcoberro.info/V1/tecnoetica3.htm>
3. ALDANA MILLÁN, Andrés. *Análisis crítico de la evaluación de impacto ambiental en el sector eléctrico colombiano y propuestas de mejora*. Tesis de grado. En Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Ingeniería eléctrica, 2012.
4. ANDORNO, Roberto. «Principio de precaución». En TEALDI, Juan Carlos. Director. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Unesco - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, 2008
5. ARISTÓTELES. «Ética de Nicómaco». Libro Sexto. Capítulo XIII: *De la natural virtud, y de la conexión y hermandad que hay entre las verdaderas virtudes y la prudencia*.
6. AUBENQUE, Pierre. *La prudencia en Aristóteles*. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1999.
7. AUDOUZE J. *The ethics of energy*. Unesco - World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology, 1997.
8. BECK, Ulrich. *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 1998.
9. BELL, Daniel. *El advenimiento de la sociedad post industrial*. Madrid: Alianza Editorial, 1976.
10. BÉRUBÉ, G. y VILLENEUVE, F. «Ethical dilemmas and the decision-making process. Is a consensus realistic?». *Energy Policy* 30 (2002).
11. BLYTH, William. *The economics of transition in the Power Sector*. Paper, INTERNATIONAL ENERGY AGENCY. París, 2010.
12. BONAMIGO, E. L. *El principio de precaución. Un nuevo principio bioético y jurídico*. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. Tesis Doctoral. Director: José Carlos Abellán Salort, 2010.
13. BUXÓ REY, María Jesús. *Bioética y ecología: Perspectivas de contraste ante el riesgo ecológico*. En *Riesgo y precaución: Pasos hacia una bioética ambiental*. Barcelona: Residencia de investigadores, Seminario 29 de mayo de 2003.
14. COLBY, M. E. (1991): «*Environmental Management in Development: The Evolution of Paradigms*». Amsterdam: *Ecological Economics*, 3 (1991) 193-213, Elsevier Science Publishers B.V.
15. COMISION MUNDIAL DE REPRESAS. *Represas y desarrollo: Un nuevo marco para la toma de decisiones. El reporte final de la Comisión Mundial de Represas*, 2000.
16. CORTINA, Adela. *Ética de la empresa: Claves para una nueva cultura empresarial*. Madrid: Trotta, 1994.
17. COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. «*Estrategias para el mejoramiento de la gestión ambiental en el sector eléctrico*». Colombia: Documento Conpes 3120, junio 13 de 2001.
18. ESCOBAR TRIANA, Jaime. «¿Por qué someter una investigación a un análisis ético y bioético?». Bogotá: Encuentro Diálogo Nacional sobre Ética de la Investigación. Presentación diapositivas, 2013.
19. FISHER, Elizabeth. «*Risk Regulation and Administrative Constitutionalism*». Oxford and Portland Oregon: Hart America. Hart Publishing. North America. 2007
20. GARCÍA-GÓMEZ-HERAS, José M. y VELAYOS, Carmen. *Responsabilidad política y medio ambiente*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.
21. GARCIA I HOM, Anna. *Negociar el riesgo*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Tesis Doctoral, 2004.
22. GARCIA-HUIDOBRO, J. «Filosofía y medio ambiente». *Chile: Empresario Cristiano*. Número 13. USEC UNIAPAC, enero 16 de 2006.
23. GIMÉNEZ, Marcelo. «*Impacto ambiental de las distintas fuentes de generación eléctrica*». [En línea]. [Fecha de consulta 12 de junio de 2014]. Disponible en http://www2.cab.cnea.gov.ar/divulgacion/seguridad/mseguridad_f6.html.
24. GRACIA, Diego. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. 2.ª ed. Madrid: Triacastela, 2007.
25. GUEVARA, Mesías. «*Proyecto de Ley 1161 de 2011*». Lima: Congreso de la República, Radicado 8 de mayo de 2012.
26. HOPE J. y HOPE T. «*Competir en la Tercera Ola*». 2.ª ed. Barcelona: Gestión 2000, 1998.
27. HOTTOIS, Gilbert. «*Cultura tecnocientífica y medio ambiente. La biodiversidad en el tecnocosmos*». En *Bioética y medio ambiente*. Colección *Bios y Ethos*, 2.ª ed. Bogotá: Universidad El Bosque, 2005.

28. _____. «Panorama crítico de las éticas del mundo viviente». En *Revista Colombiana de Bioética*, Universidad del Bosque, Vol.1, No 1, enero-junio de 2006.
29. _____. *¿Qué es la bioética?* Bogotá: Universidad del Bosque, 2007.
30. INTERNATIONAL ENERGY AGENCY. *Implementing agreement for hydropower technologies and programmes. IEA technical report: hydropower and the environment: present context and guidelines for future action, vol. II, chapter 5 "Ethical Considerations", 2000.*
31. JARDON, Juan J. «Energía y medio ambiente: Una perspectiva económico-social». México: Plaza y Valdés, 1995.
32. KIMMINS, J.P. *The ethics of energy: a framework for action*. Unesco, 2001.
33. KOTTOW, Miguel y CARVAJAL Yuri. «Bioética y precaución». En *Nuevos folios de bioética*. Escuela de Medicina, Universidad de Chile. N° 5, agosto de 2011.
34. LACADENA, Juan-Ramón. *Bioética y biología. En Investigación en bioética*. Editorial Dykinson. Universidad Rey Juan Carlos, 2012.
35. LÓPEZ, Cristina y SÁNCHEZ Mónica. *Diagnóstico de las centrales termoeléctricas en Colombia y evaluación de alternativas tecnológicas para el cumplimiento de la norma de emisión de fuentes fijas*. Tesis de grado. En Bogotá. Universidad de la Salle. 2007.
36. MARCOS, Alfredo. «Ética ambiental». Valladolid: Universidad de Valladolid, 2001.
37. _____. «Principio de precaución y cambio climático». En Córdoba, S. Menna (Eds.), *Estudios contemporáneos sobre ética*. Universitat. Argentina. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de Junio de 2014]. Disponible en <http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/webMarcos/#artículos>
38. _____. «Principio de precaución: Un enfoque (neo) aristotélico». Universidad de Valladolid. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de junio de 2014]. Disponible en <http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/webMarcos/#artículos>
39. _____. «Prudencia, razón práctica y verdad post-moderna». En Valladolid, Universidad de Valladolid. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de junio de 2014]. Disponible en http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/webMarcos/textos/Prudencia_verdad_practica_razon_postmoderna.pdf
40. McMANUS, Neil. «Generación de energía hidroeléctrica». En *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo*. Capítulo 76: Producción y distribución de energía eléctrica.
41. NEGRAO CALVACANTI, R. «Gestión ambiental». Ponencia, II curso internacional de aspectos geológicos de protección ambiental, Campinas, Brasil, Junio, 2000.
42. NEIRA, Hernán. «América Latina y Bioética». En TEALDI, Juan Carlos. Director. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Unesco - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, 2008.
43. NEWMAN, Mike. «Introduction to Qualitative Research in Is: Hermeneutics». Manchester: Aulberg University, Presentation Power Point, February 9th, 10th 2011.
44. O'RIORDAN T. y JORDAN, A. «El principio de precaución en la política ambiental contemporánea». Publicado en Inglés en: CSERGE (Facultad de Ciencias Ambientales, Universidad de East Anglia, Norwich, Inglaterra). *Environmental Values*, 1995 vol. 4, n° 3.
45. OBSERVATORIO DE CONFLICTOS AMBIENTALES. *El derecho de una región al agua: Un conflicto ambiental. Trasvase del Río Guarinó al Río la Miel*. En Manizales. Publicación N° 1. Marzo, 2008.
46. PITTMAN, Alexander C. «Problemas para la salud pública y el medio ambiente». En *Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el trabajo, Producción y distribución de energía eléctrica: Industrias basadas en Recursos Naturales*. Vol. 3 Capítulo 76. 3.ª ed. Organización Internacional del trabajo, 2001.
47. RAFFENSPERGER, Carolyn y TICKNER, Joel (Edits.). *Protecting Public Health and the Environment. Implementing the Precautionary Principle*. Washington: Island Press.
48. RIECHMANN, Jorge. Introducción: «Un principio para reorientar las relaciones de la humanidad con la biosfera». En RIECHMANN, Jorge y TICKNER, Joel. *El principio de precaución en medio ambiente y salud pública: de las definiciones a la práctica*. Barcelona: Icaria Ediciones, 2002.
49. RODRIGUEZ, Gloria Amparo. «Las licencias ambientales y su proceso de reglamentación en Colombia». En Foro Nacional Ambiental. Universidad del Rosario. Bogotá, mayo de 2011.
50. SUNG, Shufan. «Coal-fired China: Rethink the Precautionary Principle». En Taiwan: Golden Gate University School of Law, Essays.
51. TICKNER, Joel A. «Aplicando el principio de precaución. Un proceso en seis etapas». [En línea]. [Fecha de consulta 12 de junio de 2014]. Disponible en <http://www.daphnia.es/revista/29/articulo/161/>
52. TICKNER, Joel; RAFFENSPERGER, Carolyn y MEYERS, Nancy. *El principio precautorio en acción: Manual*. Red de Ciencia y Salud ambiental. Junio, 1999.
53. TOMAS Y GARRIDO, G.M. «El principio de precaución en Bioética». 2004. [En línea]. [Fecha de

consulta 12 de junio de 2014]. Disponible en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/42/40/>.

54. UNESCO - ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA y COMEST – COMISIÓN MUNDIAL DE ÉTICA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y LA TECNOLOGÍA. *Informe del Grupo de Expertos*

sobre el Principio Precautorio. Paris: 25 de marzo de 2005.

55. VÁZQUEZ LEYVA, Gabriela; NORIEGA ELIO, Mariano y LÓPEZ ARELLANO, Oliva. «La producción de energía eléctrica y la salud de los trabajadores». *Salud de los trabajadores*. Vol. 13 N° 1, enero-junio, 2005.

Aproximación a la posibilidad de una ciudadanía integral desde la autonomía, en perspectiva bioética*

Approach to the possibility of integral citizenship from the autonomy in bioethics perspective

Abordagem para a possibilidade de uma cidadania integral de autonomia, a perspectiva bioética

Nohora Joya Ramírez**

Resumen

La autonomía debe ser optimizada en el contexto de la bioética, para que esta ratifique el desenvolvimiento de los bienes inmateriales de la ética en función de emancipaciones para todos, como ciudadanos que se desenvuelven en entornos y tejidos sociales y comunitarios. Esto implica recuperar los códigos morales, como parte armónica articulada al sistema económico, y de los recursos sociales que tiene la comunidad, sin mitigar la característica vital y trascendental de lo humano, que se defiende en este artículo de reflexión. Aquí se plantea la urgencia de recuperar la autonomía, no como una simple conexión de las categorías como bioética y ciudadanía, sino como un debate académico importante que permita puntos de encuentro y de partida para otras reflexiones, para ir más allá de los discursos y transformar las prácticas no solo en el contexto individual, sino también social y sustentar el estatus en el que la bioética puede ser desarrollada, para finalmente reconstruir una ciudadanía integral posible.

Palabras clave: Bioética, autonomía, ciudadanía, desarrollo integral, derechos civiles, dignidad.

Abstract

Autonomy should be optimized in the context of bioethics' in order to ratify the development of intangible assets of ethics, based on emancipation for all of us as citizens who develop in social and communitarian contexts and nets. This process also involves recovering moral codes as part of harmonic articulation to the economic system, and the community's social resources, without mitigating the vital and crucial feature of the human being that is supported in this reflexive article. In this regard the proposal of this paper suggests the urgent

* Este artículo de reflexión es original, producto de investigación en el Área Bioética y educación, Línea Desarrollo humano, del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Tutora: Constanza Ovalle Gómez, Ph. D., profesora investigadora del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. La autora tiene la responsabilidad del contenido y de la originalidad del documento, entregado el 28 de mayo 2014 y aprobado el 27 de junio de 2014.

** Psicóloga, especialista en Docencia Universitaria, Gerencia en Salud, Investigación Social; magíster en Sociología de la Educación y Bioética. Candidata al doctorado en Bioética. Docente universitaria e investigadora. Correo electrónico: psicojoya@yahoo.com

recovery of autonomy, not only with a simple connection of the proposed categories, but as an important academic debate to allow points and basis for further reflection, beyond the discourses, to transform practices not only in an individual context but also a social context to support the status in which bioethics can be developed, to finally reconstruct a possible comprehensive citizenship.

Key words: bioethics, autonomy, citizenship, comprehensive developing, civil rights, dignity,

Resumo

A autonomia deve ser otimizado no contexto da bioética para o desenvolvimento dos ativos intangíveis de ética ser realizado, baseado em emancipação para todos nos cidadãos estamos empenhados por tecidos sociais e comunitários. Isso também significa recuperar códigos morais como parte harmônica articulado da sistema econômica, e os recursos sociais que a comunidade não tem mitigado a característica crítica de ser humano que é suporte neste artigo reflexivo. Daí a necessidade urgente de recuperar a autonomia, não como um conexão simples das categorias como bioética e cidadania, mas como um debate acadêmico importante de pontos e base para outras reflexões, além dos discursos e práticas transformativas mas não só o âmbito individual, mas também o contexto social e sustentando o estado em que bioética pode ser desenvolvida para finalmente reconstruir uma cidadania integral possível.

Palavras-chave: bioética, autonomia, cidadania, desenvolvimento integral, direitos civis, dignidade.

«Una persona autónoma puede ser un santo o un pecador, un individualista arrasador o un conformista, un líder o un seguidor. Esto lleva a la pregunta de por qué el desarrollo, la preservación y el fortalecimiento de la autonomía son deseables»¹.

GERALD DWORKIN

Introducción

Este artículo es producto de la reflexión que surge a partir de categorías como la autonomía, la bioética y la ciudadanía, en un marco en el que esta última, y aun su ejercicio, se sustenta en la autonomía, pero no como un concepto idealizado, sino en coherencia con la libertad e independencia, para la toma de decisiones de diferente índole en la vida de las personas quienes no están ajenas a los tejidos sociales, en los cuales se hacen partícipes, mediante el ejercicio de la ciudadanía. Pero surgen interrogantes y discusiones al respecto, las cuales generan la necesidad de profundizar sobre estos contenidos tan oportunos al pensamiento

de sociedades postmodernas, como en la que cohabitamos actualmente.

La autonomía es inherente al ejercicio mismo de la ciudadanía: la segunda no se concibe sin la primera. Una de las condiciones para que un ciudadano la ejerza es su autodeterminación, su voluntad. Pero, ¿cómo se logra la autonomía ciudadana cuando pautas como ciudadanía, ética, autonomía, bioética, presentan tanta dispersión conceptual y en el ejercicio de consolidar los conceptos se politizan los más connotados, lo que hace que aparezcan como propios aquellos que mejor se ajustan al tamaño del que ejerce la posición dominante?

En línea de la construcción de una ciudadanía incluyente, forjadora de humanidad, la autonomía puede ser depurada en la bioética a fin de que esta, como capacidad, incida en la trans-

¹ DWORKIN, Gerald. *The concept of Autonomy*. Citado por SARMIENTO, María Inés. *Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo*. Bogotá: Universidad El Bosque, 2009, p. 59.

formación de los bienes de la ética y la moral en libertades concretas para todos, recuperando los códigos morales como parte integral del funcionamiento económico y de los recursos sociales de la comunidad, que la hagan más competitiva globalmente hablando, sin disminuir el carácter vital y principal de lo humano.

Esta tesis se defiende en el artículo, desde el examen básico del concepto de autonomía, a la luz de la Bioética, y la revisión de algunas posiciones de la ciudadanía y la bioética, en relación con la coherencia que exige «el cultivo de la humanidad» planteado por Martha Nussbaum, y la reveladora tesis del «desarrollo como libertad», planteado por Amartya Kumar Sen. Esto implica crear una cultura formativa en función de los aprendizajes, así como de prácticas políticas, sociales y económicas, que den cuenta de un desarrollo sustentado en el ejercicio de la autonomía y de libertades individuales comprometidas con el desarrollo social, desde cualquier campo, como en el caso de la bioética.

1. METODOLOGÍA

Este artículo de reflexión es producto de una revisión documental a la luz de diferentes posturas y postulados teóricos, que permitieron una aproximación a las categorías principales de su contenido, a saber: la autonomía, la bioética y la ciudadanía. Se encontraron algunos elementos que permitieron la discusión y análisis, con la finalidad de establecer la relación congruente entre estas categorías y sus aportes.

2. RESULTADOS

Entiéndase que según la metodología se construye a continuación el desarrollo de la reflexión y aquellos elementos considerados centrales para el desarrollo de una propuesta, que

se intenta incluir en el debate académico de las categorías planteadas.

Antes de entrar a discutir o reflexionar sobre el material disponible, es preciso hacer algunas precisiones respecto de las distinciones que enmarcan el contenido de este documento, lo que permitirá una mejor comprensión y aproximación desde lo epistemológico, y la congruente relación que se pretende establecer entre estos temas que generan multitud de apreciaciones.

2.1 DOS ENFOQUES NECESARIOS PARA ESTABLECER EL CONCEPTO DE BIOÉTICA

El concepto de bioética, de manera general, no puede ser definición de diccionario, no solo por sus antecedentes históricos, sino por las implicaciones epistemológicas y teóricas necesarias para este documento. Este es el elemento etimológico de la palabra bioética: «su composición, de raíz griega, alude a dos magnitudes de notable consideración: *bios* (vida) y *ethos* (ética)»². De aquí se infiere la importancia en su contenido: vida y ética como primeros (¿principios?) rectores y «el propósito, general de la Bioética será lograr la adecuada “relación”, entre esas dos realidades: la vida y la ética; una relación que no sea una yuxtaposición, sino auténtica interacción»³. La pregunta para reflexionar será ¿cómo lograr esa adecuada relación? Y sin responderla se puede pensar que a la bioética se le ha asignado así una enorme tarea. He aquí, parte del porqué de su existencia.

2.1.1 Enfoque desde la «ciencia de la vida» (*bios*): Así fue denominada por Potter: «esencialmente interdisciplinaria y preocupada por la

² OSORIO, Sergio. *Bioética y Pensamiento Complejo: un Puente en Construcción*. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada, 2008, p. 60.

³ *Ibid.*, p. 60.

supervivencia de la especie y por la emergencia de una nueva calidad de vida humana, dentro de unas relaciones sinérgicas con el ecosistema del cual depende»⁴. Al denominarla como «ciencia de la vida», le da un carácter esencial, que para muchos puede ser discutible, pero para este mismo autor se integran a esta los conocimientos biológicos y la cultura de las ciencias naturales. La bioética, caracterizada en las relaciones con el ecosistema, obedece a la necesidad de que el hombre comprenda que el ecosistema no le ofrece recursos inagotables, como se evidencia con las sequías y el efecto invernadero, entre otros problemas, a los cuales el hombre se ve abocado.

Una cuestión clave en la ecología es si el hombre está en mayor peligro de agotar los recursos o de ser aniquilado por el agua y el aire contaminado, con lo cual se plantea el problema de la tecnología y la restricción que sobre esta deba hacerse desde lo moral, económico y jurídico, emprendiendo con ello una nueva forma de lucha y de pensamiento que sin duda obedece a análisis que hoy debemos hacer desde la bioética global⁵.

Las transformaciones que el hombre ha hecho, en su paso por la tierra, han sido tales que desde hace varios años él mismo ha buscado en todos los ámbitos (moral, jurídico, económico, etc.) los medios para frenar la tan nombrada crisis ambiental, y no tener, más adelante, que pensar en sobrevivir.

Otro aporte a la discusión, en un sentido más individual, es la reflexión siguiente: «No es cierto que haya que morir con dignidad, sino vivir con dignidad la muerte»⁶. Aquí encontra-

mos que la bioética, como ciencia de la vida, se integra a la necesaria discusión sobre morir con dignidad o como dice Casanova, «vivir con dignidad la muerte» en procesos tan complejos y polémicos como la eutanasia. La bioética se integra a discusiones donde se involucra como ciencia de la vida, a nivel global y personal, busca también aquellos elementos que dignifican la verdad, la vida y la salud, sin perder de vista que «la dignidad está en el bien, en la verdad, en la vida, en la salud»⁷.

2.1.2 Enfoque ético: Implica, según Potter⁸, que pertenece o se relaciona con los sistemas de valores humanos, y en ese sentido, plantea que la bioética debe servir como un puente entre dos culturas: «la cultura de las ciencias naturales y la cultura de las humanidades, superando así la brecha existente entre ellas»⁹. La bioética, desde su inicio, ha tenido la tarea de reconciliar, en este caso, dos culturas que en muchos sentidos se oponen en sus planteamientos, pero que es preciso comprender la necesidad de su unión, cuando se habla, por un lado, de (*bios*) vida, perteneciente a las ciencias naturales, y (*ethos*) ética, perteneciente a los sistemas de valores enmarcados en las ciencias humanas. Esa unión no es una necesidad caprichosa de los investigadores, porque precisamente los avances tecnológicos, científicos y médicos, entre otros, han involucrado la vida del hombre sobre la tierra, pero es preciso saber sobre cuales sistemas de valores se han producido estos cambios. A este respecto, se encuentra que la bioética, «como tal, pretende ser una herramienta teórica y práctica capaz de dar cuenta de las prácticas humanas que involucren seres vivos y, en particular, seres humanos. O sea, una herramienta

⁴ *Ibid.*, p. 58.

⁵ RODRÍGUEZ, Edna. «Gaia: de la ecología clásica a la ecología profunda». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 7 No.1, p. 36. Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, junio de 2012.

⁶ CASANOVA, Eduardo. «Las dos bioéticas. Salud y Enfermedad». *Cuadernos de Bioética*. Vol. XVIII (2) p. 238. 2007.

⁷ *Ibid.*, p. 238.

⁸ POTTER, V. Citado por ÁLVAREZ, Juan y FERRER, Jorge. *Para fundamentar la bioética: Teorías y Paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2003, p. 61.

⁹ ÁLVAREZ y FERRER. *Op. cit.*, p. 62.

capaz de dar cuenta de la moralidad de tales prácticas, cuando ellas tienen, o pueden tener, efectos significativos irreversibles sobre los seres vivos afectados por tales prácticas»¹⁰.

Es preciso tener en cuenta no solo la noción del presente, como avance para el futuro, sino como se ha mencionado anteriormente, en relación con las posibles consecuencias causadas por determinadas prácticas de uso y abuso de recursos por parte del hombre para futuras generaciones. No solo los filósofos, los investigadores, los médicos y en general los profesionales más cercanos a la bioética deben cuestionar sus acciones, también el hombre común, autónomo y consciente. En esa dirección la bioética, como fuente de reflexión, llega a cada individuo que pertenece, participa y socializa en una comunidad.

La bioética se toma en cuenta a gran escala, cuando se afirma que: «En tanto ética aplicada, asume en el contexto del trabajo de las organizaciones internacionales el papel de un medio o herramienta para orientar y perfeccionar el trabajo técnico; de ser posible, contribuye a deshacer antiguos yerros, corregir prácticas insatisfactorias o inadecuadas y anticipar posibles consecuencias negativas del progreso técnico»¹¹.

En ese sentido, se concluye que estos enfoques necesarios para la construcción del concepto de bioética desde *bios* y *ethos*, determinan un contexto para tener en cuenta y reconocer a la bioética como estrategia, instrumento, ciencia de la vida y ética aplicada que orienta y contribuye a la reflexión sobre las acciones, investigaciones,

avances y prácticas que deben posibilitar la calidad de vida y, por supuesto, del progreso. Adicionalmente, debe posibilitar la concurrencia de ciudadanos autónomos, comprometidos con estas tareas.

2.2 EL PORQUÉ DE UNA VISIÓN BIOÉTICA

Una remembranza sobre la aparición de la bioética, dice que «Durante el amanecer de la bioética, a comienzos de los años 1970, esta disciplina fue concebida como una nueva manera de conocer y encarar el mundo y la vida a partir de la ética»¹². Lo anterior indica que ha existido la constante inquietud desde las ciencias naturales en relación a la vida, y surge también la preocupación y el conflicto ético en los procesos de investigación que afectan directamente a aquellos sujetos investigados. Es claro que «más que interesarse en la salud de la población, la bioética se centró en el bienestar del individuo, en particular en su autonomía»¹³. Puede afirmarse que la preocupación surgió gracias a la consideración de los derechos y dignidad humana, y que Ferrer denomina la humanización de la relación médico-paciente, y dejó de lado problemas de salud de la población en general. Se encuentran elementos que deben ser considerados con agudeza como:

Una reflexión sobre la comprensión del principio de autonomía en la atención en salud nos muestra una posible contradicción, cuando el equipo de salud, tomando en cuenta sus funciones en los diferentes niveles de atención (prevención, promoción, curación y rehabilitación), trata de cambiar estilos de vida, hábitos, costumbres, e incluso tradicio-

¹⁰ KOTTOW, Miguel. Citado por ROLAND, Fermín. «Información y Manipulación: ¿Cómo Proteger Los Seres Vivos Vulnerados? La Propuesta de la Bioética de la Protección». En *Revista Brasileira de Bioética*. 2005, vol. 1 No.1, p. 24.

¹¹ LOLAS, Fernando. «La bioética en el contexto de los programas globales de salud». En *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J public Health*. 1999, vol. 6 No. 1, p. 65.

¹² GARRAFA, Volnei Y OSORIO DE AZAMBUJA, Erig. «Epistemología de la Bioética - Enfoque Latino Americano». En *Revista Colombiana de Bioética*. 2009, vol. 4 No. 1, p. 78.

¹³ FERRER, Marcela. «Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética». En *Acta bioética*. 2003, vol. 9 No. 1, p.115.

nes, que puedan estar reñidas con la salud de las personas y de la comunidad, lo que puede verse como una intromisión en el mundo interno de esta comunidad, que lesiona su independencia y por ende su autonomía¹⁴.

Esto invita a reflexionar sobre cómo los equipos de salud, apelando al desempeño de sus funciones en la cotidianidad de sus labores, se encuentran de alguna forma habilitados para modificar comportamientos, hábitos, estilos de vida, etc. ¿Cómo saber, entonces, en qué momento la autonomía e independencia no están siendo lesionadas?, sin ignorar la premisa de que los servicios de salud buscan mejorar la calidad de vida de las personas.

«Igualmente hay que recordar que la autonomía, principio clave desde los inicios de la Bioética, surge del ámbito socio-político y se extiende al plano de la atención en salud, cuando se ponen sobre la mesa dilemas bioéticos relacionados con los impactos de los avances tecnocientíficos»¹⁵, lo que implica que aquellas transformaciones tecnológicas en la atención en salud, propiciaron también la discusión extendiendo las barreras iniciales de la bioética hacia las personas como individuos, para ubicarlos como poblaciones directamente afectadas y para las cuales habrá que tener políticas adecuadas en atención en salud.

Es preciso señalar que en áreas de la salud, surgió la exigencia de los llamados Términos de Consentimiento Informado (TCI)¹⁶. Y que tal como lo indica esta referencia, resultó

convirtiéndose en «una verdadera industria internacional de “consentimientos informados”». La pregunta aquí es ¿en qué momento de su desarrollo la bioética fue desviándose de su camino? o de su perspectiva inicial, ya que como afirma este mismo autor: «Con su proceso particular de evolución, la bioética empezó, inicialmente, como un área de conocimiento más allá de la “ciencia de la supervivencia” proclamada por Potter, transformándose en un instrumento concreto para contribuir en el complejo proceso de discusión, perfeccionamiento y consolidación de las democracias, de la ciudadanía, de los derechos humanos y de la justicia social»¹⁷.

Lo anterior sugiere que es necesario pensar en los orígenes de la bioética sin la prevención de que pueda detonar idealismos ante aspectos visualizados de una forma global como la democracia, los derechos humanos, la justicia social y la misma ciudadanía, sobre la cual se hace referencia más adelante en el documento, y que son imperantes y pertinentes las reflexiones que sustentan la bioética en una definición más integral, y con muchos más alcances en términos del desarrollo social de la ciudadanía.

En este contexto incluyente de temas y contenidos inherentes al desarrollo social, a la dignidad humana y la ciudadanía es necesario tener en cuenta que:

Para hacer posible el desarrollo humano digno es necesario la participación de la ciudadanía porque las leyes encierran principios y valores que reconocen la dignidad humana para alcanzar una calidad de vida acorde con la esperanza de los pueblos; (adicionalmente esta postura señala la necesidad de una visión desde la bioética cuando afirma que) junto con la aplicación de la bioética se

¹⁴ SÁNCHEZ, Z., et al. «Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión». *Revista Cubana Medicina General Integral* Vol. 19 No.5. 2003. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de junio de 2013]. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi125_03.htm

¹⁵ URREA, Fanny Consuelo. «El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género». *Revista Colombiana de Bioética*. 2012, vol. 7 No.1, p. 99.

¹⁶ GARRAFA y OSORIO. *Op. cit.*, p. 78.

¹⁷ *Ibid.*, p. 75.

hará posible una coexistencia pacífica en la sociedad...¹⁸.

Desde estos señalamientos la bioética se involucra con elementos inherentes a la construcción, posicionamiento de la participación ciudadana en las leyes, principios y demás instrumentos jurídicos que reconocen y posibilitan el desarrollo y calidad de vida de las personas.

Un hecho histórico importante es la proclamación de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*¹⁹ del 19 de octubre de 2005 en el marco de la asamblea del International Bioethics Committee de la Unesco. «Al respecto se ha señalado que en esta Declaración se observa un gran esfuerzo por incluir una gran cantidad de principios que se han invocado en la bioética desde diferentes perspectivas y en diferentes escenarios»²⁰. Lo cual se evidencia en una ampliación a los principios iniciales desde la intervención médica, en busca de la dignidad humana y no menos importantes para esta expansión necesaria.

La Declaración incluye principios como «...8) Igualdad, justicia y equidad; 9) No discriminación y no estigmatización; 10) Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo; 11) Solidaridad y cooperación; 12) Responsabilidad social y promoción y derecho a la salud; 13) Aprovechamiento compartido de los beneficios de la investigación científica; 14) Protección de las generaciones futuras; 15) Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad»²¹.

¹⁸ FRANCO, Zoila Rosa. Conciencia, Voluntad, Autonomía y Responsabilidad en Bioética como Ética del Cuidado para un desarrollo con Altura Humana. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2010, vol. 15 No.2, p. 115.

¹⁹ UNESCO. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. [En línea]. [Fecha de consulta mayo 05 de 2013]. Disponible en http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180_s.pdf

²⁰ ESCOBAR, Jaime. «Riqueza de principios en Bioética». *Revista Colombiana de Bioética*. 2011, Vol. 6 No.2, p. 131.

²¹ *Ibid.*, p. 133.

Es así como logra: «Además de los temas biomédicos y biotecnológicos que naturalmente ya hacían parte del ámbito de la bioética, la Declaración pasó a incorporar, también y con igual importancia, los temas sociales, sanitarios y ambientales»²² y con una mirada más amplia a lo que se conoce comúnmente como bioética y que la posiciona en un contexto para tratar temas desde los derechos sociales y políticos se describe también en relación con la que:

Si la cuestión primera era la de los derechos de los pacientes frente al paternalismo ético de la vieja tradición hipocrática y la invasión tecnológica, una ganancia que no se debe arruinar, la de ahora se centra en la denuncia de que el derecho a la salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufre la mayoría. El hecho es que la justicia se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía²³.

Todo lo anterior da cuenta de la expansión de la bioética en campos y aspectos que son parte fundamental de la vida de las personas con derechos y deberes, y que están en la obligación de ejercer su ciudadanía para ser parte de escenarios locales, regionales y nacionales académicos y de discusión, que es una de las invitaciones que se hace en este documento.

Adicionalmente Escobar y Aristizábal refieren que:

La bioética no es solo conocimiento y reflexión teórica y abstracta a partir de los aportes de las diversas disciplinas, de los diversos saberes y de las diferentes morales en torno a los problemas de la vida en general en las sociedades tecnocientíficas contemporáneas, sino que desde sus comienzos se ha

²² GARRAFA y OSORIO. *Op. cit.*, p. 81.

²³ GUERRA, María José. «Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural». En FEITO, Lydia (Ed.). *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas, 2004, pp. 15-33.

comprometido con prácticas deliberativas que propicien la participación amplia (interdisciplinaria, plural y de todos los interesados) dirigidas a ayudar en la toma de decisiones éticas en diversos ámbitos²⁴.

En ese orden de ideas el tener un amplio panorama de posiciones al respecto de lo que se denomina bioética, hace de este artículo un aporte a la construcción de exhortaciones agudas y críticas, ante unas prácticas no solo médicas, sino tecnológicas y científicas de posturas consideradas como dominantes que en su afán de sustentarse en la exploración del futuro promueven el individualismo, el desmoronamiento del tejido social y la naturaleza viva del planeta.

2.3 CONSIDERACIONES IMPORTANTES SOBRE UNA BIOÉTICA LATINOAMERICANA

Es preciso hacer una aproximación al contexto latinoamericano, más que hacer una reseña histórica. Se presentarán de manera menos extensa, elementos que pueden conducir entre las muchas críticas, a lo denominado «recepción»²⁵ y qué significó la bioética para los países latinoamericanos, que como bien se sabe su nacimiento corresponde a Estados Unidos.

Las resistencias generadas fueron evidentes: «Los años 70 se caracterizaron por la reacción de resistencia o rechazo a este nuevo movimiento por parte de quienes adherían a un

ethos cívico y profesional tradicional»²⁶, lo cual indica no solo esa postura tradicional por parte de los profesionales de la salud de la época, sino un momento histórico diferente en el cual las resistencias más fuertes se producían de parte de movimientos marxistas que tenían su auge para esta época.

La bioética generó también «una actitud crítica, porque desafió suposiciones y juicios de valor ocultos»²⁷, lo que muestra un panorama no solo político de oposición, sino en la salud, campo en el cual la medicina guardaba con recelo el ejercicio de la profesión y se resistía al cambio que implicaba esta nueva visión ética de una disciplina considerada tradicionalista en cuanto a los valores morales.

Otro elemento considerado como resistente, fue la necesidad de no implantar modelos que invadieran y modificaran la forma de pensar, actuar, las costumbres, tradiciones, experiencias, significados y que trajeron consigo reflexiones como la siguiente: «La bioética latinoamericana tiene por tarea defender lo autóctono y elaborar un blindaje contra todo intento colonizador, incluyendo el académico, para lo cual se requiere desarrollar nuevas perspectivas»²⁸.

Las dos décadas siguientes determinan dos períodos importantes: «La segunda de asimilación, correspondiente a la década de los 80, habría ocurrido ya una especie de “reacción” al haber empezado la crítica a la fundamentación

²⁴ ESCOBAR, Jaime y ARISTIZÁBAL, Chantal. «Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples». En *Revista Colombiana de Bioética*. 2011, Vol. 6 (Especial), pp. 76-109.

²⁵ MAINETTI, José A y PÉREZ, Martha L. Señalan que el término «recepción» formal de la disciplina –palabra que en los años 70 no era común incluso en EE. UU.- era una referencia a cómo la situación cultural e histórica en la región posibilitó o impidió su inicio.

²⁶ MAINETTI José A y PÉREZ Martha L. «Los Discursos de la Bioética en América Latina». En PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE de, Christian y LOLAS, Fernando (Coords.). *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*. Santiago de Chile: Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 2007. pp. 37-44.

²⁷ *Ibid.*, p. 38.

²⁸ KOTTOW, Miguel. «Bioética pública: una propuesta». En *Revista Bioética*. 2011, Vol. 19 No. 1, pp. 61-76.

o a la metodología»²⁹. Lo cual empieza a ser una fuente en la que dicha crítica se traslada a la discusión no solo en espacios de la medicina, sino de la filosofía, antropología y el derecho, en búsqueda de las mejoras metodológicas y con un interés por un ejercicio más consecuente con esta disciplina naciente. «La tercera de recreación, en la década de los 90's, [...] se habría iniciado con las aportaciones propias de cada contexto y de cada país, y el intento de unificación por medio de los esfuerzos de la Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), posteriormente Programa Regional de Bioética»³⁰.

El crecimiento no fue solo de las organizaciones, sino de los países que crearon espacios de formación en bioética, elaboraron códigos y comités de bioética entre otros esfuerzos que son referente geográfico de Latinoamérica en los años 90. Otra muestra más de este crecimiento está dada porque: «La Naturaleza dialéctica de recíproco condicionamiento entre Bioética y sociedad plantea la exigencia de construir una Bioética desde América Latina que permita construir estrategias de desarrollo social desde la salud cuyo ejemplo más significativo, en la actualidad, está constituido por la organización de municipios saludables impulsados por la OMS»³¹.

Así nos encontramos con una bioética latinoamericana que impulsa la discusión a escenarios de desarrollo social y de ello se enuncia que: «la Bioética latinoamericana está marcada por un fuerte tinte social: los conceptos de justicia, equidad y solidaridad deben ocupar un

lugar privilegiado»³². Esto amplía el horizonte no solo de un discurso bioético, sino la búsqueda de prácticas en las cuales la participación no solo sea de profesionales, sino de ciudadanos autónomos que orienten dichas prácticas, y conviertan los conceptos de justicia, equidad y solidaridad en la constante, para la toma de decisiones, en los diferentes ámbitos donde la bioética está haciendo presencia.

Adicionalmente, en el caso particular de Latinoamérica se describe que: «El debate en bioética debe ser plural, tolerante, “sin fundamentalismos”, por un lado y sin imponer un laicismo militante y excluyente por el otro. No caben los “despotismos ilustrados” de ningún signo y, por lo tanto, debemos exigir la presentación pública de las razones de cada una de las posiciones respetables o tolerables»³³.

Lo anterior implica un llamado al diálogo que de alguna forma abandona la academia con el objetivo de ampliar los escenarios, ¿cómo se podría hablar de participación de la ciudadanía, si las discusiones que tienen el mayor efecto sobre ella se llevan a cabo en recintos cerrados donde solo están convocados los investigadores? No se trata de desconocer los conocimientos, sino de posibilitar su socialización con la sociedad civil.

Finalmente, se completa esta reflexión sobre el sentido, significado y contexto latinoamericano de la bioética que: «No estará completo el debate ni resueltas las aporías que ha supuesto la civilización si esta dimensión humana, y por ende moral, sigue teniendo un lugar secundario en los debates. El argumento es casi trivial: es mejor, es más rentable, tiene mayor futuro una investigación científica de frutos repartidos con

²⁹ MAINETTI: Citado por ÁLVAREZ, Jorge A. «¿Bioética Latinoamericana o Bioética en Latinoamérica?» En *Revista Latinoamericana Bioética*. 2012, Vol. 12, No. 1, pp. 10-27.

³⁰ *Ibid.*, p. 20.

³¹ *Ibid.*, p. 17.

³² *Ibid.*, p. 17.

³³ LEÓN, Francisco J. *La Bioética Latinoamericana en sus Textos*. Chile: Centro Colaborador de la Universidad de Chile; Programa de Bioética OPS/OMS, 2008, p. 27.

equidad, una medicina solidaria, un poder que se legitima en el consenso y la aceptación»³⁴.

Es también importante reflexionar sobre el sentido que tiene en la bioética la dimensión humana, ya que al tener un lugar secundario, no tendrán sentido ni mucho menos sustento, aquellos debates, dilemas y conflictos que surgen en todos y cada uno de los ámbitos de la bioética. Más que la humanización de servicios sanitarios de salud que en sus orígenes era el interés de la bioética se plantea que: «Sólo desde la integración de la perspectiva epistémica dentro de las aspiraciones por una “altísima existencia” que se viven en los mundos histórico-culturales en los que nos movemos, pensamos y existimos, los problemas que retan a la humanidad pueden alcanzar un tratamiento bioético con sentido de humanidad»³⁵.

La pertinencia de incluir este panorama latinoamericano, particular en el sentido histórico y cultural, determina además una inclusión en el debate de la bioética por problemas de orden social, de salud pública, justicia, inequidad económica entre otros, y que son tan importantes para el ejercicio de una ciudadanía autónoma y consiente. Con un sentido más amplio: «Hoy las personas son más conscientes de sus deberes y derechos y los mundos de la vida socio-culturales religados a su medio ambiente, alcanzan un grado tal de organización que les permite preguntarse, de manera razonable, sobre las posibilidades que tienen en cuanto a su calidad de vida y en cuanto a la supervivencia como comunidad de destino

planetario»³⁶. La bioética invita a ahondar en problemas medioambientales, sociales y políticos, y sus consecuencias en la calidad de vida de las personas. La supervivencia es un destino común e incierto a causa de tanto abuso sobre los recursos y las fuentes de estos.

2.4 ALGUNAS BASES TEÓRICAS DEL CONCEPTO DE AUTONOMÍA

En cuanto a la autonomía, Dworkin y Frankfurt han presentado de manera independiente, a la autonomía como habilidad para autogobernarse y coinciden en presentar una imposibilidad de la autonomía principialista «por cuanto tenemos lazos indisolubles con la cultura, el lenguaje, la tradición y la historia»³⁷, lo anterior impide la posibilidad que el individuo cree sus propios principios de manera aislada, toda vez que estos surgen de la relación con los otros.

«Es decir, que de lo que se trata es de encontrar principios que, respetando la pluralidad, puedan ser compartidos por todos los agentes. Ello significa que no serán aceptados aquellos que destruyan la calidad de agentes de los individuos»³⁸. Implica una construcción de principios mediada por la pluralidad y la singularidad, que no anula la autonomía de los individuos. Asimismo, incluye que la autonomía es dependiente de la socialización de los individuos y por ende de las sociedades que han crecido y se han desarrollado durante la historia del hombre.

Así las cosas, «la autonomía no puede permitirse a todos los individuos en todo su potencial, sino que debe limitarse, dosificarse y

³⁴ LOLAS, Fernando. «Bioética en América Latina. Una década de evolución». *Monografías de Acta Bioethica* N° 4 – 2010. Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética - Universidad de Chile Programa de Bioética - OPS/OMS, p. 38.

³⁵ OSORIO, Sergio. «De la Pro-Vocación Bioética a la Provocación Biopolítica». En *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2007, Vol. 7 No. 12, p. 79.

³⁶ *Ibid.*, p. 80.

³⁷ SARMIENTO. *Op. cit.*, p. 61.

³⁸ LEÓN, Olivé. *Ética y Diversidad Cultural*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 1997, p. 41.

fiscalizarse»³⁹. Aun así, cuando hablamos de autonomía como un principio fundamental para la bioética en estrecha relación con esta, encontramos que: «La autonomía puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana; pero puede ser también vista, de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma»⁴⁰.

En el rechazo a estos determinismos, se incurre en otro, el determinismo cultural y social, en cuanto, así el individuo actuará en plena libertad sin sujeción alguna, terminará por actuar autónomamente desde los conceptos que la cultura y la sociedad aportaron para que este construyera su concepto de autonomía. «Una persona es autónoma si se identifica con sus deseos, metas y valores y esta identificación no está influenciada de alguna forma que el proceso de identificación sea en alguna manera extraño al individuo la explicación detallada de las condiciones de independencia de procedimiento implica distinguir entre las formas de influencia que transforman las facultades reflexivas y críticas de las personas, de las que las fomentan o mejoran»⁴¹.

Pero esta conceptualización también tiene sus opositores, IrvinG Thalberg y Susan Wolf, entre otros, por considerarla una teoría incompleta, «por cuanto la persona requeriría estar acudiendo siempre a algún grado de influencias que afecten sus deseos»⁴² Del mismo modo la reflexión sobre la autonomía se extiende a diferentes contenidos y momentos en los siglos XX y XXI, incluido el concepto que desde la bioéti-

ca, de una parte el principialismo, en términos de Bernard Gert, Charles Culver y Danner Clousser, «expresa comprensiones inadecuadas de la moralidad porque no da importancia a la diferencia entre reglas morales e ideales morales, interpreta equivocadamente el concepto de deber y no es consciente de que la moralidad es un sistema público que aplica para todos»⁴³.

También ponen en evidencia que no hay criterios suficientes ni excluyentes para definir cuando una decisión es autónoma o no y por otra parte, «la doble demanda del principio de autonomía, es decir, respetar la decisión autónoma, por una parte y promover la decisión autónoma por otra»⁴⁴. Lo cual ubica en términos del área de la salud una relación diferente a la paternalista de otra época en la cual era el médico quien decidía.

Basados en esta relación paternalista se puede considerar que la bioética fue tomando y abriéndose paso en la relación médico-paciente y al respecto se afirma que: «Ahora ya no hay solo una ética, la del médico, regida por el principio de No-maleficencia, sino también otra, la del enfermo, basada en el principio ético de Autonomía»⁴⁵, este autor refiere que se considera entonces una relación horizontal en relación con la toma de decisiones que se ha transformado de autoritaria, monárquica, a ser una relación democrática, por estar precisamente pensándose en la autonomía del paciente.

La discusión sobre autonomía no concluye, pero no ocurre menos con la ciudadanía y con la bioética, las cuales vienen generando materia compleja, cada vez más enriquecida como

³⁹ *Ibid.*, p. 23.

⁴⁰ DID, Jorge. «Principios Bioéticos en la Atención Primaria de Salud». En *Revista Cubana Medicina General Integral*. 2000, Vol. 16 No. 4, pp. 384-389.

⁴¹ DWORKIN, Gerald. Citado por SARMIENTO. *Op. cit.*, p. 62.

⁴² THALBERG, Irving y WOLF, Susan. Citado por SARMIENTO. *Op. cit.*, p. 63.

⁴³ GERT, Bernard; CULVER, Charles y CLOUSSER, Danner. *Bioethics: A return to fundamentals*. New York, 1997. Citado por SARMIENTO. *Op. cit.*, p. 81.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 82.

⁴⁵ GRACIA, Diego. «Democracia y bioética». En *Acta Bioethica*. 2001, Vol. 7 No. 2, pp. 343-354.



temática la una y como campo la otra. Aún así el ejercicio debe aproximar hipótesis, como la presentada en este artículo.

2.5 CARACTERÍSTICAS DE LA CIUDADANÍA

Es pertinente que en las características de la ciudadanía se encuentran elementos clave para el contexto por el cual entendemos la autonomía, «pues el ejercicio real de la ciudadanía implica la capacidad de autodeterminación, de actuar y provocar cambios, cuyos logros pueden juzgarse en función de sus propios valores y objetivos»⁴⁶. Esto ratifica lo que se viene planteando, pues qué sería de dicho ejercicio, sin esa capacidad que lo debe caracterizar como un sujeto autónomo capaz, como lo propone Urquijo, de producir cambios. Así mismo, «Es necesario un orden social que tiene como razón de ser un conjunto de valores compartidos que enseñan a los ciudadanos a respetar. Pero esto en ningún momento quiere decir que los ciudadanos no cuestionen, desafíen o transformen este orden social. Es decir, una buena ciudadanía requiere un orden coherente con los compromisos morales de sus miembros»⁴⁷.

Se plantean dos premisas fundamentales de la ciudadanía, en un primer momento la existencia de vínculos articulados a un tejido social, donde se comparten valores que permiten construir este «orden social»; en un segundo momento, la capacidad con que cuentan los ciudadanos, que lo han creado, de perfeccionarlo en la medida que mejor se ajuste a las necesidades, no existe este orden social sin que tenga sentido y significado para los ciudadanos. Es decir, no está construido porque sí, debe obedecer en el caso específico de cada

país, a los valores consignados en la Constitución, como un marco normativo que recoge dichas necesidades, valores, costumbres, prácticas y códigos morales, en forma de leyes, deberes y derechos.

Los derechos constituyen la ciudadanía en sus tres niveles, a saber: «...los **derechos civiles** (derechos legales de la persona a la dignidad, a no ser maltratados, a la vida etc.), **derechos políticos** (derecho a elegir y ser elegido, a ocupar un cargo público), **derechos sociales** (derecho a salud, educación, empleo, etc.)»⁴⁸. La pregunta aquí es, cómo realmente mediante la ciudadanía se ejercen estos derechos, y por su parte el Estado garantiza el cumplimiento de estos, sin declarar que dependa de uno o del otro actor, si precisa que son actores partícipes, en una institución como el «Estado» debe estar representado las necesidades e intereses de los ciudadanos, pero estos a su vez deben velar el cumplimiento de sus derechos.

Se agrega a esta discusión, una cuarta dimensión denominada «derechos simbólicos o ciudadanía simbólica»⁴⁹ (derecho que tienen las personas a no ser objeto de símbolos institucionales que vayan en contra de los ciudadanos). Aquí se posibilita y se espera comprender no solo el concepto, sino la funcionalidad que brindan a los sujetos la posibilidad de ejercer estos niveles en los derechos; pero existen diferencias entre la teoría y la posibilidad de aplicar esta funcionalidad.

Se viene describiendo una ciudadanía en la cual no es posible que se mutilen ni siquiera de manera simbólica los derechos, ya que estos

⁴⁶ URQUIJO, Martín. *Ética ciudadanía y democracia. Elementos para una ética ciudadana*. Cali: Universidad del Valle. Programa Editorial, 2011, p. 18.

⁴⁷ ETZIONI, A. Citado por URQUIJO. *Op. cit.*, p. 28.

⁴⁸ BOGOYA, Nelly et al. *La ciudadanía y la democracia a partir del acontecimiento ético*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas, 2007, p. 49.

⁴⁹ BARCENA, Fernando y MÉLICH, Johan. *La educación como acontecimiento ético. Natalidad, narración y hospitalidad*. Barcelona: Paidós, 2000, p. 30.

proviene de las aspiraciones, necesidades e ideas de la sociedad civil, pero no como entes inanimados y que solo conforman los contenidos de la Constitución. El ejercicio digno de la ciudadanía, debe estar en función de la realización y cumplimiento individual y colectivo de los derechos.

«Comprender la interrelación de los mecanismos de regulación y nuestra responsabilidad, como sociedad civil, para que estos operen en la misma dirección, es lo que puede asegurar los deberes y derechos mínimos de la población»⁵⁰. Esto requiere de un compromiso, en el cual se forma no solo el individuo como ciudadano, sino que debe formarse el colectivo; es un acto de corresponsabilidad en que «se transforma tanto lo culturalmente aceptado, como lo legalmente establecido»⁵¹.

La ciudadanía tiene que ser activa y democrática porque «una ciudadanía activa tiene que ejercerse en relación a la política estatal, fomentando una democracia representativa verdaderamente representativa; pero con ello no se agota su acción»⁵², y describe la participación como mecanismo de los ciudadanos, pero no en uno solo de los espacios en los que ocupa un rol determinado, sino en todos a los que diariamente confluye.

¿Cómo se puede considerar la existencia de ciudadanos, si no son realmente protagonistas de su realidad en un marco jurídico, político y social? Una ciudad no es ciudad sin ciudadanos que participen en todos los ámbitos de

la vida comunitaria. «La sociedad civil, por su parte, echa mano de la noción de ciudadanía como *arma cargada de futuro*, como un potente motor de revolución social en sus distintas dimensiones (política, social, económica, civil, intercultural...)⁵³; por tanto, se evidencia que no se considera una ciudadanía pasiva, dormida y distante de los contextos del ciudadano.

Se incluye en las características de la ciudadanía su coherencia en relación con sistemas democráticos, lo cual se viene planteando por los autores hasta aquí nombrados, pero es preciso pensar que:

...formar para la ciudadanía democrática implica al mismo tiempo un replanteamiento de nuestros supuestos y prácticas educativas. La formación de un ciudadano competente supone que nuestra educación esté cada vez menos centrada en la instrucción del maestro o el aprendizaje de contenidos y enfatice, más bien, la formación del hombre en sus dimensiones básicas (cognitiva, afectiva, social, moral política, ambiental etc.); que ponga acento en el desarrollo de competencias fundamentales para el ejercicio de la ciudadanía y en la formación para el juicio crítico que se requiere para lograr una adaptación adecuada a un mundo en perpetuo cambio⁵⁴.

Dichas competencias, denominadas básicas, implican una visión diferente del hombre capaz y competente, pero no solo para competir con otros. Al hablar de competencia, se refiere a la capacidad, el cumplimiento del logro, pero no por encima de otros, sino más bien, en cooperación y función de los demás, y con la importante responsabilidad de hacer juicios críticos de su realidad para transformarla. En

⁵⁰ MOCKUS, Antanas. «Inclusión, corresponsabilidad y autorregulación». Memorias Seminario Internacional: *Inclusión Social y Nuevas Ciudadanías. Condiciones para la Convivencia y Seguridad Democrática*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2003, p. 35.

⁵¹ *Ibid.*, p. 35.

⁵² CORTINA, Adela. *Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Nobel, 2009, p. 29.

⁵³ *Ibid.*, p. 28.

⁵⁴ PINEDA, Diego. «Competencias ciudadanas: Posibilidad y Sentido». En Segundo Encuentro Internacional sobre Tecnología y Nuevas Tendencias educativas. Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada (agosto 11 y 12 de 2004), Bogotá: Norma, 2004, p. 8.

ese orden de ideas «bajo este punto de vista, la educación en materia de ciudadanía se definía como un referente, no orientado a la defensa, sino más bien a la transformación- del orden social existente»⁵⁵.

Se puede concluir de este apartado, la inminente necesidad de no pensar en la ciudadanía, en sus características, y en la necesidad de su formación como algo que surgirá espontáneamente o de forma automática, sino propiciar la reflexión y la participación que posibiliten la tolerancia frente a las ideas, necesidades, concepciones y valores del «otro», ya que no somos seres asociales, pues vivimos, habitamos y existimos en comunidades. La ciudadanía refleja la autonomía responsable socialmente y convoca a desarrollar y fundamentar principios y valores que justifiquen su existencia.

2.6 CIUDADANÍA Y SU RELACIÓN CON LA BIOÉTICA

La moderna teoría de la ciudadanía reconoce la llamada «ciudadanía social»⁵⁶, que señala con acierto:

...que no obstante coexistir en una sociedad, distintas ideas de felicidad, diferentes ideales de perfección, diversas concepciones políticas, deben perseguirse, reconocerse y protegerse ciertos valores fundamentales -traducidos en derechos-, valores «compartidos» que componen «mínimos de justicia», en el ámbito ético-político, en el que se construye una «ética mínima», que todos han de respetar, que va más allá de una mera «justicia

procedimental»⁵⁷, dentro del concepto de «ética pública», compatible con la tolerancia y el pluralismo⁵⁸.

Es decir, se reconoce un papel vinculante y fundamental a la ética y a la bioética para el éxito del ejercicio de la ciudadanía. «La bioética aborda los problemas atendiendo a la totalidad de la persona y a la totalidad de las personas»⁵⁹. Así como se describe una dimensión social en que «las normas mediante las cuales reconozco al otro e incluso a mí misma no son exclusivamente mías. Actúan en la medida en que son sociales, y exceden todo intercambio diádico condicionado por ellas»⁶⁰. En consecuencia, no hay normas para personas solitarias; tampoco hay bioética para individuos solos. Se entiende así, que el individuo no está separado del resto del tejido social pluralista y comunitario.

En la ciudadanía vista, según la tendencia comunitarista, Ovejero⁶¹ asume que la identidad de los ciudadanos está establecida relacionamente, es decir, respecto al todo que conforma la parte: «No se tienen intereses privados que proteger y no hay nada fuera que el interés colectivo. En este sentido el ciudadano comunitario es profundamente social. No tiene una idea previa a su comunidad, unas preferencias o gustos presociales. No escapa a su historia, a

⁵⁵ GIROUX, Henry A. *La escuela y la lucha por la ciudadanía. Pedagogía crítica de la época moderna*. México: Siglo XXI, 1998, pp. 27-28.

⁵⁶ CORTINA, Adela. Citada por HOOFT, Pedro Federico. «Bioética y Derechos Humanos». En ESCOBAR, Jaime *et al. Bioética y Conflicto Armado*. Colección Bios y Ethos, Vol. 19. Bogotá: Universidad El Bosque, 2002, p. 46.

⁵⁷ CORTINA, Adela. *Ciudadanos del Mundo: Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza, 1988, pp. 27 y ss. Citada por HOOFT, Pedro Federico. «Bioética y Derechos Humanos». En ESCOBAR, Jaime *et al. Bioética y Conflicto Armado*. Colección Bios y Ethos, Vol. 19. Bogotá: Universidad El Bosque, 2002, p. 46.

⁵⁸ PECES BARBA, Gregorio. *Ética, poder y derecho*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1995, p.11 y ss. Citado por HOOFT, Pedro Federico. «Bioética y Derechos Humanos». Citado por ESCOBAR, Jaime *et al. Bioética y Conflicto Armado*. Colección Bios y Ethos, Vol. 19. Bogotá: Universidad El Bosque, 2002, p. 46.

⁵⁹ ÁLVAREZ y FERRER. *Op. cit.*, p. 78.

⁶⁰ BUTLER, Judith. *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 2009, p. 39.

⁶¹ OVEJERO, Félix. «Tres ciudadanos y el Bienestar». En *Revistas de estudios sobre el Estado y la sociedad*, 1997, No.3, p. 93.

su escenario, porque este es siempre el escenario. Su libertad no se ve limitada por los otros, sino que aumenta con ellos»⁶².

Se enfatiza en lo social la mayor fuerza de lo ciudadano. Los dos aspectos exigen una participación activa de la autonomía, ya que para formar en ciudadanía se requiere ahondar en la ética y en la bioética. No hay que olvidar, entretanto, dos afirmaciones: «La bioética es un retorno al concepto de ética como *recta ratio agibilium* o recta razón práctica aplicada a la civilización tecnológica»⁶³ y «la bioética fue descrita utilizando la palabra puente como una metáfora con intención de promover la supervivencia humana (un puente hacia el futuro) y con la intención de unir la ciencia y la filosofía (un puente entre dos culturas)»⁶⁴. En su afán de futuro, el puente construido se ha desligado de una visión de realidad más coherente con los planteamientos iniciales de la bioética, al punto de criticar su funcionalidad por la resignificación y el surgimiento de nuevas tareas para su desarrollo.

2.6.1 Tarea de la bioética ante el posicionamiento de la autonomía: La relevancia para la ciudadanía y la autonomía la da el papel de la bioética como:

...una disciplina que se ocupa del análisis crítico y propositivo de la estructura axiológica de las prácticas biomédicas y en general de todas las prácticas sociales relevantes para el fenómeno vida en el planeta. [...] A partir de un conocimiento factual de las prácticas pertinentes, la bioética debe revisar constantemente

las normas y valores bio-éticos en el sentido de la ética tomada como «el conjunto de valores y de normas racionalmente aceptados por comunidades con diferentes morales positivas, que les permiten una convivencia armoniosa y pacífica y que incluso puede ser cooperativa»⁶⁵.

Se encuentra muy de la mano el propósito de Olivé con el de Escobar: «Se requiere un replanteamiento de valores éticos y morales que se comprometa con el ejercicio del reconocimiento del otro como legítimo otro en la diferencia, que permita el ejercicio de la tolerancia, la responsabilidad y la solidaridad con la cadena de la vida, a aprender, a realizar y soportar críticas. A desarrollar acercamientos y a proponer soluciones pluralistas»⁶⁶.

Esta es la agenda para la bioética en su tarea formadora de ciudadanía, que incluye la gran demanda por la autonomía. En la línea de lo propuesto, exige al menos, tres habilidades básicas:

La primera es la capacidad de hacer un examen crítico de uno mismo y de sus propias tradiciones, es decir, cuestionar toda forma de dogmatismo e imposición de las creencias y los conocimientos. En segundo lugar, es preciso que las personas nos sintamos miembros pertenecientes-ciudadanos- de una gran comunidad que abarca a todos los seres humanos, más allá de nuestras identificaciones regionales, étnicas, religiosas o de cualquier otro tipo. Por último, el cultivo de la humanidad implica la capacidad de situarnos en el plano de otras personas, de comprender las emociones, sentimientos y aspiraciones de otros⁶⁷.

⁶² *Ibid.*, p. 100.

⁶³ POSTIGO, Elena. «Bioética y Didáctica: Fundamentos, método y programa». [En línea]. [Fecha de consulta 16 de junio de 2013]. Disponible en http://www.bioetica.com.mx/index.php?Option=com_content&task=view&id=198&Itemid=114

⁶⁴ SPINSANTI, Sandro. «Bioética global o la sabiduría para sobrevivir». En *Cuadernos del programa regional de Bioética*. 1999, No. 7, p. 33.

⁶⁵ LEÓN, Olivé. Epistemología en la ética y en las éticas aplicadas. En GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel y SAADA, Alya (Coords.). *Estatuto epistemológico de la bioética*. México: Red latinoamericana y del caribe de bioética de la Unesco y Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, pp. 138 y 135.

⁶⁶ ESCOBAR. *Op. cit.*, p. 50.

⁶⁷ NUSSBAUM, Martha. *El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*. Barcelona: Andrés Bello, 2001, p. 186.

La autonomía no solo es difícil de concretar, sino que es ineludible en el ejercicio de la ciudadanía. La autonomía debe pasar por el crisol de la bioética vista según una perspectiva que trascienda los meros conceptos sociales y se traslade a todos los aspectos de la ciudad, incluido el económico, porque:

Los códigos morales son parte integral del funcionamiento económico, y pertenecen de manera destacada a los recursos sociales de una comunidad. La economía moderna ha tendido a abandonar totalmente estos aspectos de los sistemas económicos. Hay buenas razones para intentar cambiar ese abandono y reintroducir en la corriente principal de la ciencia económica este componente crucial de la actividad de una economía. Efectivamente, queda mucho por hacer⁶⁸.

El compromiso con esa libertad así planteada obedece a códigos morales que han venido desapareciendo con la aplicación de diferentes modelos y sistemas económicos, pero que no solo competen a esta área del conocimiento, sino que implican el pleno ejercicio de la autonomía con estatus de veeduría y mayor participación en los diferentes procesos de orden político y económico de la sociedad en general. Todas las personas deben tener la capacidad de transformar bienes en libertades porque:

Sen ha insistido con frecuencia en que nuestros juicios, particularmente nuestros juicios morales, actúan como filtros informativos que dejan pasar cierta información e impiden que sean tenidas en cuenta otras informaciones importantes. Una de esas informaciones es la referida al individuo y a sus libertades, que deberían incluir no solamente los bienes de los que el indivi-

duo dispone, sino su misma capacidad de transformación de esos bienes en libertades concretas⁶⁹.

Según lo anterior, se retoma a Bauman, inscrito en un pensamiento contemporáneo que «comienza a generar gradualmente un impacto en el campo de la bioética»⁷⁰ y recupera el lugar de la autonomía y la posiciona «como una expresión de la vida humana que no debe ser constreñida, dirigida, limitada por la sociedad, y deposita en ella la confianza en su capacidad para guiar las relaciones con el mundo y con los otros seres humanos»⁷¹, y reclama la admisión sin reservas de la «capacidad moral del ser humano, y exige borrar el estigma de desconfianza que sobre ella ha dejado el pensamiento moderno»⁷².

Cada vez más la autonomía adquiere un perfil de capacidad en dos momentos: el primero, que confieren las decisiones del paciente en el contexto específico de tratamientos e investigaciones que atañen a su salud, por ejemplo, al señalar que: «La autonomía no es solo el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado, sino también el deber ético de los profesionales de promover la competencia y de ayudar –sin paternalismos– a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable»⁷³. Y en un segundo momento, cuando la ética del profesional de la salud su-

⁶⁸ SEN, Amartya. Discurso de aceptación del doctorado honoris otorgado por la Universidad de Valencia (España). [En línea]. [Fecha de consulta 25 de junio de 2013]. Disponible en http://www.uned.es/dpto_log/jalvarez/publicaciones/sen2001.pdf

⁶⁹ ÁLVAREZ, J. Francisco. «Capacidades, libertades y desarrollo: Amartya Kumar Sen». En MAÍZ, Ramón (Comp.). *Teorías políticas contemporáneas*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2009, pp. 381-396.

⁷⁰ SARMIENTO. *Op. cit.*, p. 52.

⁷¹ *Ibid.*, p. 52.

⁷² BAUMAN, Zigmunt. *Ética posmoderna*. México: Siglo XXI, 2006, pp. 40-41.

⁷³ LEÓN, Francisco Javier. «Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social». En *Revista Acta Bioethica*. 2009, Vol. 15 No. 1, p. 76.

para la labor de llenar el tan nombrado consentimiento informado, y asume un rol importante en la toma de decisiones que lo comprometen para que el paciente sea capaz de ejercer su autonomía y determinación. Esto tiene validez para lo que se viene planteando, pues considera las relaciones que establecen paciente y servidor, con libertades que se materializan en la práctica de la relación, cuando cada uno juega un papel activo y recíproco de respeto por la dignidad humana. Es muy importante reiterar que la autonomía «es la capacidad moral personal individual, la que ha hecho posible la negociación y la convivencia, y que es en lo cotidiano que se expresa esta capacidad; no en los códigos morales que, según él, se han construido artificialmente»⁷⁴.

Con todo y lo anterior se retoma que: «También corresponde al principio de autonomía la participación de todos los ciudadanos en el control social y en la elaboración de las políticas de salud públicas, o en las líneas de investigación biomédica. En la medida en que todos seamos más autónomos, deberíamos participar también en mayor grado en la delimitación de los valores éticos presentes en el sistema de salud y en las políticas de salud»⁷⁵.

El principio de autonomía, como se mencionó, convoca a una mayor participación donde se considera que existen solo liderazgos otorgados por el conocimiento, y no por el efecto que determinadas decisiones en dichas políticas tienen sobre la sociedad en su conjunto. A esto se suma que: «...una forma de promover a encarar estos desafíos es educando en ética cívica, para transitar hacia una ciudadanía activa en donde lo político, económico y cívico estén impregnados por el componente ético, planteando la vida cívica como un proceso educativo co-

construido a través de una relación dialógica en permanencia»⁷⁶. Esto imprime un elemento de gran importancia para la tesis que se viene desarrollando, en la medida en que describe cuál es la relación que adquiere la bioética con la ciudadanía, y por supuesto la autonomía, no como elementos individuales, pues no tendría razón de ser la misma bioética. ¿Para qué pensar en profundas transformaciones en el ámbito político, económico, social y cívico, sin la posibilidad de esa coconstrucción? ¿Para qué individuos solitarios buscando libertades? Es preciso ese diálogo de saberes desde la bioética, ciudadanía y autonomía, como la relación que permita hilar verdaderos cambios en todos los ámbitos.

3. DISCUSIÓN

La autonomía, para beneficio de la ciudadanía, debe depurarse en el crisol de la bioética, a través de los filtros informativos de los juicios morales que permitan ejercer las capacidades, como la autonomía, y que se incluyan los códigos morales como parte integral del funcionamiento económico y de los recursos sociales de la comunidad. El ejercicio de la libertad también se encuentra en el desarrollo, según lo planteado por Sen. Así se logra hacer una comunidad más competitiva, globalmente hablando, sin disminuir el carácter vital y principal de lo humano.

En una actualización del pensamiento de Hegel, el filósofo alemán Alex Honneth cimienta la idea de que el reconocimiento del otro –más latamente de otros entes- es la piedra angular para entrar en un diálogo ético. Para ello urge la necesidad de que la bioética ha de captarse como parte de la tarea al explorar esta propuesta, a fin de ganar una perspectiva más amplia

⁷⁴ BAUMAN. *Op. cit.*, pp. 40-41.

⁷⁵ LEÓN. *Op. cit.*, p. 76.

⁷⁶ PÉREZ A, Manuel. «Equidad en Salud: tareas pendientes y oportunidades para una Bioética Latinoamericana». *Revista Colombiana de Bioética*, 2012, Vol. 7 No.1, p. 118.

de las realidades que la bioética en sus primeros inicios toma nota, pero con el paso del tiempo se vuelve un ejercicio en forma fragmentaria e inconstante.

Es por ello que cobra validez hablar de ética global social e incluyente de realidades tan complejas como la pobreza, las poblaciones marginadas y excluidas del tejido social, y que se deben transformar en derechos y dignidad humana; de lo contrario, hablar de autonomía y ciudadanía es un eufemismo académico que debe ir más allá de la mera «justicia procedimental». Es necesario pensar más en una ética pública compatible con la tolerancia y el pluralismo.

Es preciso retomar las palabras con el alcance siguiente: «En lo profesional, hay que orientar y facilitar procesos de cambio de los hábitos nocivos en hábitos saludables protectores de la vida, porque ésta es única e irreplicable; además de demostrar coherencia entre el discurso, el sentir y el hacer, que es la mejor actitud que sirve de ejemplo a seguir por parte de otros»⁷⁷.

El interés central de la bioética es la vida; por lo tanto, debe estar no solo como componente, sino como una invitación a reflexionar que: «En concreto, no solo los profesionales en Bioética, sino todos aquellos que nos vemos involucrados en juicios bioéticos, nos hemos quedado en la investigación o en nuestros propios intereses, y hemos dejado de maravillarnos con la vida»⁷⁸. Más que una forma del quehacer del profesional, se espera que se comprenda que «una vez que se ha perdido esta capacidad de asombro y de atención a la realidad que nos rodea, cualquier esfuerzo por una reflexión

bioética pierde peso»⁷⁹ aun con todos los esfuerzos que la bioética ha realizado para ser una disciplina no solo novedosa, sino abierta a la discusión en diferentes ámbitos.

Lo profesional no solo debe estar vinculado a las áreas de la salud y en el único contexto de lo académico, sino que debe incluir a todo el conglomerado social, porque no tendría sentido difundir las reflexiones de la autonomía bioética en las diferentes parcelas del conocimiento, ya que es preciso que «las personas nos sintamos miembros pertenecientes –ciudadanos- de una gran comunidad que abarca a todos los seres humanos»⁸⁰. Asimismo, y en un documento que ya es una realidad en sentido del ejercicio de la bioética en sistemas de salud, se argumenta que:

...el ejercicio de los derechos por parte de la ciudadanía no tiene un carácter ilimitado, sino que siempre debe hacerse en el marco del respeto a los derechos de todas las demás personas. Este mensaje es importante, pues el amplio elenco de derechos que las modernas sociedades liberales otorgan a su ciudadanía no ha sido acompañado muchas veces, del igual desarrollo de una conciencia ciudadana del deber de respetar los derechos de otras personas y de comprometerse en la supervivencia de lo público. La ciudadanía, pacientes y personas usuarias, y las comunidades no sólo tienen derechos, sino que también tienen deberes⁸¹.

Cuando se trata de deberes, debe tenerse en cuenta la responsabilidad de cada uno de los ciudadanos, no solo con sí mismos, sino con su comunidad. Cuando se trata de participación y de ciudadanía, se adquiere un compromiso

⁷⁷ FRANCO. *Op. cit.*, p. 114.

⁷⁸ ROSAS J, Carlos A. «La Solidaridad como un Valor Bioético». En *Persona y Bioética* Vol. 15 No. 1, pp. 10-25. [En línea]. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2013]. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83221409002>

⁷⁹ *Ibid.*, p. 23.

⁸⁰ NUSSBAUM. *Op. cit.*, p. 50.

⁸¹ SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. *Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público De Andalucía 2011-2014*. Consejería de salud. Junta de Andalucía, p. 21.

con la sociedad civil, y no se pueden permitir solo los intereses personales, sino por el contrario, debe pensarse en la corresponsabilidad: «Ser corresponsable significa asumir que estamos obligados a actuar teniendo en cuenta que todo lo que hagamos siempre afecta a otras personas»⁸².

A esto se suma que «la Bioética además de ser un ámbito de investigación y aplicación de conocimientos teóricos, es un modo de asumir responsabilidades sociales y culturales de considerable magnitud»⁸³, las cuales están representadas no solo en aquellos escenarios donde la bioética ha empezado a involucrarse, sino también donde el ciudadano resulta ser un veedor de los sistemas de salud, de las políticas públicas, de las tragedias medioambientales, y no un simple espectador; alguien que con su participación puede ser parte de la solución, y no parte del problema.

Es evidente que la tarea no es solo de los investigadores, profesionales de la salud, docentes e instituciones, sino que se deben posibilitar estrategias de participación y decisión, para el ciudadano común y corriente, que conduzcan a mejores formas de vivir en el planeta.

Esto conduce a que se pueda pensar realmente en la preservación, defensa y fortalecimiento de la autonomía en un marco bioético, para que adquiera soporte ante las demandas sociales que en la actualidad se han vuelto complejas y profundas, y así el postulado de este artículo, «ciudadanía integral posible», se lleve a buen término de promoción, proyección y socialización, en los diferentes espacios de debate.

⁸² *Ibid.*, p. 22.

⁸³ TEALDI, Juan C. (Org.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) y Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 37.

4. CONCLUSIONES

La autonomía es inherente al ejercicio mismo de la ciudadanía y en su directa relación, la segunda no se concibe sin la primera. Esto debe convocar a la tarea de realizar acciones concretas, más allá de ideales éticos y morales, para que la ciudadanía se transforme en práctica cotidiana.

No solo somos ciudadanos en una cultura determinada. La vida en el planeta se ha convertido más que en una vía posible en términos de lo económico y social, en un choque entre las necesidades insatisfechas de algunos países y regiones marginadas y la redistribución inequitativa de recursos. Estos aspectos de la justicia son indispensables para hablar en un mundo de calidad de vida y dignidad humana y son, desde luego, aspectos de interés de la bioética, pero que deben ser del interés del ciudadano común, autónomo o determinado, en la medida en que se localice y se posicione con una visión bioética.

Lo descrito implica la necesidad de que el sustento teórico y epistemológico de la bioética, esté cada vez más en la agenda de discusión de los problemas relacionados con la supervivencia. Hay que reiterar: todo aquello que atañe a la conceptualización de Bio como vida, abarca muchos más elementos contextuales en los cuales la bioética tiene cabida como motor de la vida y no como estrategia de intereses particulares y dañinos para la comunidad mundial.

Lo mencionado hace que se sigan ubicando espacios de reflexión y discusión de nuevas categorías inherentes al desarrollo social, con especial cuidado sobre la responsabilidad que tiene la autonomía en el ejercicio de una ciudadanía coherente con las diferentes formas de trascendencia que, como seres humanos, nos caracteriza entre las otras especies. De otro

modo, los diferentes autores citados en este documento seguirán otros caminos, y analizarán otros temas en sus planteamientos, y entonces recoger, comprender y difundir sus discursos, no permitirá encontrar nuevas ideas en este tipo de llamamientos que deben ser la base de la discusión y el punto de partida hacia los cambios en todos los ámbitos sociales y políticos.

Bibliografía

1. ÁLVAREZ, Jorge A. «¿Bioética Latinoamericana o Bioética en Latinoamérica?» *Revista Latinoamericana Bioética*. Vol. 12 No.1, pp. 10-27, 2012.
2. ÁLVAREZ, J. Francisco. Capacidades, libertades y desarrollo: Amartya Kumar Sen. En MAÍZ, Ramón. (Comp.). *Teorías políticas contemporáneas*. Valencia: Tirant lo blanch, 2009.
3. ÁLVAREZ, Juan y FERRER, Jorge. *Para fundamentar la bioética: Teorías y Paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2003.
4. BÁRCENA, Fernando y MÉLICH, Johan. *La educación como acontecimiento ético. Natalidad, narración y hospitalidad*. Barcelona: Paidós, 2000.
5. BAUMAN, Zigmunt. *Ética posmoderna*. México: Siglo XXI, 2006.
6. BOGOYA, Nelly et al. *La ciudadanía y la democracia a partir del acontecimiento ético*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas, 2007.
7. BUTLER, Judith. *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.
8. CASANOVA R, Eduardo. Las dos bioéticas. Salud y Enfermedad. *Cuadernos de Bioética*. 2007, Vol. XVIII No. 2.
9. CORTINA, Adela. *Ciudadanos del mundo: Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza, 1988.
10. _____. *Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Nobel, 2009.
11. DID, Jorge. «Principios Bioéticos en la Atención Primaria de Salud». En *Revista Cubana Medicina General Integral*. Vol. 16 No.4, pp. 384-389, 2000.
12. DWORKIN, Gerald. *The concept of Autonomy*. Citado por SARMIENTO, María Inés. *Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo*. Colección Bios y Oikos No.6. Universidad el Bosque. Bogotá: Ediciones el Bosque, 2009.
13. ESCOBAR, Jaime y ARISTIZÁBAL, Chantal. «Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 6 (Especial), pp. 76-109, 2011.
14. ESCOBAR, Jaime. «Riqueza de principios en Bioética». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 6 No.2, p.131, 2011.
15. FERRER, Marcela. «Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética». En *Acta Bioethica*. Vol. 9 No. 1, p. 115, 2003.
16. FRANCO, Zoila Rosa. «Conciencia, Voluntad, Autonomía y Responsabilidad en Bioética como Ética del Cuidado para un desarrollo con Altura Humana». En *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 15 No. 2, p.115, 2010.
17. GARRAFA, Volnei y OSORIO, Erig. «Epistemología de la bioética - enfoque latino-americano». En *Revista Colombiana de Bioética*, Vol. 4 No.1, p.78, 2009.
18. GIROUX, Henry A. *La escuela y la lucha por la ciudadanía. Pedagogía crítica de la época moderna*. México: Siglo XXI, 1998.
19. GRACIA, Diego. «Democracia y Bioética». En *Acta Bioethica*. Vol. 7 No. 2, pp. 343-354, 2001.
20. GUERRA, María José. «Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural». En FEITO, Lydia (Ed). *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas, 2004.
21. HOOFT, Pedro Federico. «Bioética y Derechos Humanos». En ESCOBAR, Jaime et al. *Bioética y Conflicto Armado*. Colección Bios y Ethos, Vol. 19. Bogotá: Universidad El Bosque, 2002.
22. KOTTOW, Miguel. «Bioética pública: una propuesta». En *Revista Bioética*. Vol. 19 No.1, pp. 61-76, 2011.
23. LEÓN, Francisco Javier. «Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social». En *Revista Acta Bioethica*. Vol. 15 No.1, p.76, 2009.
24. _____. *La Bioética Latinoamericana en sus Textos*. Chile: Centro Colaborador de la Universidad de Chile. Programa de Bioética OPS/OMS, 2008.
25. LEÓN, Olivé. Epistemología en la ética y en las éticas aplicadas. En GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel y SAADA, Alya. (Coords.). *Estatuto epistemológico de la bioética*. México: Red latinoamericana y del caribe de bioética de la Unesco y Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
26. _____. *Ética y Diversidad Cultural*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 1997.
27. LOLAS, Fernando. «Bioética en América Latina. Una década de evolución». En *Monografías de Acta Bioethica* N° 4 - 2010. Chile: Centro Interdisci-

- plinario de Estudios en Bioética - Universidad de Chile Programa de Bioética - OPS/OMS.
28. _____. «La bioética en el contexto de los programas globales de salud». En *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, vol. 6 No.1, p. 65, 1999.
 29. MAINETTI, José A y PEREZ, Martha L. «Los Discursos de la Bioética en América Latina». En PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE de, Christian y LOLAS, Fernando (Coords.). *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*. Santiago de Chile: Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 2007.
 30. MOCKUS, Antanas. «Inclusión, corresponsabilidad y autorregulación». En *Memorias Seminario Internacional: Inclusión Social y Nuevas Ciudadanías. Condiciones para la Convivencia y Seguridad Democrática*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2003.
 31. NUSSBAUM, Martha. *El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*. Barcelona: Andrés Bello, 2001.
 32. OSORIO, Sergio. *Bioética y Pensamiento Complejo: un Puente en Construcción*. Bogotá: Coordinación Editorial División de Publicaciones y Comunicaciones. Universidad Militar Nueva Granada, 2008.
 33. _____. «De la Pro-Vocación Bioética a la Provocación Biopolítica». En *Revista Latinoamericana de Bioética*, Vol. 7 No.12, p. 79, 2007.
 34. OVEJERO, Félix. «Tres ciudadanos y el Bienestar. La política». En *Revistas de estudios sobre el estado y la sociedad*. No.3, p. 93.1997,
 35. PÉREZ, Manuel. «Equidad en Salud: tareas pendientes y oportunidades para una Bioética Latinoamericana». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 7 No.1, p. 118, 2012.
 36. PINEDA, Diego. Competencias ciudadanas: Posibilidad y Sentido. Segundo Encuentro Internacional sobre Tecnología y Nuevas Tendencias educativas. Bogotá: Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada, agosto 11 y 12 de 2004.
 37. POSTIGO, Elena. Bioética y Didáctica: Fundamentos, método y programa. [En línea]. [Fecha de consulta 16 de junio de 2013]. Disponible en http://www.Bioetica.com.mx/index.php?option=com_content&task=view&rid=198&Itemid=114
 38. RODRÍGUEZ, Edna. «Gaiá: de la ecología clásica a la ecología profunda». *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 7 No.1, p. 36. Bogotá: Universidad El Bosque, 2012.
 39. ROLAND, Fermín. «Información y Manipulación: ¿Cómo Proteger Los Seres Vivos Vulnerados? La Propuesta De La Bioética De La Protección». *Revista Brasileira de Bioética*. Vol. 1, 2005.
 40. ROSAS, Carlos A. «La Solidaridad como un Valor Bioético». *Persona y Bioética* Vol. 15 No.1, pp. 10-25. [En línea]. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83221409002>
 41. SÁNCHEZ, Z. et al. «Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión». *Revista Cubana Medicina General Integral*. Vol. 19 No.5, 2003. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de junio de 2013]. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi12503.htm
 42. SEN, Amartya. Discurso de aceptación de doctorado honoris otorgado por la Universidad de Valencia (España). [En línea]. [Fecha de consulta 25 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.uned.es/dpto_log/jalvarez/publicaciones/sen2001.pdf
 43. SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público De Andalucía 2011 – 2014. Consejería de salud. Junta de Andalucía.
 44. SPINSANTI, Sandro. «Bioética global o la sabiduría para sobrevivir». *Cuadernos del programa regional de Bioética*. No. 7, 1999.
 45. TEALDI, Juan C. (Org.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) y Universidad Nacional de Colombia, 2008.
 46. Unesco. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. [En línea]. [Fecha de consulta: 5 de mayo de 2013]. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>
 47. URQUIJO, Martin. *Ética, ciudadanía y democracia. Elementos para una ética ciudadana*. Cali: Universidad del Valle. Programa Editorial, 2011.
 48. URREA, Fanny Consuelo. «El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género». *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 7 No. 1, p. 99. Bogotá: Universidad El Bosque, 2012.

Dilemas que enfrentan los enfermeros en la práctica profesional*

Dilemmas that nurses encounter in professional practice

Dilemas enfrentados pelas enfermeiras na prática profissional

Francy Hollminn Salas Contreras**

Resumen

Estudiantes y egresados se enfrentan en su práctica profesional a diversos dilemas que se despliegan desde el saber técnico, hasta los principios bioéticos propuestos y asimilados durante su formación. Lo observado en las prácticas y lo conocido en diálogos de los estudiantes, conduce a inferir que las situaciones que generan estos frecuentes dilemas de la actividad laboral se dan por las desigualdades en la contratación de un recién egresado sin experiencia, clima laboral, aceptación por parte de la institución de decisiones ante procedimientos tecnocientíficos de inicio, transcurso y final de la vida, así como la oposición entre valores y principios morales del practicante y aquellos utilizados por la institución. Estas situaciones carecen de documentación que pueda guiar a los egresados, docentes y estudiantes, en la búsqueda apropiada para la resolución de dichos dilemas y, por tanto, la presente reflexión indaga sobre las clases de dilemas, sus elementos, y la toma de decisiones a la luz de la bioética.

Palabras clave: Dilemas, resolución de dilemas, toma de decisiones, práctica profesional, principios bioéticos, enseñanza de la bioética, clima laboral, valores y principios individuales e institucionales.

Abstract

Students and graduates face various dilemmas in their practice that range from technical knowledge to bioethics principles proposed and assimilated during their training. Observation of practices and conversations with students lead to the inference that the situations that generate these dilemmas occur frequently in the workplace, due to inequalities in hiring a new graduate without experience, the work environment and acceptance of the institution of proceedings against techno-scientific decisions throughout the all stages of life, as well as the differences between the moral values and principles of the practitioner and those of the institution. These situations lack any documentation that may guide graduates, teachers and students in the appropriate

* Este artículo de reflexión es original, producto de investigación en el Área Bioética y educación, Línea Educación en bioética y bioética para la educación, del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Tutora: Constanza Ovalle Gómez, Ph. D., profesora investigadora del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. La autora tiene la responsabilidad del contenido y de la originalidad del documento, entregado el 3 de marzo 2014 y aprobado el 26 de junio de 2014.

** Enfermera, Universidad Surcolombiana; magíster en Educación y Desarrollo Comunitario Convenio CINDE-USCO; Executive MBA, máster en Dirección de Empresas; especialista en Gerencia, Institución Universitaria CEIPA Antioquia, Universidad de la Empresa y Universidad EAE, Barcelona España; especialista en Bioética, Universidad el Bosque; estudiante del Doctorado en Bioética, Universidad El Bosque. Correo: franholsac@yahoo.es.

search for a resolution and this reflection explores these kind of dilemmas, their elements, and decisions made in the light of Bioethics.

Key words: Dilemmas, dilemmas solving, decision making, professional practice, Bioethical principles of bioethics education, working environment, individual and institutional values and principles.

Resumo

Estudantes e formados estão enfrentando em a sua prática vários dilemas que são por a causa do conhecimento técnico a esses princípios bioéticos propostos e assimilados durante a sua formação. Observações das práticas e conhecimento dos diálogos dos estudantes deixa a inferir que as situações que geram esses dilemas frequentemente acontecem no lugar do trabalho, por as desigualdades na contratação de um recente-formado, sem experiência. Trabalho e aceitação da instituição dos procedimentos dos decisões tecno-científicas durante início, meio e a fim da vida, e também à oposição entre os valores morais e os postulados do praticante e aqueles utilizados pela instituição. Estes situações falta documentação que pode orientar os formados, professores e alunos na busca da resolução certa das dilemas e, por isso, este reflexão tem interesse em perguntar sobre os tipos de dilemas, seus elementos e decisões relacionados a Bioética.

Palavras-chave: Dilemas, resolvendo dilemas, decisões, a prática profissional, os postulados bioéticos do educação bioética, ambiente do trabalho, os valores individuais e institucionais e postulados.

Introducción

Con la metodología y conceptos de Diego Gracia, J. C. Álvarez y J. J. Ferrer, Potter, Aristóteles, Beauchamp y Childress, Jonsen y Toulmin, Siegler y Winslade se intenta descubrir los dilemas y la toma de decisiones que enfrentan los enfermeros en la práctica profesional, generados por los avances tecnocientíficos que afectan la vida de las personas que cuidan estos estudiantes y egresados.

Los autores referidos inducen a un diálogo interdisciplinar, surgido por el avance de la ciencia. Hoy, la bioética, gracias a los nuevos retos, no solo trata cuestiones morales en el ámbito de la biomedicina, sino que incluye, además, cuestiones epistemológicas y modelos explicativos de la conducta humana, cuestiones ontológicas del estatuto de lo humano en todo el ciclo de su existencia, todo ello en el contexto de una sociedad pluralista y multidisciplinar. De esta forma, la bioética establece un puente entre la

ciencia experimental y las humanidades, por la supervivencia de todos los que viven en el planeta tierra.

Una concepción bioética, que justifica su esfuerzo propositivo, indican que «hay dos culturas -ciencias y humanidades- que parecen incapaces de hablarse una a la otra y si ésta es parte de la razón de que el futuro de la humanidad sea incierto, entonces posiblemente podríamos construir un “puente hacia el futuro” construyendo la disciplina de la Bioética como un puente entre las dos culturas. Razón para que los valores éticos no puedan ser separados de los hechos biológicos»¹.

La bioética es deliberativa; sin embargo, «ha estado más influenciada durante toda su corta historia por la idea de erradicar los dilemas y tomar decisiones acerca de las situaciones conflictivas, que por deliberar sobre

¹ POTTER, Van Rensselaer. *Bioethics, bridge to the future*. Englewood Cliffs, N.Y.: Prentice Hall, 1971, p. 84.

los problemas»². Los Dilemas morales son narraciones que proyectan una situación problemática, en las cuales se descubren conflictos de valores y se plantean varias soluciones posibles que entran en discusión. Morales y Landa³ establecen que se encuentran dificultades para elegir una conducta correcta, que obliga a un cuestionamiento moral sobre los valores que entran en juego y, al mismo tiempo, exige un razonamiento sobre el grado de importancia dada a los propios valores.

Comprender los dilemas morales requiere tener en cuenta su naturaleza, circunstancias y alternativas lo que obliga a esbozar claramente todas las posibles soluciones y su grado de legitimidad. Igualmente, se deben considerar los actos humanos, cuyos factores hacen referencia al objeto, contenido o tema de la conducta. Las circunstancias o los diversos factores o modificaciones que afectan a la conducta que se juzga influyen en la decisión final que se adopta. Hay también variables que pueden atenuar o agravar la moralidad del acto, y la finalidad o la intención con que se realiza la conducta, que puede coincidir o no con el objeto de la acción.

Se pueden diseñar dilemas que pueden enseñar a los estudiantes a tomar decisiones, según las circunstancias. Estos diseños deberán responder a situaciones reales, con información suficiente y clara, los personajes que protagonizan el problema deben aparecer claramente delineados para favorecer la identificación con ellos. De esta manera, se contribuye a la toma de una decisión correcta.

² GRACIA G., Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela, 2007, p. 33.

³ MORALES P. y LANDA V. *Aprendizaje basado en problemas*. Theoria, 2004, p. 93.

1. METODOLOGÍA

Para este artículo se seleccionaron las propuestas de Diego Gracia, J. C. Álvarez y J. J. Ferrer, Potter, Aristóteles, Beauchamp y Childress, Jonsen y Toulmin, Siegler y Winslade. Se realizó una revisión bibliográfica, se establecieron estrategias de búsqueda, lo que finalizó con la conceptualización de las principales categorías de información.

La revisión bibliográfica se nutrió de fuentes: las primarias, información original de los autores. Para las secundarias, se utilizó la información consultada sobre los documentos primarios originales.

Estrategias de búsqueda: elegidos los textos y autores, se esclarecieron las metodologías que se podrían utilizar para tomar decisiones, tanto en clínica como en otros contextos. Luego, se elaboraron las fichas bibliográficas y se hizo un análisis de la documentación.

La información: material de estudio constituido por las propuestas conceptuales desarrolladas por los autores como práctica discursiva. Esto llevó a analizar la formación que podían tener los profesionales relacionados con estos enfoques.

Para formar estudiantes se plantean tres aspectos: los principios de formación personal (moral) que han desarrollado los estudiantes en la familia, en la escuela y en la universidad, base para la toma de decisiones ante algunas circunstancias específicas de la vida individual o colectiva; luego, la resolución de dificultades laborales y, finalmente, estrategias disponibles para llevar a cabo de manera acertada y con niveles de excelencia, el proceso de educación universitaria.

Las metodologías que se plantean posibilitan la toma de decisiones en el área de la salud, y tienen en cuenta las posiciones de aquellos

autores que contradicen el principialismo. Con este enfoque se analizan situaciones donde labora el enfermero.

La definición conceptual de las categorías de análisis, fruto de la metodología de los autores, son: dilemas morales, resolución de dilemas, toma de decisiones y enseñanza de la bioética en instituciones de educación superior.

2. RESULTADOS

Los principales hallazgos de la reflexión, para determinar los dilemas que enfrentan los enfermeros en la práctica profesional, están relacionados en los apartes siguientes:

2.1 DILEMAS

Para Puig y Martín⁴, la discusión de dilemas morales presenta ciertas fases, cuyos desagregados dan agilidad para la discusión y toma de decisiones acordes con las circunstancias. León⁵ sugiere modelos para enseñar bioética con diferentes enfoques como el pedagógico que estudia el proceso de la enseñanza desde el punto de vista del diseño de los planes de estudio, señala su implementación y los métodos de evaluación. Otro modelo es enfoque socrático, cuyo objetivo radica en generar en el estudiante una transformación para lograr una nueva perspectiva al analizar los problemas.

En primer lugar los dilemas morales, como metodología para la didáctica de la bioética, buscan promover el conflicto o desequilibrio cognoscitivo como medio para alcanzar el desarrollo moral y consideran la tesis del enfoque

cognitivo-evolutivo de la psicología, que sostiene que «el desarrollo en general es un proceso de adaptación siempre mayor y mejor orientado hacia el equilibrio»⁶.

En segundo lugar, los dilemas procuran el desarrollo de habilidades verbales y de comunicación, relacionadas directamente con las competencias de la escucha activa, la asertividad y la argumentación, lo que a su vez facilita el desarrollo del razonamiento moral. Este intercambio sobre diferencias y distintos puntos de vista, le ayudan al profesional a formar su carácter, a respetar opiniones y conductas ajenas, con lo que se refuerza y potencia el juicio moral.

En tercer lugar, promueven la capacidad de toma de decisiones, al enfrentar conflictos que pueden resolverse con diferentes alternativas, mediante juicios críticos y morales frente a diversas situaciones, lo cual, finalmente, se expresa en un mayor desarrollo de la autonomía. Al atreverse a resolver problemas cotidianos, el estudiante tiene en cuenta sus principios y valores, lo mismo que aquellos que le son contrarios, y lo llevan a respetar opiniones y conductas ajenas.

Los dilemas conducen a aprender las maneras de sortear las dificultades que tiene el recién egresado, mientras adquiere la pericia o la especialidad en un área determinada, para tener la estabilidad requerida, cuando se da un cuidado con excelencia.

El principialismo es el modelo más empleado para la toma de decisiones clínicas. Pero al tenerse en cuenta las máximas morales, se visualizan situaciones reales y concretas; si la situación histórica actual es completamente diferente a la época inicial, donde funcionaba

⁴ PUIG, J. M^a y MARTÍN, X. *Educació moral a l'escola. Teoria i pràctica*. Ed. Cat.: Edebé, 2000, p. 143.

⁵ LEÓN C., Francisco J. *Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2012, p. 93.

⁶ MORALES y LANDA. *Op. cit.* p. 58.

perfectamente el principialismo, las máximas morales de hoy diferirán sustancialmente de las de aquella época, sobre las que se podrían tomar decisiones más acertadas por su contextualización.

Lógicamente, no todos estos dilemas llegan a ser bioéticos. Muchos son éticos y laborales. A manera de ejemplo, los que provienen del sistema de contratación, que no es objeto de estudio, independientemente de la transcendencia que sin duda tienen para esos profesionales. Fácil es comprender el impacto de lo que expresa el Comité Internacional de Enfermería (CIE)⁷ y la Asociación Nacional de Enfermeras Colombianas (ANEC), sobre las condiciones de trabajo precarias entre los años 1970-2004, durante la práctica como enfermera y su perspectiva laboral, especialmente para las enfermeras/os recién graduados/as. Según Prieto⁸, en el año 2009 se muestra que los contratos laborales más precarios son los asumidos por personas jóvenes que se incorporan al mercado laboral. La Interrupción del trabajo entre las enfermeras/os se acerca al 5 %, y una de cada cuatro, se ve obligada a alternar contratos temporales con meses de inactividad.

Volviendo al tópico de los dilemas bioéticos, hay que señalar, que se debe investigar en un contexto determinado (clínico-comunitario y/o administrativo, entre otros), los cuales podrían ser los dilemas que presentan los profesionales en su práctica, y los modelos que utilizan para la toma de decisiones en cada escenario donde se desempeñan dichos profesionales. Por ejemplo, en contextos concretos, en clínica, los dilemas conciernen al inicio, el trascurso y el final de la vida.

⁷ CIE/ANEC. «Estudios de impacto sobre la profesión de enfermeros y sus expectativas a nivel mundial». Ed. OPS, 2005.

⁸ PRIETO R., María A. «Relaciones de empleo en enfermería. Metas de enfermería». Estudio sindicato SATSE. Ed. 43. 2002, p. 65.

2.2 PROCEDIMIENTOS

Beauchamp y Childress⁹ consideran que lo más importante en un dilema es conceder la adecuada jerarquización de los principios, especialmente cuando estos entran en conflicto. Para Jonsen y Toulmin¹⁰, por el contrario, el procedimiento no debe partir nunca de los principios, sino de las situaciones individuales. En el procedimiento empleado por Jonsen, Siegler y Winslade¹¹, aplican el método casuístico a la realidad clínica, al destacar que en la relación profesional de la salud, no solo interviene el paciente, sino también su familia, las instituciones de salud, la sociedad en su conjunto y el mismo profesional de la salud. En este proceso, cada uno de ellos aporta su propia perspectiva ética.

Los protocolos ofrecen una forma de estandarizar procedimientos avalados por la evidencia de las disciplinas y que estén aprobados por la institución para el ejercicio profesional. Espacios donde los equipos interdisciplinarios de las instituciones de salud aportan, actualizan y mejoran la prestación de servicios. En la práctica, estos espacios no son aprovechados ni se estimula a conocer sus beneficios, ya que únicamente se cuentan los sucesos y lo que se llevó a cabo con los pacientes, pero no hay diálogos, consulta de opiniones, de alternativas, ni retroalimentaciones. Dado que el juicio moral se forma en la cotidianidad, al ser conscientes de las diferentes opiniones, de los distintos puntos de vista. Es evidente que no hay estrategias serias que posibiliten esta formación moral de los estudiantes.

⁹ BEAUCHAMP, T y CHILDRESS J. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 2010, p. 95.

¹⁰ JONSEN y SIEGLER, Winslade. *Clinical Ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. New York: Macmillan Publishing Company, 2000, p. 39.

¹¹ *Ibid.*, p. 58.

Es urgente, por tanto, que las instituciones de educación superior generen estrategias para fundamentar el avance formativo de los estudiantes en su lógica discursiva aplicada a la ética. Que se trabaje fuerte sobre inteligencia emocional, de tal manera que los estudiantes razonen acerca de conductas y opiniones propias y de aquellos con quienes interactúan, lo que les abre horizontes para aceptar y dimensionar apropiadamente la complejidad de las conductas humanas.

Una estrategia en esta labor formativa puede ser la utilización frecuente del método mayéutico, con el cual se logra la transformación para que el profesional equipare su profesión con su modo de vida. Esto llevará a un profundo compromiso con la excelencia, al descubrir otras formas de tomar decisiones, de acuerdo con las circunstancias y diferentes contextos donde se desenvuelve. Es claro que en la formación de los enfermeros se desconocen argumentos, los cuales ya existen, para tomar decisiones acordes con las circunstancias, teniendo en cuenta los principios de cada uno de los participantes.

2.3 LOS TÉRMINOS CONCIENCIA Y CONDUCTA MORAL

Según Audi¹², actuar éticamente quiere decir actuar en conciencia, la que es de varias clases: *la Verdadera*, está de acuerdo con la ley moral; *la Errónea*, cree que un acto bueno es malo, y viceversa; *la Cierta*, no tiene duda y *la Dudosa*, vacila sobre la moralidad de un acto. Para que una conducta pueda calificarse de moral se precisan dos condiciones: el conocimiento, que precede y acompaña a la acción, y la voluntad libre que origina responsabilidad. La voluntad da origen a tres clases de actos morales: los forzados (se hacen bajo coacción), sin libertad, por lo cual no tienen responsabilidad. Los vo-

luntarios directos (buscan efecto); finalmente, los voluntarios indirectos (no buscan el efecto).

2.4 CULTURA

La Unesco¹³, en su perspectiva asistencial, refiere que urge el desarrollo de aspectos clave acerca de las estrategias, las percepciones y vivencias de las primeras experiencias laborales que deben facilitar las organizaciones involucradas en el sector salud. También genera inquietudes para la creación y consolidación de estrategias espontáneas que puedan suplir la falta de políticas de acogida de las organizaciones de salud. En dichas estrategias, están aquellas encaminadas a saber afrontar la presión asistencial estructural de situaciones límite e inseguridades, la instrucción profesional, la pericia en situaciones específicas, así como descubrir los beneficios de ser profesional y comprender el deseo de empezar de nuevo.

Otro aspecto para tener en cuenta es la cultura, porque cada cultura tiene su jerarquía de valores, su visión de la vida y del mundo. Viene a ser un modo de comportarse de la sociedad en su conjunto, una manera de entender la realidad. Además, se debe tener en cuenta que la conducta de una persona depende de tres factores fundamentales: a) el temperamento, determinado en gran parte por la naturaleza biogenética; b) los condicionamientos que son las conductas aprendidas en el proceso socializador y educativo, y c) las vivencias que se experimentan y las consecuencias de los actos que se realizan. Lo anterior influye en nuestras conductas futuras.

¹² AUDI, R. *Diccionario Akal de Filosofía*. Madrid: Akal, 2004.

¹³ UNESCO. «Situación educativa de América Latina y el Caribe: garantizando la educación de calidad para todos. Informe regional de revisión y evaluación del progreso de América Latina y el Caribe hacia la educación para todos en el marco del Proyecto Regional de Educación (EPT/PRELAC) 2007». [En línea]. [Fecha de consulta 9 de noviembre de 2009]. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001528/152894S.pdf>

En todo momento se toman decisiones. La diferencia está en el proceso o la forma como se llega a ellas. Las decisiones, como lo expresa Aristóteles¹⁴, han de tomarse tras prudente deliberación. En este sentido, las máximas son aceptadas por los profesionales. García¹⁵ plantea que el proceso de toma de decisiones constituye una parte de la resolución de problemas y requiere tener claro la decisión, el resultado, las consecuencias, la incertidumbre, la preferencia y el juicio.

Deducir las posibles soluciones o caminos para seguir, según las circunstancias del contexto de la cultura actual, con sus valores dominantes y emergentes, con la pluralidad de pautas, y acertar en la actuación profesional, exige disciplinarse a este o a otros modelos de toma de decisiones, mediante los cuales se pueda conseguir rigor, profundidad y apertura. Ahora es preciso conseguir un conocimiento de la ciencia libre de sesgos y significativo, así como del mundo natural, de la persona, de la sociedad y de las circunstancias, de tal modo que la persona, con su conducta profesional, esté dispuesta a responder éticamente.

Si se acepta que la jerarquía cultural de valores se transmite, mediante las instancias educativas, y que este proceso crea condicionamientos para actuar de una manera determinada, se debe igualmente aceptar que de esta forma puede quitar libertad. Esta transmisión valorativa se ve condicionada también por los docentes quienes poseen y transmiten su propio y determinado esquema de valores.

¹⁴ ARISTÓTELES. *Ética a Nicómaco. La gran Moral*. Madrid: Editorial Instituto de Estudios Políticos, colección clásicos, 1972, p. 33.

¹⁵ GARCÍA HIGUERA, J. «El proceso de toma de decisiones y de resolución de problemas». Madrid: Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia, 2008. [En línea]. [Fecha de consulta 19 de mayo de 2010]. Disponible en <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/tomadeciones.htm>

2.5 CONOCIMIENTO

En cuanto al conocimiento de la propia escala de valores, con su respectiva jerarquía, se conoció que la escala de valores que prevalece en la práctica de los profesionales enfermeros es aquella establecida por la institución prestadora de salud. Lo referente al desarrollo de la habilidad social, la empatía que muestra en este sector de profesionales, únicamente la despliega el personal de trabajo social y algunas enfermeras profesionales que llevan tiempo proporcionando cuidado directo a los pacientes.

El análisis acerca de la propuesta de alguna manera de respetar opiniones y conductas ajenas mediante la tolerancia, arroja un dato: esas opiniones solamente son respetadas cuando se requiere un concepto de la Junta de profesionales solicitada por el Comité de ética, para proceder ante un evento que puede llevar a la desconexión de un paciente y a posibles demandas. De lo contrario, no hay sino que cumplir órdenes, conductas preestablecidas o protocolos aprobados por la institución.

El favorecimiento de un diálogo razonado y de un intercambio de opiniones, aparece como insuficiente, a pesar de que existen protocolos establecidos, como la entrega y recibos de turno, revistas, manuales de buenas prácticas clínicas basadas en la evidencia, cuando al analizar lo acontecido con el paciente, se puede favorecer el diálogo. Este diálogo en el hospital universitario, o donde se realicen las prácticas profesionales, es netamente académico y no trasciende. Solo se tienen en cuenta este tipo de diálogos, cuando se pide un segundo concepto por pares externos, solicitud que hace el comité de ética para prevenir posibles demandas o afrontar demandas en curso.

Es escaso el desarrollo de la lógica discursiva aplicada a la ética de la conducta como forma-

dora del juicio moral, porque no se aprovechan los espacios enunciados anteriormente. Como la aplicabilidad del *kardex* para el recibo y entrega de turno, las revistas en las cuales se realiza un análisis amplio del caso que aqueja al paciente, y las posibles conductas a seguir y su respectivo cuidado, y la actualización de los manuales de procedimientos basados en las evidencias y su socialización adaptada al contexto regional. Estas son estrategias que se desarrollan en la academia para la apropiación del conocimiento, y que pueden ser puestas en práctica en la atención al paciente por parte del practicante.

En relación con el cultivo de la inteligencia emocional, mediante la integración de razonamientos, sentimientos y emociones en la resolución de los conflictos que se les presentan a los profesionales en sus prácticas, el resultado es más pobre, prácticamente nulo, porque se acentúa en lo clínico, como una forma de tomar decisiones basadas en el principalismo. Las demás formas se conocen en teoría, sin un taller que ayude en su aplicación en los diferentes contextos. Igualmente, las estrategias de desarrollo lógico que pueden afianzar el cultivo de la inteligencia, se realizan como cumplimiento de un objetivo de práctica y no como complemento para este desarrollo.

La inteligencia emocional, aquella que permite la integración de razonamientos, sentimientos y emociones, se puede ir cincelandando a medida que los estudiantes vayan entendiendo y manejando emociones, ante circunstancias puntuales. Deben ellos saber qué emoción o emociones les despierta el hecho de tomar determinadas decisiones. Esas emociones siguen patrones lógicos, recordando que las emociones universales actúan de modo específico. Toda esta tarea requiere de información suficiente, y conocimiento de cómo se actúa ante dichas emociones, así como del diálogo frecuente sobre

lo que piensan los profesionales con respecto a lo que está pasando comúnmente.

León¹⁶ refiere que los mecanismos para razonar las conductas y opiniones propias, para estudiar la complejidad de las conductas humanas, deben interiorizarse en la cotidianidad. Para esto es necesario que los profesionales hagan uso frecuente y repetitivo, para su formación, de las oportunidades que les brindan las entregas, recibos, revistas y análisis de casos, con el fin de reconocer las tendencias, frecuencias por las que el personal de salud y, en especial los enfermeros, se inclinan, y, si es el caso, tomar correctivos.

Sobre la utilización de la razón con el fin de analizar y comprender la complejidad de las conductas humanas, se muestra que para la toma de decisiones en la práctica profesional, el principalismo es el modelo más utilizado en clínica, mientras en lo comunitario no se encuentra el predominio de modelo alguno. En clínica el principalismo es el más conocido y aceptado por las diferentes disciplinas, en lo comunitario, en la región surcolombiana no se requiere, por el momento, en el desarrollo de las prácticas, proyectos y programas. La razón está diseñada bajo metodologías específicas, cuyos indicadores de cumplimiento e impacto están preestablecidos al iniciar, y las adversidades las resuelven, según los protocolos establecidos.

3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para formar profesionales idóneos e integrales, se requiere que las instituciones universitarias velen por que el estudiante conozca su propia escala de valores y reconozca la jerarquización que hace de ellos en su propia vida personal y

¹⁶ LEÓN. *Op. cit.*, p. 68.



profesional. La Universidad que atiende a la población objeto de estudio, no contempla en su plan formativo espacios para que los estudiantes clarifiquen sus valores, ni les ofrece metodologías para que ellos lleven a cabo el reconocimiento de sus valores y las escalas respectivas, según las circunstancias. Tampoco ha realizado trabajos investigativos que le proporcionen los perfiles valorativos de sus alumnos.

Se pueden enumerar ciertos valores que se descubren como generalmente vividos en las familias, pero se desconocen aquellos valores o tendencias valorativas que provienen de los medios de comunicación y de las influencias de grupos estudiantiles. Pero este esfuerzo es aproximativo, y no puede tomarse como instrumento serio de análisis. Es natural que los profesionales recién egresados no aporten en sus prácticas sus valores, ni los conjuguen asertivamente con aquellos de las instituciones. Simplemente, deben acoplarse a los valores institucionales.

A este escenario descrito se suman otros factores, como los indicadores que miden el desarrollo de ciertas habilidades sociales muy necesarias para los profesionales del área de la salud, como la empatía, la tolerancia y el respeto a las opiniones ajenas, cuando suceden circunstancias contrarias a las propias opiniones. Por ello, los estudiantes no tienen un intercambio formativo individual y colectivo en los análisis de circunstancias o casos específicos.

Se presume, entonces, que al profesional le es imposible visualizar el sentido, significado, alcance y limitaciones reales de las circunstancias y personas que lo rodean en las prácticas profesionales. Se supone que la universidad es formadora integral de profesionales. ¿Dónde puede o debe el estudiante aprender estas habilidades? ¿Cómo puede iniciar, avanzar y consolidar un refinamiento de principios y valores,

contrarios o diferentes, para que pueda respetar la opinión y conductas ajenas? El desarrollo de las habilidades sociales logra que los estudiantes puedan tener empatía, es decir, ponerse en el lugar del otro.

Una estrategia puede ser la resolución de dilemas, lógicamente de aquellos que nacen en el entorno y viven los estudiantes del programa académico y el proporcionar modelos, para la toma de decisiones pertinentes a los diferentes escenarios. Al aula de clase se deben llevar las circunstancias, las situaciones cotidianas que viven los estudiantes en sus sitios de práctica, pero sin olvidar los casos hipotéticos que generan confianza y ligero estupor.

Al comienzo de la formación y de la práctica, es preferible elegir dilemas reales que por ser más cercanos a los propios estudiantes, les faciliten contar con su experiencia como elemento de juicio, al lado del razonamiento discursivo. El mayor grado de realidad de los dilemas los hace más fáciles de trabajar. Estos dilemas reales saldrán de la vida cotidiana de los alumnos, de los medios de comunicación, y de textos con valores, entre otros.

Los sucesos deben estar centrados claramente sobre cuestiones de valor moral. Cuando los futuros profesionales dominen ya la práctica, se podrán plantear dilemas más hipotéticos y abstractos. El profesor debe asegurarse de que los alumnos entienden claramente la naturaleza del dilema, sus circunstancias, y las posibles respuestas que propone. Cuando se forma a enfermeros, se tiene la experiencia que para expresar actitudes y situaciones anímicas, hay que acudir a elementos intelectuales, y a prácticas basadas en la evidencia.

4. CONCLUSIONES

La reflexión muestra que los dilemas que deben enfrentar los enfermeros en su práctica profe-

sional, se refieren a los principios de formación moral como personas (familia), ciudadanos (escuela), y como profesionales (universidad). Existen tres instituciones involucradas en esta formación, a saber, la familia, la escuela y la universidad. Ya en la universidad y en la práctica profesional, los dilemas se refieren a los modelos para la toma de decisiones pertinentes en los diferentes escenarios, al clima organizacional y contractual en las instituciones prestadoras de salud, a las relaciones interdisciplinarias y a las intervenciones en procedimientos de inicio, transcurso y final de la vida.

Las deficiencias o carencias halladas en los aspectos no involucrados en la dimensión intelectual y académica, en los profesionales enfermeros recién egresados, confirma la formación que imparten las instituciones de educación superior que sigue orientada, básicamente, a aquellos aspectos cognoscitivos y deja de lado las otras dimensiones de la persona. Es necesario generar la necesidad urgente de proponer y presionar cambios en las políticas de formación, así como planes coherentes de estudio, para lograr una mejor preparación contextualizada e integral de los estudiantes.

Repensar cómo se está formando y cuál es el cambio que se debe introducir es, entonces, la tarea y el compromiso. Al tratarse de la formación de profesionales en la salud, enfermeros en este caso, es imprescindible incluir saberes referidos a lo axiológico y emocional. Se abre de esa manera la formación hacia la comprensión del otro, de las diferencias y de la disciplina bioética; esta última, con sus conceptualizaciones, métodos y demás instrumentos, con los que logren los estudiantes en sus reflexiones y decisiones, proporcionar calidad de vida a los pacientes. Concretar el *target* bioético de entablar el puente dialogal entre la biología y las humanidades.

Incluir en el plan de estudios la bioética, exige, entre otros componentes, su orientación hacia el conocimiento y conceptualización inicial, sobre qué son los dilemas y sus elementos, las condiciones, sus fases, y la posición que se puede asumir frente a cada uno de ellos.

Todo lo anterior, plantea la urgente necesidad de crear escenarios y ambientes para que los estudiantes reflexionen sobre las consecuencias del desarrollo científico y tecnológico. Las dinámicas pedagógicas actuales condicionan los aprendizajes a la creación de auténticos equipos de estudio y reflexión cooperativos. También se requiere la participación de los docentes, quienes, igualmente, deben estar sólidamente estructurados en torno de la cultura científica, y con una educación bioética.

En la universidad existen planes de estudio definidos por carreras y aprobados por las instancias respectivas como de «alta calidad», y a su vez, se tienen los currículos de los diferentes programas, en los cuales están los microdiseños. Allí se ubican los temas que se deben desarrollar, según las competencias de cada disciplina en las asignaturas que componen el plan de estudios.

Bibliografía

1. ARISTÓTELES, *Ética a Nicómaco. La gran Moral*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, colección clásicos, 1972.
2. AUDI, R. *Diccionario Akal De Filosofía*. Madrid: Akal, 2004.
3. BEAUCHAMP, T. y CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 2010.
4. CIE/ANEC. «Estudios de impacto sobre la profesión de enfermeros y sus expectativas a nivel mundial». Ed. OPS, 2005.
5. GARCÍA HIGUERA, J. «El proceso de toma de decisiones y de resolución de problemas». Madrid: Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia. 2008. [En línea]. [Fecha de consulta 19 de mayo de 2010]. Dis-

- ponible en <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/tomaciones.htm>
6. GRACIA G. Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela, 2007.
 7. JONSEN, A. y TOULMIN, S. *The abuse of casuistry. A history of moral reasoning*. Los Angeles: University Press, 1988.
 8. JONSEN SIEGLER, Winslade. *Clinical Ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. New York: Macmillan Publishing Company, 2000.
 9. LEON C., Francisco J. «Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores». Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2012.
 10. MORALES, P. y LANDA, V. *Aprendizaje basado en problemas*. Theoria, 2004.
 11. POTTER, Van Rensselaer. *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1971.
 12. PUIG, J. M. y MARTIN, X. *L'educació moral a l'escola. Teoria i pràctica*. Ed. Cat.: Edebé, 2000.
 13. PRIETO RODRÍGUEZ, María A. «Relaciones de empleo en enfermería». *Metas de enfermería*. Estudio Sindicato SATSE Ed. 43, 2002.
 14. UNESCO. «Situación educativa de América Latina y el Caribe: garantizando la educación de calidad para todos. Informe regional de revisión y evaluación del progreso de América Latina y el Caribe hacia la educación para todos en el marco del Proyecto Regional de Educación (EPT/PRELAC) 2007». [En línea]. [Fecha de consulta 9 de noviembre de 2009] Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001528/152894S.pdf>

Aspectos éticos de la investigación en salud en niños*

Ethical aspects on children's health research

Aspectos éticos da pesquisa da saúde das crianças

Martha Lucía Serrano López**

Resumen

La infancia es una etapa cuyo significado difiere alrededor del mundo. Los niños son un grupo particularmente vulnerable en investigación, ya que ellos no pueden dar un consentimiento informado y requieren decisiones de representación de padres o tutores. La investigación en niños es muy importante, ya que permite la generación de conocimiento que redundará en su beneficio, pero requiere especial cuidado con respecto a la protección contra los riesgos y a su autonomía. Las normas internacionales para investigación en niños están establecidas en varios documentos; sin embargo, los aspectos éticos en investigación están en constante evolución, relacionados con cambios en un contexto social e histórico particular. En Colombia, en el capítulo III de la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, se establecen las disposiciones generales de ética de cualquier investigación en seres humanos, incluidos los menores de edad. La investigación debe asegurar todos los lineamientos de las normas y no olvidar la valoración de la autonomía del niño, para la toma de decisiones en cada caso en particular, y contemplar el asentimiento en los casos pertinentes.

Palabras clave: Ética en investigación, consentimiento informado en menores, consentimiento paterno, autonomía, asentimiento.

Abstract

Childhood is a life stage with different meanings around the world. Children are a vulnerable research group, because they cannot give an informed consent, with the parents or tutors being the ones who make decisions. Pediatric research is very important as it generates knowledge and benefits for children; a very special care is needed regarding management of risk and respect for the children's autonomy. International regulations for research in children are established in many documents. However, ethics matters in research are in constant evolution in relation to specific socio-historical changes. The Colombia Resolution 8430 of 1993, Chapter III, issued by the Health Secretary, establishes the mandatory ethical requirements for research with human beings including children. The research must comply with normativity and mind the value of the child's autonomy to decide in each case, and request consent in appropriate cases.

Key words: Research Ethics, Informed Consent by Minors, Parental Consent, Autonomy, Assent.

* Este artículo de reflexión es original. La autora tiene la responsabilidad del contenido y de la originalidad del documento. Entregado el 23 de octubre de 2013 y aprobado el 27 de junio de 2014.

** Médica, Universidad del Rosario; magíster en Genética Humana, Universidad Nacional de Colombia; Ph. D. en Ciencias-Químicas. Profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia. Coordinadora del Grupo Área de Investigaciones del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia. Correo: mlserranol@unal.edu.co

Resumo

Infância é uma fase de que o significado difere em todo o mundo. As crianças são um grupo particularmente vulnerável em pesquisas, por que eles não podem dar consentimento informado e necessitam do representante dos pais ou adultos responsáveis para dar consentimento. Pesquisa sobre crianças é muito importante, pois permite a produção de mais conhecimento em seu benefício, mas precisa cuidados especiais à proteção contra riscos a respeito da autonomia das crianças. Regulamento internacionais da pesquisa de crianças são estabelecidas em vários documentos; Mas as implicações éticas da investigação estão em constante evolução em relação com as mudanças do contexto social e histórico particular. Na Colômbia, Capítulo III da Resolução 8.430, de 1993, emitido pelo Ministério da Saúde, estabelece as regulamentos gerais da ética de qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, também incluindo as menores de idade. O investigação deve garantir todas as regras e diretrizes, e não esquecer o valor da autonomia da criança para a tomada do decisão em cada caso particular, e pedir o consentimento se for o caso.

Palavras-chave: *Éticas em pesquisas, consentimento informado por as crianças, consentimento dos pais, acordo, autonomia.*

«La buena investigación es la investigación ética que pide a los investigadores que tomen seriamente la importancia del principio de beneficencia del paciente, el consentimiento informado y el respeto por los individuos participantes»¹.

H. K. BEECHER

Introducción

La infancia, para Sánchez², es una etapa en la que el individuo se construye en dependencia básica de otros y cuyo significado difiere alrededor del mundo. A partir de la Convención de los Derechos del Niño en 1989³, se inició el verdadero reconocimiento de que los menores son sujetos con personalidad propia y, como lo menciona Barranco⁴ titulares de derechos por ellos mismos, y se establece a nivel interna-

cional «una serie de principios fundados en el respeto por la dignidad y valor de cada niño»⁵.

La ética es, según Powell⁶, un constructo complejo en el que los valores y creencias particulares influyen la forma de hacer la investigación. La forma como los principios de beneficencia, justicia y respeto son asumidos varía según los aspectos culturales de las diferentes comunidades y sociedades. Los niños, como sujetos de investigación, son «un grupo particularmente vulnerable, ya que ellos no pueden dar un consentimiento informado (CI), y se requiere de decisiones de representación de padres o tutores»⁷.

¹ BEECHER, H. K. «Ethics and clinical research». *New England Journal of Medicine*, 274, pp. 1354-1360. 1966.

² SÁNCHEZ VAZQUEZ, M. J. «Ética e infancia: el niño como sujeto moral». *Fundamentos en humanidades*. Año VIII, 2007, pp. 179-92.

³ NACIONES UNIDAS. Convención de los Derechos del Niño. 1989. [En línea]. [Fecha de consulta 3 de julio de 2013]. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

⁴ BARRANCO AVILÉS, María del Carmen. «¿Por qué hay que proteger los derechos de los niños? Los derechos de los niños desde las teorías morales basadas en derechos». IMMF, Instituto Madrileño del Menor y la Familia, 2006. [En línea]. [Fecha de consulta 3 de agosto de 2013]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10016/9404>

⁵ DIEKEMA, D. S. «Ethical issues in research involving infants». *Seminars in Perinatology*, 2009, 33: pp. 364-71.

⁶ POWELL, R., et al. «Breaking evolution's chains: the prospect of deliberate genetic modification in humans». *Journal of Medicine and Philosophy*, 2011, 36: pp. 6-27.

⁷ MARTÍNEZ C. Mesa Redonda: «Problemas éticos y legales en Pediatría. Consentimiento informado en menores». En *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*. 2009, 49: pp. 303-

El contexto social y las capacidades de cada niño son muy diversos y por esto, la respuesta a los desafíos éticos en la investigación en niños no es sencilla. Aunque se puede pensar que no es ético investigar en niños debido a su vulnerabilidad, «la no investigación en menores de edad retrasa de manera importante la generación de conocimiento que contribuye al control de las enfermedades pediátricas»⁸. Como ejemplo de lo anterior, está el reporte en 2006 de Burke⁹, según el cual solo un 30 % de medicamentos pediátricos se encontraban validados en niños.

1. METODOLOGÍA

Este artículo se escribió a partir de la definición de categorías de análisis, como los dilemas morales, la resolución de estos, la toma de decisiones y la enseñanza de la bioética en instituciones de educación superior, por considerarlos útiles para los investigadores que trabajan con niños. De cada aspecto se buscó literatura relacionada tanto en revistas científicas como en literatura especializada y se empleó el buscador Google Académico (<http://scholar.google.es>), para la estructuración final de las categorías de información. Se utilizaron textos, de autores con experiencia en el tema, a los cuales se obtuvo acceso completo; de esta bibliografía se realizó una búsqueda para complementar la información. El trabajo de investigación finalizó en agosto de 2013.

⁸ OPEL, D. J., et al. «Characterisation of organisational issues in paediatric clinical ethics consultation: a qualitative study». En *Journal of Medical Ethics*, 2009, 35: pp. 477-82.

⁹ BURKE, W., et al. «Ethical issues arising from the participation of children in genetic research». En *Journal of Pediatrics*, 2006, 149: pp. S34-S38.

2. RESULTADOS

2.1 NORMAS SOBRE INVESTIGACIÓN EN NIÑOS

Lederer¹⁰ menciona que inicialmente las consideraciones éticas en investigación se restringían a la conciencia individual de los investigadores y solo se sometían a sanción por pares en el caso de que alguno de ellos lo considerara antiético. Hasta el siglo XVII, se pensaba que el niño tenía poco valor por sí mismo y se le otorgaba valor solo en función de ser un proyecto de adulto. Por esta razón, «los niños fueron seleccionados como sujetos de fácil acceso en investigación»¹¹, expuestos a riesgos innecesarios, mayores que los beneficios esperados, que además no respetaron la autonomía de los niños. Ejemplos de esto fueron, como lo menciona Bazin¹² y Ward¹³, la inoculación de la vacuna de Jenner en niños huérfanos en Francia y del virus de la hepatitis B a niños con discapacidad mental en la escuela de Willowbrook entre los años 1950 y 1970.

Las normas internacionales para investigación en niños fueron establecidas en la Declaración de Helsinki y en las pautas éticas para la investigación biomédica preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), «para evitar estas investigaciones abusivas, especialmente en niños

¹⁰ LEDERER, S. E. «Children as guinea pigs: historical perspective». *Account Res*, 2003, 10: pp. 1-16.

¹¹ DIEKEMA, D. S. «Conducting ethical research in pediatrics: a brief historical overview and review of pediatric regulations». *J Pediatr*, 2006, 149: pp. S3-11.

¹² BAZIN, H. «The ethics of vaccine usage in society: lessons from the past. Commentary». *Curr Opin Immunol*, 2001, 13: pp. 505-510.

¹³ WARD, J. W., et al. «Hepatitis B in the United States: a major health disparity affecting many foreign-born populations». *Hepatology*, 2012, 56: pp. 419-21.

institucionalizados»¹⁴. En 1977, el Congreso de los Estados Unidos de América (EE. UU.), encargó a la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos participantes en investigación biomédica, reportar los aspectos éticos exclusivos de investigación en niños. La Comisión Nacional¹⁵ influyó el desarrollo de Regulaciones Federales que gobiernan la investigación en niños en EE. UU. En Colombia, en el capítulo III de la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, se establecen las disposiciones generales de ética de cualquier investigación en seres humanos y para la investigación en menores de edad, vigentes en la actualidad.

2.2 ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

La ética en investigación se ha definido como «principios que determinan la correcta o incorrecta manera de actuar»¹⁶ o «conjunto de principios morales y reglas de conducta»¹⁷, sin embargo, los aspectos éticos en investigación están en constante evolución, en relación con los cambios en un contexto social e histórico particular. Emanuel¹⁸ estableció siete requerimientos éticos para la realización de la investigación clínica en general:

- valor científico o social;
- validez científica;
- selección justa de individuos;
- relación riesgo-beneficio favorable
- revisión independiente del proyecto;
- consentimiento informado;
- respeto por las personas.

Alderson¹⁹, para la investigación en niños en particular, desarrolló un marco ético que identifica, además de los siete requerimientos de Emanuel, otros como privacidad y confidencialidad y financiación e información para los niños, padres y otros involucrados. Estos principios han sido revisados y elaborados como guías para investigación con niños y adolescentes por Alderson y Morrow²⁰ y como lo anota Hill²¹ pueden agruparse en cuatro categorías:

- reclutamiento de los niños en la investigación;
- consentimiento y elección;
- posibles daños;
- privacidad y confidencialidad.

El reporte Belmont²² plantea dos aspectos éticos relacionados con el diseño del proyecto de investigación en niños:

- Debe tenerse especial cuidado en niños críticamente enfermos, ya que ellos son particularmente vulnerables y los padres

¹⁴ GÓMEZ, Ana Isabel. «Dimensiones del consentimiento informado en pediatría en Colombia». Programa de Educación Continua en Pediatría, 2008, Año 5: pp. 35-46.

¹⁵ JONSEN, A. R. «Research involving children: Recommendations of the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research». En *Pediatrics*, 1978, 62: pp. 131-136.

¹⁶ DAVEY, C., et al. «Researching with Children and Young People: Research Design, Methods and Analysis». K. Tisdall; J. Davis and M. Allagher. Editors. 2010. [En línea]. [Fecha de consulta 19 de julio de 2013]. Disponible en <http://qcite.qub.ac.uk/handle/123456789/15201>.

¹⁷ MORROW, V., et al. «The Ethics of Social Research with Children: An Overview». *Children & Society*, 1996, 10: pp. 90-105.

¹⁸ EMANUEL E. J., et al. «What makes clinical research ethical?». *JAMA*, 2000, 283: pp. 2701-11.

¹⁹ ALDERSON, P. «Consent and the social context». *Nurs Ethics*, 1995, 2: pp. 347-50.

²⁰ ALDERSON, P. y MORROW, V. *The ethics of research with children and young people: a practical handbook*. London: 2011, pp. 1-176.

²¹ M., HILL. *Ethical considerations in researching children's experiences*. In S.Greene & D.Hogan, editor. *Researching children's experience*. London: Sage Publications, 2005, pp. 61-86.

²² NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. 1979. US Government Printing Office (DHEW Publishing), editor. Washington, D.C., 2013, pp. 18-20.

o cuidadores están frente a un estrés que interfiere con su habilidad de decidir en representación del niño.

- Los niños no deben ser sujetos de investigación hasta que la seguridad y eficacia haya sido determinada en adultos, asumiendo, como menciona Cassell²³, que esto sea posible. Cuando sea posible, «los niños mayores deben ser estudiados antes de trabajar con los niños pequeños»²⁴.

Con respecto a este último aspecto, en Colombia, la Resolución 8430 de 1993, establece que se debe asegurar que previamente se hayan hecho estudios semejantes en mayores de edad y en animales inmaduros, con excepción de estudios de padecimientos específicos de ciertas edades. En relación con los comités de ética, su principal responsabilidad es proteger los derechos del sujeto de investigación y cuando estos sean niños, los comités deben incluir miembros con experiencia en pediatría. Se debe garantizar que el menor acepte la inclusión en la investigación por su voluntad y no bajo coacción, manipulación o persuasión por parte de los investigadores o de su representante legal. Se debe evitar incluir poblaciones con mayor vulnerabilidad, como niños discapacitados físicos y mentales, y tener siempre en cuenta el interés del sujeto por encima del de la sociedad.

2.3 PARTICIPACIÓN DE LOS NIÑOS EN INVESTIGACIÓN

La participación de los niños en investigación debe ser vista tanto como un proceso como un fin en sí mismo, y contribuir al desarrollo de los niños involucrados. En la tabla 1, están

los estándares específicos para la participación de los niños en investigación planteados por David *et al.*^{25,26} en comparación con los tres artículos del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef)²⁷, relacionados con la participación de los niños en investigación, tabla 1.

En la figura 1, se ilustra la escalera de la participación de los niños, creada por Hart²⁸. Existen ocho escalones, de los cuales, en los tres primeros no hay verdadera participación (manipulación, decoración y simbolismo); del cuarto escalón al octavo, sí hay verdadera participación. Ocho representa el mayor grado de participación, ya que las decisiones son iniciadas por niños y coordinadas con adultos.

Tres factores claves determinantes subyacen a estas facetas de participación: a) las capacidades individuales de los niños; b) el entorno de apoyo y c) las oportunidades creadas para la participación. En la participación es muy importante el análisis del contexto político, social y económico que puede revelar cómo se limita la participación y cómo se puede incrementar la participación. Los investigadores que involucran niños en sus proyectos, deben considerar estos niveles de participación y valorar, según el contexto general, si debe haber participación de los niños y cuál debe ser esta participación, dependiendo de su edad y el proyecto en particular.

²³ CASSELL, E. J. «The principles of the Belmont report revisited. How have respect for persons, beneficence, and justice been applied to clinical medicine?». *Hastings Cent Rep*, 2000, 30: pp. 12-21.

²⁴ ROSS, L. F., et al. «Ethical issues in pediatric trials». *Am Heart J*, 2001, 142: pp. 233-236.

²⁵ DAVID T., et al. *Ethical aspects of power in research with children*. In: A. Farrell, editor. *Ethical research with children*. Open University Press, Maidenhead, UK 2005, pp. 124-137.

²⁶ _____. *Protocols for research with children Education Inquiry* - Deborah Harcourt & Jonathon Sargeant, 2011.

²⁷ UNICEF. «Children Participating in Research, Monitoring And Evaluation (M&E) - Ethics and Your Responsibilities as a Manager». *Evaluation Technical Notes*, 2002, No. 1, pp. 1-2.

²⁸ HART, Roger. *Children's Participation: from Tokenism to Citizenship*. Nueva York: Unicef, 1992, p. 8.

Tabla 1. Estándares específicos para la investigación con niños

Artículos de la Unicef	Estándares de David et al.
Artículo 12. Los niños que pueden formar sus propios puntos de vista deberían tener el derecho de expresar esas perspectivas y de que sean tomadas en cuenta.	¿Cómo se evidencia en la propuesta el respeto por los niños?
	¿Cómo se van a representar las competencias emergentes de los niños?
	¿Cuál es el probable impacto de la investigación en los niños y que beneficio tangible tiene para ellos?
Artículo 13. Los niños son libres de no participar y no deben ser presionados. La participación es un derecho, no una obligación.	¿Qué proceso de consentimiento se piensa realizar?
Artículo 14. Las partes del Estado deben respetar el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, así como el papel de sus padres o responsables en su ejercicio de este derecho. Las actividades de investigación deben reconocer claramente e idealmente tratar de construir sobre estas funciones respectivas.	¿Por qué se va a realizar la investigación y qué consulta con los niños se ha realizado con relación a la pregunta de investigación?
	¿Cómo se van a involucrar los niños en el análisis de los datos?
	¿Cómo van a ser difundidos los hallazgos y cómo los aspectos relacionados con el respeto y los puntos de vista de los niños van a ser tenidos en cuenta?

Fuente: Modificado de David, et al. Ethical aspects of power in research with children. in: A.Farrell, editor. Ethical research with children. Open University Press, Maidenhead, UK 2005.

2.4 NIVELES DE RIESGO Y COCIENTE RIESGO/BENEFICIO

Una vez se ha determinado que el proyecto es adecuado, los riesgos potenciales de los participantes deben ser identificados y minimizados y los beneficios deben ser maximizados. El término «riesgo» se refiere a «la posibilidad de daños de cualquier tipo (físicos, psicológicos, económicos, sociales, etc.) que puedan ocurrir por la participación en la investigación»²⁹. La tabla 2 muestra la investigación categorizada

según consideraciones de riesgo/beneficio: a) sin riesgo mayor al mínimo, b) riesgo mayor al mínimo con posibilidad de beneficio directo de los niños involucrados, c) riesgo mayor al mínimo sin posibilidad de beneficio directo de los niños involucrados, pero con posibilidad de generar conocimiento generalizable, d) investigación que requiere una revisión más allá del comité de ética.

La permisividad para la realización de las investigaciones con niños varía según el país. En los EE. UU., se permiten las dos primeras categorías mencionadas en la tabla 2. En Europa

²⁹ CASSELL. *Op. cit.* pp. 12-21.

Figura 1. Niveles de participación de la población



Fuente: Hart, R. *Children's Participation: from Tokenism to Citizenship*. Nueva York: Unicef, 1992.

son menos permisivos. El Reino Unido es el país más rígido: solo permite investigación no terapéutica, cuando los riesgos no son mayores que el mínimo. En Colombia, la Resolución 8430 de 1993 permite las tres primeras categorías. Para las consideraciones de permisividad de la investigación, como lo anota Susman³⁰, es importante considerar cada caso de manera individual, teniendo en cuenta la gravedad y prevalencia de la enfermedad en la edad pediátrica, la disponibilidad de terapias alternativas, el potencial terapéutico y su exclusiva indicación o formulación pediátrica.

La evaluación del beneficio es más compleja en los biobancos de investigación, ya que, «en la mayoría de los casos, no va a haber un beneficio directo y solo beneficios potenciales

para futuros pacientes»³¹. En algunos países, el consentimiento informado (CI), será necesario para cualquier investigación en muestras de tejido almacenado, mientras que en otras será suficiente que los participantes sean notificados verbalmente, y esto puede ocurrir cuando ellos ya han alcanzado una mayoría de edad. Una proporción de los niños que donan muestras biológicas para investigación genética, nunca alcanzarán la mayoría de edad o nunca tendrán competencia legal por su condición de salud. Estos casos requieren un tratamiento diferente, ya que no hace sentido un CI por el participante o un reconsentimiento verbal, sino que en estos casos la decisión dependerá del representante legal que dio el consentimiento inicial.

³⁰ SUSMAN, E. J., et al. «Participation in biomedical research: the consent process as viewed by children, adolescents, young adults, and physicians». *J Pediatr*, 1992, 121: pp. 547-52.

³¹ HENS K., et al. *Developing a policy for paediatric biobanks: principles for good practice*. *Eur J Hum Genet*, 2013, 21: pp. 2-7.

Tabla 2. Requerimientos para aprobación por el comité de ética de proyectos con participación de niños según el riesgo.

Categoría	Requerimientos para aprobación
1. Sin riesgo mayor al mínimo	Se tiene prevista la solicitud de asentimiento del niño y el permiso de sus padres o guardianes.
2. Riesgo mayor al mínimo con posibilidad de beneficio directo de los niños involucrados en la investigación.	Balance favorable entre posibles riesgos y posibles beneficios para los niños participantes. Se tiene prevista la solicitud de asentimiento del niño y el permiso de sus padres o guardianes.
3. Riesgo mayor al mínimo sin posibilidad de beneficio directo de los niños involucrados en la investigación, pero con posibilidad de generar conocimiento generalizable sobre la enfermedad.	El riesgo es cercano al mínimo. La experiencia para el niño por la intervención para realizar es similar a la inherente a su condición médica actual, u otras situaciones médicas, dentales, psicológicas, sociales o educativas. El posible conocimiento generalizable producto de la investigación es de vital importancia para el entendimiento o atenuación de la enfermedad. Se tiene prevista la solicitud de asentimiento del niño y el permiso de sus padres o guardianes.
4. Investigación que requiere una revisión más allá del comité de ética (p. e. FDA) ya que no cumple con los requisitos de las categorías anteriores, pero presenta una oportunidad razonable para un mayor entendimiento de un serio problema de salud o bienestar de los niños.	Un panel de expertos de disciplinas pertinentes (p. e. ciencia, medicina, educación, ética, leyes) y luego de una revisión pública se determina que: 1) la investigación de hecho satisface las condiciones de las anteriores categorías o 2) la investigación presenta una oportunidad razonable para un mayor entendimiento de la prevención o manejo de un serio problema que afecta la salud o el bienestar de los niños y puede ser conducido, según los principios éticos. Se tiene prevista la solicitud de asentimiento del niño y el permiso de sus padres o guardianes.

Fuente: Modificado de David, *et al. Ethical aspects of power in research with children*. In: A. Farrell, editor. *Ethical research with children*. Open University Press, Maidenhead, UK 2005.

2.5 ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuando el niño no puede consentir. El permiso/consentimiento parental: Con pocas excepciones, «toda la investigación en niños requiere del permiso de los padres, mediante el consentimiento informado/permiso parental»³². Cuando el niño es menor de 7

años o su edad es cercana, se requiere un consentimiento subrogado a un adulto responsable. Las regulaciones de EE. UU. tienen la definición de permiso parental como el acuerdo del padre(s) o guardián(es) para que el niño participe en la investigación. El padre puede ser biológico o adoptivo, y el guardián es el individuo autorizado por la ley para consentir, en lugar del niño, para procedimientos médicos.

El proceso del permiso parental o del guardián es similar al del CI, con excepción de algunos

³² NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *Op. cit.* p. 13.

requerimientos adicionales. Se asume que los padres o representantes legales actúan en favor de los niños cuando toman la decisión, lo cual no siempre es cierto. Pueden existir conflictos de intereses entre el menor y los padres o tutores. Como afirma Martínez³³, el investigador debe conocer los aspectos éticos y legales para poder ejercer un rol mediador y justo entre ambas partes, y que sea beneficioso para el niño. Los pagos o incentivos ofrecidos a los padres por la participación de sus hijos en investigación, deben ser considerados cuidadosamente. Cualquier incentivo financiero tiene «el potencial de distorsionar la decisión a tomar, tentado a los padres a considerar otros aspectos más allá del bienestar de su hijo»³⁴.

Es importante distinguir entre los reembolsos por costos asociados para los padres (p. e. transporte y alimentación), compensación por tiempo e inconveniencia, y pagos para estimular la participación en investigación, y esto debe quedar estipulado en el CI.

Las investigaciones que corresponden a las categorías de riesgo 3 y 4 de la tabla 2, requieren del permiso de ambos padres en la mayoría de los países, incluido Colombia. Las regulaciones permiten una excepción a este requerimiento, si: a) uno de los padres ha muerto, b) no se conoce su identidad, c) es incompetente, d) no se encuentra disponible o e) cuando solo uno de los padres ejerce la patria potestad. El US Department of Health and human Services de EE. UU.³⁵ establece que solo si el estudio es sobre neonatos de viabilidad incierta, de riesgo mínimo o los que ofrezcan la posibilidad de un beneficio directo para el participante, se acepta

el CI de un solo padre. Esto no es fácil, como lo establecen en un estudio Bwakura-Dangarembizi³⁶ *et al.*, en sitios como África, donde, por ejemplo, los niños con HIV/SIDA comúnmente viven separados de sus padres por su enfermedad o porque los padres trabajan en áreas rurales, casos en los cuales es difícil establecer quién es el guardián del menor.

En algunas situaciones es posible obviar la solicitud del permiso parental:

- en investigaciones de riesgo mínimo, que no afecte negativamente el bienestar de los niños y en la que no es posible solicitar el permiso;
- cuando la obtención del permiso no va a contribuir a la protección del niño (p. e. negligencia o abuso del menor). Esta situación es condicional, proveída como un mecanismo apropiado para proteger al niño que va a participar y la excepción no es inconsistente con la ley. La Food and Drug Administration (FDA) de los EE. UU., por ejemplo, no permite esta situación de excepción a la solicitud del permiso. La única excepción que la FDA considera es en investigaciones realizadas para evaluar tratamientos de una situación de urgencia que ponga en riesgo la vida del niño, donde el paciente no puede dar el consentimiento/asentimiento y la familia tampoco está disponible para darlo.

Respecto de la investigación en menores especiales (huérfanos, institucionalizados), se aplican las protecciones antes mencionadas y se adiciona la condición de nombrar un tutor o representante que los proteja. En algunos

³³ MARTÍNEZ. *Op. cit.* p. 303.

³⁴ WENDLER, D. *et al.* «The ethics of paying for children's participation in research». *J Pediatr*, 2002, 141: pp. 166-71.

³⁵ US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS. *Additional protections for children involved as subjects in research*. Subpart D 2005, p. 13.

³⁶ BWAKURA-DANGAREMBIZI, M., *et al.* «Ethical and legal constraints to children's participation in research in Zimbabwe: experiences from the multicenter pediatric HIV ARROW trial». *BMC Med. Ethics*, 2012, 13: p. 17.

casos los padres pueden ser menores de edad. La mayoría de las legislaciones contemplan que «padres adolescentes den el consentimiento legal para que el niño participe en investigación realizando un seguimiento más estricto por parte del comité de ética»³⁷.

2.5.2 Cuando el niño no puede consentir, pero sí asentir: En el desarrollo del niño como persona, la madurez, autonomía y plena capacidad de decisión se adquieren mediante un proceso progresivo que dura años. La autonomía permite el gobierno de los actos individuales y da razón de estos. La autonomía involucra dos preceptos éticos, como anotan Martínez³⁷ y Gómez³⁸: a) todas las personas deben ser tratadas como agentes autónomos y b) todas las personas con disminución de la autonomía tienen derecho a la protección.

El planteamiento tradicional de la incapacidad presunta de todo menor ha ido modificándose. Según Bärbel³⁹, los niños logran plena identificación de los derechos individuales y los principios éticos universales alrededor de los 14 años, sin embargo, la edad no es la medida óptima de la capacidad mental. Rueda⁴⁰ afirma que el hecho de que los menores de edad y, sobre todo, los adolescentes, también podían ser tenidos por pacientes con derechos, ha empezado a interesar a la comunidad. Los estudios que van a seguir a niños hasta la adolescencia deben considerar los deseos del niño que va ganando autonomía y madurez y respetar sus decisiones. Los investigadores deben considerar, si en menores va a permitirse con el consentimiento

retrospectivo el uso futuro de las muestras y los datos colectados, o si los niños deben consentirse o reconsentirse, según sea el caso, luego de los 18 años.

Buchanan y Brock⁴¹, resumen en tres los criterios de capacidad, pero los contenidos de cada criterio son complejos y requieren ser concretados situacionalmente:

- comprensión y comunicación: Habilidades intelectuales y cognitivas, aptitudes proyectivas y posibilidades comunicativas;
- razonamiento y deliberación: Aptitudes para el razonamiento probabilístico, para la evaluación de alternativas y para sopesar adecuadamente las consecuencias posibles a corto, medio y largo plazo;
- escala de valores: Posesión de una escala de valores o de una concepción de «lo bueno» y valores estables, consistentes y asumidos como propios.

Estos criterios se van desarrollando entre los 7 y 18 años. En este rango de edad surge una situación intermedia entre el consentimiento delegado a un adulto y el consentimiento autónomo, que se denomina asentimiento. Para este último, «se debe suministrar al niño información adaptada para su edad; privarlo de ella, por una actitud de paternalismo mal entendido, es inmoral, porque le anula como persona»⁴². Preguntar al niño y contar con él es una forma de reconocer su dignidad como persona y su condición de sujeto moral, y esto es así, no solo atendiendo a criterios éticos, sino también legales. El asentimiento es un acto sin valor

³⁷ MARTÍNEZ. *Op. cit.*, p. 304.

³⁸ GÓMEZ. *Op. cit.*, p.39.

³⁹ BÁRBEL, I., et al. *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós, 1972.

⁴⁰ RUEDA CASTRO, Laura. «Investigación con personas en situación de discapacidad». 2013. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de julio de 2013]. Disponible en <http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/107985>

⁴¹ BUCHANAN, A y BROCK, D. *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge: University Press, 1990, pp. 215-234.

⁴² KUTHER, T. L. «Medical decision-making and minors: issues of consent and assent». *Adolescence*, 2003, 38: pp. 343-58.

legal de aceptación, realizado por una persona parcialmente capaz, que debe ir acompañado siempre del consentimiento verbal o escrito, si es necesario, de los padres o tutores. Implica un reconocimiento de la autonomía y constituye un acto de gran valor ético.

En Colombia, la Corte Constitucional establece límites al derecho de los padres como representantes legales de los niños, sustentado en que «el niño no es propiedad de sus padres y posee una libertad y autonomía en desarrollo, con protección constitucional»⁴³. En general, se tiende a que el consentimiento de los padres no excluya el de los niños. Ante la duda de que no exista acuerdo entre los padres y el menor, el consentimiento no debe ser firmado frente a los padres y se debe discutir con el menor para que pueda expresar su voluntad como lo estipula la reglamentación francesa. Se debe propiciar el diálogo entre el menor y sus padres para llegar a un acuerdo.

Las políticas sobre la autonomía del menor en la toma de decisiones asociadas a la investigación varían. La reglamentación y la literatura en general coinciden en que si el menor es mayor de 12 años, se favorece la aplicación del asentimiento. En España, la Ley básica 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente (LBAP)⁴⁴, establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años, y solo si los mayores de 12 años son incapaces intelectual y emocionalmente de entender el alcance de la intervención, la decisión la tomará el representante legal, tras escuchar su opinión. Por tanto, entre los 12 y los 16 años, queda una franja de edad en la que habría que valorar la madurez para tener en cuenta la capacidad de decidir. En Canadá, se considera esta autonomía desde los 14 años. En el Reino Unido se determinó que el niño tiene

inteligencia y entendimiento a partir de los 7 años. En EE. UU., varían según el estado, y se establecen límites a los 14, 16 y 18 años.

Respecto de la percepción de cuál es la edad límite en la cual un menor entiende la información que se le expone, un estudio realizado en el Reino Unido por Alderson⁴⁵, en pacientes que requerían cirugía ortopédica programada, mostraba cómo los niños situaban esa edad límite a los 14 años, los padres a los 13,9 años y los médicos a los 10,3 años. La American Academy of Pediatrics⁴⁶ considera que en niños menores de 12 años, se debe obtener el asentimiento frente a procedimientos menores, como extracciones de sangre, «órtesis» para escoliosis, tratamiento quirúrgico estético para malformación de orejas. De acuerdo con esto, el rechazo de un niño a tratamientos que no son prioritarios o a participar en un ensayo clínico, debe ser respetado. El aporte de un niño, al igual que el de cualquier persona, debe ser sopesado como una perspectiva e interpretado a la luz de su experiencia, intereses y habilidades en desarrollo.

En Colombia, la Resolución 8430 de 1993 establece que se debe obtener certificación de un neurólogo, siquiatra o psicólogo, sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del individuo. Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor lo permitan, se deberá obtener, además, su aceptación para ser sujeto de investigación, después de explicársele su participación en el estudio.

2.5.3 Cuando el niño sí puede decidir. El menor maduro y el adolescente emancipado: El «menor maduro» y el «adolescente emanci-

⁴³ GÓMEZ. *Op. cit.* pp. 35-46.

⁴⁴ ESPAÑA. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. «Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica».

⁴⁵ ALDERSON, P. «Everyday and medical life choices: decision-making among 8- to 15-year-old school students». En *Child Care Health Dev*, 1992, 18: pp. 81-95.

⁴⁶ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. «Guidelines for the ethical conduct of studies to evaluate drugs in pediatric populations». Committee on Drugs, 1995, 95: pp. 286-294.

pado», son términos empleados para designar menores de edad «que con información adecuada poseen la competencia y voluntad para ejercer su autonomía, ya que poseen un grado de madurez psicológica que les permite disfrutar de los derechos de personalidad en grado mayor o menor»⁴⁷. Para valorar la madurez de un menor no hay estándares ni pruebas validadas y, dicho sea de paso, es un tema muy cuestionable, ya que una parte no despreciable de los adultos, entre las que puede estar el profesional sanitario, nunca llega a esa madurez. Por eso, «quizás, es más adecuado valorar la racionalidad y madurez de la decisión, más que la “madurez global” del menor»⁴⁸. Debe ser el médico que atiende al menor, el que valore la madurez de la decisión en función de los parámetros siguientes:

- capacidad de entender, juzgar y valorar situaciones concretas;
- escala de valores consistente y coherente;
- facultades afectivas y psicológicas normales;
- posibilidad de jerarquizar alternativas y valorar el balance riesgo/beneficio;
- adecuada capacidad de comunicación;
- voluntad y ausencia de coacciones: ni explícitas ni implícitas.

La madurez y autonomía del adolescente pueden variar según la estructura social y familiar. De acuerdo con los rangos de edad, es universalmente aceptado que el menor de 12 años no es autónomo. De 12 a 14 años, tiene cierta

capacidad de autonomía y de 15 a 18 años, se considera autónomo. Ante la duda acerca de la competencia de un paciente para ser autónomo al tomar decisiones, se debe buscar el apoyo de comités de ética o la valoración por psiquiatra. Hay situaciones especiales, en las cuales los padres no tienen autoridad, como es el caso del adolescente emancipado. Algunos de los elementos que se tienen en cuenta en la mayoría de países para definir esta condición son: menor emancipado económicamente de sus padres; menor con estado civil casado o separado; menor que pertenece a las fuerzas militares.

2.5.4 Cuando los padres también son sujetos de investigación: En la investigación con niños, en muchos casos se requiere la información provista por los padres y en estos casos, ellos también son participantes de la investigación. En los casos donde la información privada identificable de un niño provee información identificable de sus padres (p. e. uso de sustancias psicoactivas), Diekema⁴⁹ propone que los padres deben considerarse como sujetos de investigación y deben ser conscientes de los riesgos potenciales para ellos y el niño.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es un deber ético investigar en aspectos de salud en niños para su beneficio; sin embargo, las consideraciones éticas que se deben tener en cuenta no son simples. Los investigadores que trabajen con niños deben ser conscientes de esta complejidad, y no simplemente reducirse a la firma del CI por los representantes legales. La consideración de los aspectos éticos de una investigación que involucra niños, debe realizarse desde el planteamiento del estudio, debido a que estas consideraciones no son sen-

⁴⁷ SÁNCHEZ JACOB, Martha. «El menor maduro». En *Boletín de Pediatría*, 2005, 45: pp. 156-160.

⁴⁸ MARTÍNEZ. *Op. cit.*, p. 305.

⁴⁹ DIEKEMA, D. S. «Ethical issues in research involving infants». *Semin Perinatol*, 2009, 33: pp. 364-71.

cillas y deben ser cuidadosamente valoradas en contextos culturales y particulares.

La investigación debe asegurar todos los lineamientos de las normas y no olvidar la valoración de la autonomía del niño para la toma de decisiones. No se debe omitir nunca el asentimiento en los casos pertinentes, el cual es el reconocimiento de la autonomía del menor. Aunque los padres o representantes legales pueden consentir en nombre de los menores, los niños son titulares de sus derechos y no son propiedad de los padres.

La edad del individuo establece legalmente la mayoría de edad, pero esta varía entre países, en un amplio rango de los 16 a los 21 años. Desde el punto de vista ético, la edad no determina de manera absoluta ni precisa el grado de madurez, y siempre se debe estar alerta de cuándo el niño se constituye en un sujeto autónomo, aunque no tenga la edad establecida según la legislación de cada país. También es importante tener en cuenta que el nivel de madurez y autonomía no es igual en diferentes aspectos de un mismo individuo y por eso es muy importante informar de manera completa y eficiente, para poder determinar si el menor puede tener autonomía sobre esta decisión.

Los comités de ética deben velar por el cumplimiento de todas las normas relacionadas con investigación en seres humanos, y tratar con mucho cuidado los aspectos relacionados específicamente con la investigación en niños.

Bibliografía

1. ALDERSON, P. *Consent and the social context*. Nurs Ethics, 1995.
2. _____. *Everyday and medical life choices: decision-making among 8- to 15-year-old school students*. Child Care Health Dev, 1992.
3. _____. and MORROW, V. *The ethics of research with children and young people: a practical handbook*, London, 2013.
4. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Guidelines for the ethical conduct of studies to evaluate drugs in pediatric populations*. Committee on Drugs, 1995.
5. BÁRBEL, I., et al. *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires, 1972.
6. BARRANCO AVILÉS, M. *¿Por qué hay que proteger los derechos de los niños? Los derechos de los niños desde las teorías morales basadas en derechos*. Instituto Madrileño del Menor y la familia (IMMF), 2006. [En línea]. [Fecha de consulta 3 de agosto de 2013]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10016/9404>.
7. BAZIN, H. *The ethics of vaccine usage in society: lessons from the past*. Commentary. Curr Opin Immunol. 2001.
8. BEECHER, H. K. *Ethics and clinical research*. N Engl J Med, 1966.
9. BUCHANAN, A., and BROCK, D. *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge: University Press, 1990.
10. BURKE W., et al. *Ethical issues arising from the participation of children in genetic research*. J Pediatr, 2006.
11. BWAKURA-DANGAREMBIZI, M., et al. *Ethical and legal constraints to children's participation in research in Zimbabwe: experiences from the multicenter pediatric HIV ARROW trial*. BMC Med Ethics, 2012.
12. CASSELL, E. J. *The principles of the Belmont report revisited. How have respect for persons, beneficence, and justice been applied to clinical medicine?* Hastings Cent Rep, 2000.
13. DAVEY, C., et al. *Researching with Children and Young People: Research Design, Methods and Analysis*. K. Tisdall, J. Davis, M. Allagher, editors. 2010. [En línea]. [Fecha de consulta 8 de agosto de 2013]. Disponible en <http://qcite.qub.ac.uk/handle/123456789/15201>.
14. DAVID, T., et al. *Ethical aspects of power in research with children*. in: A. Farrell, editor. *Ethical research with children*. Open University Press, Maidenhead, UK, 2005.
15. _____. *Protocols for research with children* Education Inquiry. Deborah Harcourt & Jonathon Sargeant, 2011.
16. DIEKEMA, D. S. *Conducting ethical research in pediatrics: a brief historical overview and review of pediatric regulations*. J Pediatr, 2006.
17. _____. *Ethical issues in research involving infants*. Semin Perinatol, 2009.
18. _____. *Taking children seriously: what's so important about assent?* Am J Bioeth, 2003, 3: 25-26.
19. EMANUEL, E. J., et al. *What makes clinical research ethical?* JAMA, 2000.

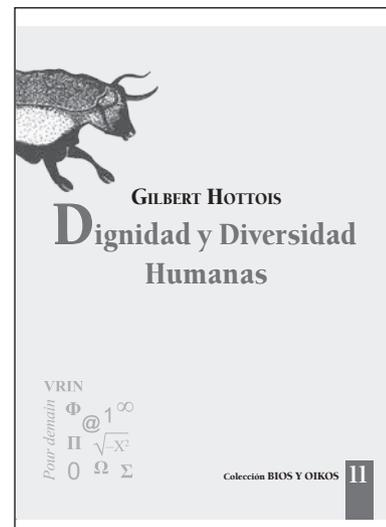
20. ESPAÑA. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, 2002.
21. GÓMEZ, Ana Isabel. Dimensiones del consentimiento informado en pediatría en Colombia. Programa de Educación Continua en Pediatría, 2008.
22. HART, Roger. *Children's Participation: from Tokenism to Citizenship*. Nueva York: Unicef, 1992.
23. HENS, K., et al. *Developing a policy for paediatric biobanks: principles for good practice*. Eur J Hum Genet, 2013.
24. HILL, M. *Ethical considerations in researching children's experiences*. In: S.Greene & D.Hogan, editor. *Researching children's experience*. Londres: Sage Publications, 2005.
25. JONSEN, A. R. *Research involving children: Recommendations of the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Pediatrics, 1978.
26. KUTHER, T. L. *Medical decision-making and minors: issues of consent and assent*. Adolescence, 2003.
27. LEDERER, S. E. *Children as guinea pigs: historical perspective*. Account Res, 2003.
28. MORROW, V., et al. *The Ethics of Social Research with Children: An Overview*. Children & Society, 1996.
29. MARTÍNEZ, C. «Problemas éticos y legales en Pediatría. Consentimiento informado en menores. Mesa Redonda». En *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 2009.
30. NACIONES UNIDAS. Convención de los Derechos del Niño. 1989. [En línea]. [Fecha de consulta 3 de julio de 2013]. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.
31. NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. 1979. US Government Printing Office (DHEW Publishing), editor. Washington, DC 2013. [En línea]. [Fecha de consulta 5 de junio de 2013]. Disponible en http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf
32. OPEL, D. J., et al. «Characterisation of organisational issues in paediatric clinical ethics consultation: a qualitative study». *Journal of Medical Ethics*, 2009.
33. POWELL, R., et al. *Breaking evolution's chains: the prospect of deliberate genetic modification in humans*. J Med Philos, 2011.
34. ROSS, L. F., et al. *Ethical issues in pediatric trials*. Am Heart J, 2001.
35. RUEDA CASTRO, Laura. Investigación con personas en situación de discapacidad. 2013. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de julio de 2013]. Disponible en <http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/107985>.
36. SANCHÉZ JACOB, Martha. «El menor maduro». *Boletín de Pediatría*, 2005.
37. SÁNCHEZ VAZQUEZ, M. J. «Ética e infancia: el niño como sujeto moral». *Fundamentos en Humanidades*, 2007.
38. SUSMAN, E. J., et al. *Participation in biomedical research: the consent process as viewed by children, adolescents, young adults, and physicians*. J Pediatr.
39. UNICEF. *Children Participating in Research, Monitoring And Evaluation (M&E) - Ethics and Your Responsibilities as a Manager*. Evaluation Technical Notes, 2002.
40. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS. *Additional protections for children involved as subjects in research. Subpart D*. 2005.
41. WARD, J. W., et al. *Hepatitis B in the United States: a major health disparity affecting many foreign-born populations*. Hepatology, 2012.
42. WENDLER, D., et al. *The ethics of paying for children's participation in research*. J Pediatr, 2002.

Dignidad y diversidad humanas, de Gilbert Hottois*

Jaime Escobar Triana**

Gilbert Hottois es ya un referente contemporáneo cuando hablar de filosofía y filología se trata. Y de bioética. Tres campos del conocimiento en los cuales ha demostrado su conocimiento y su autoridad como investigador y doctrinante. Y es en bioética que Hottois tiene tantos, y cada vez más interesantes, aportes. Lo anterior es evidente en *Dignidad y diversidad humanas*, editado por la Universidad El Bosque, con traducción del francés al español de Julio César Bermúdez Panche. La traducción de esta obra tiene una gran importancia, para la comunidad académica de habla hispana, porque reúne tan profundas reflexiones y discusiones acerca de las nociones de dignidad y diversidad humanas interpeladas por la bioética.

La lectura de *Dignidad y diversidad humanas*, además de contribuir a la comprensión del pensamiento de Gilbert Hottois, permite en relación con la filosofía y la bioética ampliar y avanzar en los conocimientos y posibilidades de la cultura tecnocientífica y multicultural para países desarrollados, así como para los países latinoamericanos, en especial para Colombia.



Este libro es un aporte doctrinal del filósofo interesado por algunas de las preocupaciones de la bioética: la especie humana, su dignidad y su diversidad, natural y no natural. Este texto es el resultado de una investigación sobre el concepto y los fundamentos de la dignidad humana, realizado en colaboración con la Unión Internacional de las Academias, la Fundación Europea para la Ciencia y la Unesco entre los años 2005 y 2007. El texto es de interés para la comunidad académica en general y de la bioé-

* Filósofo belga, nacido en 1946. Estudió en la Universidad Libre de Bruselas (1967) donde es profesor de la Facultad de Filosofía y Letras e investigador del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Bioética. Doctor en Filosofía y profesor invitado en las universidades Laval en Quebec, Montreal, Abdijan y El Bosque. Es autoridad reconocida en bioética y miembro de numerosos comités y sociedades de bioética y filosofía, entre estos el Comité Consultor de Bioética y de la Academia Real de Bruselas.

** Médico cirujano, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; Cirugía y enfermedades del colon, St. Mark's Hospital, Londres; magister en Filosofía, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia; magister en Bioética, Universidad de Chile, OPS. Ph. D. en Bioética, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia; director de los Programas de Especialización, Maestría y Doctorado en Bioética, Universidad El Bosque. Correo electrónico: doctoradobioetica@unbosque.edu.co

tica en particular, debido a que en sus debates se recurre frecuentemente al significado de la dignidad humana, en especial haciendo énfasis en ella como valor en sí mismo, intrínseco, innato, substancial, propio de nuestra especie, aun cuando los debates sobre el tema han trascendido al punto de haberse planteado como lo hace Peter Singer que algunos vivientes no humanos tienen dignidad.

En el caso de los humanos, Hottois recalca que «la dignidad intrínseca, su significado y sus implicaciones recaen principalmente en la tradición cristiana y las posiciones filosóficas idealistas o naturalistas espiritualistas compatibles con esta tradición», pero que esta noción de dignidad es criticable tanto formal como substancialmente. Plantea, además, que así como el proceso evolutivo ha acompañado el desarrollo tecnocientífico de los humanos, la dignidad del ser humano, bien sea individual o colectiva, también tiene la capacidad evolutiva de sobrepasarse, de mejorarse y no permanece limitada a los postulados de la tradiciones o la idea de naturaleza.

Las preguntas por el ser humano de fuentes filosóficas y antropológicas tienen un fuerte arraigo histórico por la importancia que adquieren en diversas culturas, credos religiosos y pensamientos filosóficos. Son preguntas que encierran un especial sentido, aún más, cuando la especie humana ha alcanzado la posibilidad de ser ella misma artífice de su proceso evolutivo. ¿En realidad estamos presenciando el fin de la naturaleza humana por las transformaciones que posibilitan las tecnociencias como lo presagian Habermas, Fukuyama, Kass, entre otros? ¿Es unívoca la noción de naturaleza y dignidad humana? ¿Las nuevas técnicas biofísicas (genéticas y otras) son medios que trasgreden la esencia humana y por ende su dignidad? O por el contrario, ¿con las nuevas técnicas biofísicas se guarda fidelidad a la característica técnica

que siempre ha acompañado a la especie humana? ¿Cuál es el sentido de la transcendencia de una superioridad de la condición humana teniendo en cuenta la inmensidad abierta del futuro? ¿Cómo integrar estas cuestiones inmersas del tiempo y de la contingencia en el pensamiento social, político y económico de hoy y para el mañana?

Estos son algunos de los interrogantes que para Hottois generan controversia y ameritan estar presentes en las deliberaciones bioéticas, del mundo contemporáneo caracterizado por la expansión de una cultura tecnocientífica, especialmente por los avances de la biomedicina, en su intento de adaptarse a individuos y comunidades.

Hottois propone la expansión de una metacultura del multiculturalismo respetuosa de la diversidad, las tradiciones y las mentalidades; es decir, de la variedad según la cual los hombres le otorgan simbólicamente significados y valores a la vida, a la forma de disfrutarla, a paliarla o sublimar los sufrimientos. La cultura del multiculturalismo, incluye también, según Hottois una capacidad de integración no violenta, porque ella fomenta el reconocimiento del otro y la posibilidad de entrar con el otro en diálogo y no en conflicto. Para tal fin Hottois plantea los lineamientos de un nuevo paradigma social en formación inspirado en los comités de ética o de bioética con un perfil que bosqueja en el capítulo II del texto. Estas nuevas instituciones, afirma Hottois, parecen ser más aptas para ayudar a gestionar, con un sentido progresista sostenible, los problemas de nuestra civilización tecnocientífica y multicultural, en la era de la posmodernidad tecnosimbólica.

En el capítulo uno desarrolla la noción plural de la dignidad humana en Europa y el uso del término *naturaleza humana*. Interpela con la bioética a los filósofos contemporáneos

Bernard Baertschi, Jürgen Habermas, Richard Rorty, John Harris y Nick Bostrom. Ante posiciones ontológicas acerca de la dignidad humana se cuestiona sobre si tal bricolaje filosófico (metafísico, teológico) en bioética, no es más que una manera de responder a buenas causas psicológicas y sociales. Finalmente, demuestra una vez más la extensión y rica comprensión diacrónica y sincrónica, del campo semántico de la dignidad.

El capítulo dos describe algunas de las declaraciones controversiales del Consejo de Europa en general y la presentación a la edición en español de Bélgica en particular. Con la autoridad que le da haber participado activamente en ambos comités y ser testigo de primera línea presenta sus tesis centrales alrededor de los consensos y los disensos pragmáticos y ontológicos: «En un primer análisis, diría que si hay que concederle a mi posición una ontología presupuesta, esta será una ontología del futuro, de la apertura, de la diversidad [...], favorable al empirismo, a la experimentación, a la exploración, a la evolución, al proceso, a la libertad de descubrir, que inventa, crea [...] Pero será sin duda más claro y más pertinente de describir mi posición ontológica como un materialismo operacional».

En el capítulo tres Hottois reconoce que en la base del pensamiento de Habermas está el reconocimiento mutuo igualitario de los sujetos que se comunican en la sociedad. Respetar la dignidad, exige, según esta tesis, que no se alteren las bases de esta dinámica. Sin embargo, la afirmación anterior, para Hottois, entra en conflicto con las prohibiciones que hace el mismo Habermas a la biotecnología, una vez que esta supera los límites de una biomedicina terapéutica al servicio de la naturaleza y la eugenesia, por su tendencia de reintroducir artificialmente al hombre en el tiempo de la evolución. La posición de Hottois, al respecto,

queda manifiesta en la pregunta siguiente: ¿por qué no ver en las técnicas biofísicas (genéticas y otras) los medios nuevos en desarrollo, más apropiados y eficaces, en algunos aspectos, a los cuales la conciencia puede aferrarse con prudencia y preocupación ética, pero sin mirar automáticamente una trasgresión de la esencia?

En el capítulo cuatro Hottois destaca el especial interés de la ética, por la diversidad, en la época de la mundialización y de multiculturalismo. Sin embargo, de manera infortunada, para las colectividades y las personas las diferencias son vistas como desigualdades y discriminación, más que el goce de una riqueza que todos pueden disfrutar. De igual forma, el respeto de la diversidad de posiciones y la multiplicación de los principios bioéticos sin jerarquía definida y estable no debe ser vista como una catástrofe relativista, sino como una oportunidad para ampliar los valores que pueden orientarnos al ser contextualizados, según condiciones particulares: «La diversidad, frecuentemente, mantiene la unidad de forma diversa: el pluralismo ético no es una yuxtaposición de monólogos morales, ni un dualismo antagonista».

En el capítulo cinco manifiesta que el ser humano no es solo un ser biofísico, también es simbólico, cultural que pregunta por significados y valores a los cuales las ciencias y las técnicas no responden o dan una respuesta que no es universalizable. Con este significado nuestra civilización es también además de tecnocientífica, multicultural, desigual y diversamente articulada alrededor de las prácticas de I&D, ante lo cual propone, la ya mencionada y tentadora hipótesis de trabajo «sostener una metacultura del multiculturalismo».

El capítulo seis presenta una de las tesis que dan mayor realce a la bioética y hace referencia a que los comités de bioética pueden, de manera análoga, percibirse como modelo de sociedad,

pues en su concepto, «tienden a sustituir a la comunidad científica en su rol de modelo social global». Explica cómo se fue dando en su obra la propuesta e importancia del término de tecnociencia. Por su capacidad de acción y producción la tecnociencia no cesa de desarrollarse y no deja las cosas como son, además de extender la gama de posibilidades, por lo cual, según existe una validez transcultural de la operatividad tecnocientífica que permite distinguir entre las leyes científicas y los procedimientos técnicos por una parte, y las leyes y los procedimientos jurídicos y morales por otra.

En el capítulo siete se enuncian los presupuestos que se sugieren han provocado la crisis de la modernidad. La necesidad de establecer prioridades en razón al hecho de que los recursos son limitados ha diferido la respuesta técnica a la crisis. Sin embargo, se plantea la importancia de incorporar, al pensamiento social, político y económico de hoy y para mañana, los aportes de las tecnociencias a las nociones de tiempo y contingencia.

El capítulo ocho está dedicado a la crisis económica, crítica de la tecnociencia y el regreso a la ética. En este capítulo el profesor Hottois

desarrolla sus mejores argumentos en favor de las posibilidades tecnocientíficas. Propone un principio de realidad evolutiva, dado que los seres humanos tienen la capacidad de autoevolucionar y pueden emprender y empujar indefinidamente sus límites, aun cuando no son conscientes de su finitud circunstancial. Los límites económicos están estrechamente ligados a los límites técnicos, así como a los límites psicosociales, en sus términos: «el hombre, la consciencia, el espíritu no tienen ningún chance del porvenir, sino operando incansable y prudentemente, el cruzamiento de los límites, cualquiera que ellos sean».

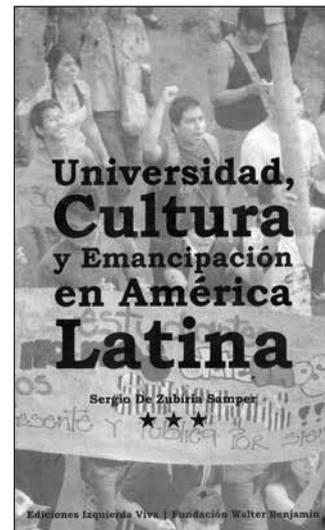
En el capítulo nueve a manera de terminación y en relación con la posmodernidad tecnosimbólica, caracterizada por innumerables interacciones entre artefactos simbólicos y técnicos, se anticipa la conclusión siguiente: «No hay más ontologías en la posmodernidad pues esta corresponde a un proceso de desontologización [...] abre un espacio ilimitado de plasticidad, de cambio de metamorfosis simbólica que rinde posibilidades de propuestas de cambio y metamorfosis operatoria, pero ellas parecen al mismo tiempo muy reticentes a aventurarse».

Universidad, cultura y emancipación en América Latina, de Sergio De Zubiría Samper*

Constanza Ovalle Gómez**

Maestros son pocos, profesores son muchos. Sergio De Zubiría Samper es uno de esos pocos. Y así lo demuestra su trayectoria y su más reciente libro *Universidad, cultura y emancipación en América Latina*, en la que entrega a sus estudiantes, y a la comunidad académica en general, valiosas enseñanzas, minuciosos aportes académicos e importantes reflexiones sobre la educación. Y hacer reflexiones sobre la educación es, simple y llanamente, hacer pedagogía actividad para la cual no solo está sobradamente capacitado, sino cargado de largos años de experiencia. De manera ejemplar, De Zubiría Samper nos ha inculcado su amor por la educación y el respeto por cada persona con la cual se relaciona.

El sentido de una justicia social es una preocupación permanente en Sergio. Esta idea de justicia social se torna en una propuesta de emancipación que, según lo planteado en *Universidad, cultura y emancipación en América*



Latina: «...pueda dar cuenta de la especificidad de su situación, de sus múltiples relaciones complejas y de sus distintas temporalidades».

En este libro se identifican, producto de una investigación detallada con enfoque histórico, los problemas y dilemas que agobian a la uni-

* Licenciado en Filosofía y Letras de la Universidad de los Andes de Bogotá, Colombia; estudios de Maestría en Hermenéutica en la Universidad Nacional de Colombia de Bogotá, Colombia; máster internacional en Gestión, Políticas Culturales y Desarrollo de la Unesco, Universidad de Girona, España; doctor en Filosofía Política de la UNED de Madrid, España. Es profesor del Departamento de Filosofía de la Universidad de los Andes y del Doctorado de Bioética de la Universidad El Bosque. Es colaborador permanente de diversas revistas y publicaciones colombianas especializadas gracias a sus inquietudes en temas sociales e investigaciones sobre la Teoría Crítica de la Sociedad, la Estética Contemporánea, la Educación y la Filosofía Política. Actualmente es presidente de la Fundación Walter Benjamin para la investigación social.

** Investigadora miembro del grupo clase A Bioética, Ciencias de la Vida. Odontóloga con formación avanzada en Ph. D., Ciencias Sociales Niñez y Juventud, línea de investigación en políticas públicas (Universidad de Manizales – CINDE); M. Sc. en Bioética; especialista en Filosofía de la Ciencia, Docencia Universitaria y Bioética (Universidad El Bosque). Su experiencia docente de 23 años ha motivado la reflexión ética sobre las prácticas y políticas de formación e investigación en salud. Es profesora investigadora y directora de la línea de investigación Bioética y Educación en el Doctorado en Bioética, Universidad El Bosque. Actualmente coordina el Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: ovalle.constanza@gmail.com



versidad en occidente y tipifica las crisis que ha tenido que enfrentar; se interroga por el sentido y finalidad futura de nuestras universidades en América Latina, en medio de innumerables disputas contemporáneas.

Esta obra hay que leerla no solo porque quien la escribe es garantía de ella por formación y convicción, sino porque mediante su lectura, aprenderemos y apreciaremos de la mano de su autor, los peligros de pensar que es inútil y negociable la tarea de la educación de construir un mundo mejor. Los lectores, pueden asumir alguna posición con respecto a la finalidad social de la universidad, gracias a los hallazgos que se perfilan como los dilemas y caminos en torno al papel social de la universidad. El autor, con sentido bioético, le propone a la Universidad fijar acciones que tiendan a la construcción de país, una concepción biocéntrica de la vida, el cuidado de la biodiversidad y el interculturalismo.

El libro tiene tres partes: parte I: «Educación y transformación social»; parte II: «La dimensión cultural como potencia política» y parte III: «Retorno de la política como emancipación». El autor reconoce que cada uno de los tópicos anteriores es imposible de identificar en toda su extensión, pero es evidente su habilidad didáctica para llegar a los lectores con argumentos sólidos sin hacer gala de un «excesivo rigor erudito».

En la parte I «Educación y transformación social» dibuja un panorama histórico de la Universidad en la modernidad, sus crisis y la construcción de nación en América Latina, se revisa la universidad en la época contemporánea. Aquí, el autor, con un enfoque crítico, define a la universidad como bien público, se plantea la disminución del apoyo estatal como una contradicción y el predominio de una visión mercantilista. Constata la pérdida de su hegemonía y la necesidad de ampliar sus esfuerzos por ganar mayor legitimidad, razón

por la cual cobra interés para el autor las condiciones en las que un bien público es producido por una entidad privada.

Uno de los recursos mejor empleados por el autor es la exposición de argumentos, con la ayuda de la identificación de dilemas y tensiones, a partir de las teorías, prácticas y discursos en relación con la universidad, la cultura y la emancipación. Cada uno de sus hallazgos se entrelaza con reflexiones filosóficas y una perspectiva crítica a los temas propuestos.

Los aportes son numerosos en lo que se refiere a la cotidianidad del ámbito académico; por ejemplo, llama la atención sobre la necesidad de fijar la pertinencia en la educación como condición previa para la toma de cualquier decisión sobre calidad o excelencia ya que «la calidad como primera instancia puede llevar a enseñar con calidad lo que no es pertinente o es innecesario».

El autor se opone a una conciencia social de la universidad reducida a la noción de medición de logros académicos, mediante la evaluación de competencias laborales y en consonancia con su interés en la justicia social, propone el fortalecimiento de una conciencia social. Por tanto, enfatiza en la importancia pedagógica de la pertinencia y otorga mayor importancia a la misión social de la universidad latinoamericana. En sus palabras, es primordial «recuperar el sentido profundo de la función emancipadora y crítica de la universidad latinoamericana en la hora actual».

En la parte II «Dimensión Cultural como Potencia Política» continúa con su reflexión pedagógica y su metodología para identificar dilemas y tensiones en torno a las teorías contemporáneas de la cultura, para concluir que los movimientos sociales en América Latina y las ciencias sociales críticas en la región han

conjugado una síntesis teórica de elementos del posestructuralismo con ciertas tradiciones neomarxistas.

Es importante destacar el discurso que desarrolla a partir de sus hipótesis de trabajo, de las cuales es importante destacar las siguientes:

- Latinoamericana no puede pensar su condición cultural sin ligarla con los procesos de la «identidad» las «necesidades culturales» y nuestros valores «éticos y estéticos».
- Una de las mayores dificultades para apropiarse la diversidad cultural de nuestra América es el carácter bastante limitado, y en muchos momentos, excluyente del discurso público-institucional de la identidad nacional.
- Los profundos conflictos multiculturales de lo nacional se dan en medio de una globalización neoliberal.

Cada una de estas ideas son presentadas y argumentadas con la ayuda de diversos autores y propone construir un diálogo crítico como salida a los inevitables dilemas y tensiones que se suscitan en los contextos multiculturales, con múltiples narraciones, representaciones y diversas formas de dominación.

En la parte III «Retorno de la política como emancipación» se perfila aún más el debate y preocupación por la democracia en la izquierda latinoamericana contemporánea, quizá porque se reconoce el continente latinoamericano como el más desigual e inequitativo; además, de ser un laboratorio para intentar construir una democracia en condiciones materiales plenamente inhóspitas.

Describe, igualmente, las distintas vertientes políticas y su visión de democracia, en la que, para el autor, cobra interés particular el papel de la participación y exige el tránsito a otras formas de democracia en clave de nuestros particulares contextos latinoamericanos. Esta idea es apoyada con recientes investigaciones acerca de los movimientos sociales en América Latina, los cuales trascienden las instituciones políticas de la democracia legalmente existente.

Finalmente, es posible ver a manera de diagnóstico real y con serias implicaciones futuras lo que es expresado por el autor en tres ideas categóricas:

- «La agenda pública de los movimientos sociales y políticos de América Latina y el Caribe han abandonado la categoría de emancipación, a expensas de enfrentar aquello que es concebible como realizable o solo la tarea de resolver lo inmediato».
- Denuncia como algunas de las nociones del pensamiento crítico latinoamericano son controladas por una ideología neoliberal y otras han sido excluidas de la agenda de lo público.
- Examina la noción de ciudadanía y describe el fenómeno que identifica como la ciudadanización de la política que niega la noción de emancipación.

La invitación a la lectura de *Universidad, cultura y emancipación en América Latina*, de Sergio De Zubiría Samper no tiene fecha de vencimiento para quienes se interesan por la bioética y la educación, porque como lo expresa el autor «solo subrayando el peligro, también, crecerá la redención. Hoy es ineludible retornar al interrogante por la naturaleza de la emancipación en el contexto de América Latina y el Caribe».

Filosofía y políticas editoriales

Identidad

La *Revista Colombiana de Bioética (RCB)* es una publicación indexada del Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque, con periodicidad semestral. Es un órgano de difusión eficaz para que los docentes, investigadores y estudiantes entreguen a la comunidad académica nacional e internacional lo mejor de sus investigaciones, reflexiones teóricas y revisiones críticas sobre temas científicos, tecnológicos y culturales, relacionados con la bioética, en el más amplio sentido de la palabra; es decir, entendida como un campo de estudio inter- y multidisciplinario que reúne diferentes conocimientos, discursos, investigaciones y prácticas sobre los aspectos éticos que suscitan los avances en ciencia y tecnología. «La *RCB* es un espacio de reflexión, un nuevo discurso y una nueva aproximación ética de todas estas cuestiones en un ambiente pluralista, interdisciplinario, global y prospectivo».

Temas tratados

La *RCB* presenta investigaciones y estudios originales de nuestra comunidad académica, para la comunidad académica nacional e internacional. Da a conocer trabajos y estudios importantes cuya calidad y pertinencia sea indudable. Contiene estudio de casos y revisiones que sirvan de elementos de reflexión para académicos, profesionales de las ramas del saber, consultores y en general estudiosos de la ética y la bioética contemporáneas. Es una publicación abierta a todas las disciplinas, temas y metodologías, para enriquecer los de-

sarrollos investigativos, analíticos y empíricos de la bioética.

Palabras clave de la Revista

Bioética, principios de la bioética, complejidad, epistemología, ética ambiental, educación en bioética, ética pública, ética médica, tecnociencia, autonomía, dignidad, desarrollo humano, derechos humanos, consentimiento informado, multiculturalismo, diversidad, género, justicia en salud, pluralismo. (*Bioethics, principles of bioethics, complexity, epistemology, environmental ethics, education in bioethics, public ethics, medical ethics, techno-science, autonomy, dignity, human development, human rights, informed consent, multiculturalism, diversity, gender, justice in health, pluralism*).

Calidad

Calidad científica: Se velará por la calidad de las investigaciones y estudios científicos, tecnológicos y culturales publicados. En la *RCB* solo aparecerá lo mejor de la producción de la comunidad académica del Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque y de las investigaciones, estudios, reflexiones teóricas y revisiones críticas remitidas por los académicos bioeticistas, nacionales e internacionales, interesados en comunicar sus ideas y contribuir a la difusión del conocimiento científico. La calidad de los artículos publicados es la prioridad para la *RCB*; por lo tanto, cumple con un riguroso proceso de selección por parte del editor, del Comité editorial y del Comité científico, evaluación y certificación por pares académicos

especializados en el campo específico del documento.

Visibilidad y reconocimiento

La *RCB* tiene una amplia difusión entre los docentes, investigadores y estudiantes de la Universidad El Bosque y está presente en las principales bibliotecas nacionales e internacionales, en las bibliotecas universitarias, en los gremios, corporaciones y en otros selectos grupos interesados en la bioética como Comités de Ética de la Investigación y de Ética Asistencial.

Tipo de documentos que se publican

Artículo de investigación científica y tecnológica: Presenta de manera detallada los resultados originales de proyectos de investigación. Su estructura debe tener: **Título** en español, inglés y portugués; **Resumen**, *abstract* y *resumo* (Traducción técnica del resumen al inglés y al portugués); **Palabras clave**, *key words* y *palavras-chave* (Traducción literal de las palabras clave al inglés y al portugués); **Introducción**; **METODOLOGÍA**; **RESULTADOS**; **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**; **CONCLUSIONES**; **Bibliografía** y **Apéndices o anexos** (de ser necesarios).

Artículo de reflexión: Presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurre a fuentes originales. Tiene la misma estructura del artículo de investigación científica y tecnológica

Artículo de revisión: Presenta los resultados de una investigación que analiza, sistematiza e integra los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas sobre un campo en ciencia o tecnología, para dar cuenta de los

avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de al menos 50 (cincuenta) referencias. Tiene la misma estructura del artículo de investigación científica y tecnológica

Artículo corto: Presenta brevemente resultados originales preliminares o parciales de una investigación científica o tecnológica que, por lo general, requiere una pronta difusión.

Reporte de caso: Presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular, para dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.

Revisión de tema: Documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema particular.

Cartas al editor: Comunicaciones con posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la Revista que, a juicio del Comité editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

Editorial: Documento escrito por el editor, un miembro del Comité editorial o un investigador invitado sobre orientaciones en el dominio temático de la Revista.

Traducción: De textos clásicos, de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la Revista.

Documento de reflexión no derivado de investigación.

Reseña bibliográfica.

Los artículos enviados al editor para ser publicados en la Revista, serán previamente aprobados por el Comité editorial y el Comité científico de la Revista. Una vez seleccionados por dichos Comités los documentos serán remitidos a pares académicos (*referees*), para su evaluación. El Comité editorial podrá hacer correcciones formales o de redacción sin ulterior revisión de los autores. Los artículos, revisiones, investigaciones, casos que sean rechazados no serán devueltos a su autor, pero este recibirá información sobre la decisión tomada

Autores

Los autores pueden o no estar vinculados a la Universidad El Bosque. Se debe adjuntar al documento una breve reseña biográfica que incluya títulos, ocupación laboral, reconocimientos y publicaciones e investigaciones realizadas y dirección electrónica.

Todo artículo publicado debe contener derechos de autor y, por tanto, será considerado material inédito, lo cual exime de toda responsabilidad a la Universidad y sus miembros, al editor y al Comité editorial de eventuales reclamos por derechos de autor. El autor recibirá dos (2) ejemplares de la revista en la que aparezca su artículo.

Instrucciones para los autores

La *Revista Colombiana de Bioética (RCB)* es el órgano de expresión del Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque. Es una publicación semestral arbitrada dirigida a académicos, investigadores, instituciones académicas, organizaciones gremiales de Colombia y de Latinoamérica, interesados en el mejoramiento de la investigación y de la formación en bioética. Esta *Revista* es una fuente pluralista de perspectivas que acoge las contribuciones de calificados autores comprometidos con el estudio transdisciplinario e interdisciplinario de dimensión ética de las prácticas e investigaciones tecnocientíficas. Acepta trabajos en español y en otros idiomas como el francés, el inglés y el portugués.

La *RCB* considera que los artículos o estudios pueden tener alrededor de 30 **páginas**; no obstante, es política editorial publicar artículos de investigación producto de tesis de grado de doctorado con extensiones mayores y que pueden estar alrededor de 100 páginas en ediciones semestrales normales o en ediciones especiales, siempre y cuando se conserve la estructura del artículo de investigación; es decir, Título, Resumen, Palabras clave, Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones, Bibliografía y Apéndices o anexos (si fueran necesarios).

Las reseñas pueden tener hasta 6 páginas. Los trabajos se presentan en hojas tamaño carta, impresas por una sola cara, numeradas, con un tamaño de fuente Arial 12 y con interlineado de uno y medio. Se presentan también en soporte informático, en disco compacto o correo electrónico en formato *Word* para Windows.

Estructura

Los artículos deben tener la estructura siguiente:

Título: De 10 a 15 palabras, traducido al inglés y al portugués.

Autoría: Debe escribir el nombre completo. Si tiene más de un autor, la *RCB* respetará tanto su número como el orden que hayan elegido. El autor debe indicar: profesión, grados académicos, cargo de responsabilidad que ocupa, institución en la cual presta sus servicios, correo electrónico, dirección postal y declaración explícita, si es el caso, de los apoyos recibidos para la elaboración de la investigación.

Resumen: Debe reflejar los objetivos, la metodología, los resultados y las conclusiones. La información debe proceder siempre del texto del artículo y tener entre 120 y 150 palabras que reflejen el contenido de una manera puntual. Debe estar traducido al inglés (*abstract*) y al portugués (*resumo*).

Las palabras clave: De 5 a 10 en español, inglés y portugués, deben reflejar los tópicos principales del artículo y con ese criterio se escogen de su contenido.

1. **METODOLOGÍA** (300 palabras aprox.)
2. **RESULTADOS** (3500 a 4000 palabras)
3. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** (600 palabras aprox.)



La presentación de la discusión y las conclusiones puede hacerse formalmente, según lo considere el investigador, de tres maneras:

- en dos títulos de primer nivel separados. Una sola discusión para todos los resultados del artículo (3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS), lo cual implica presentar también las conclusiones en título aparte (4. CONCLUSIONES);
- en varias divisiones de tercer nivel como cierre de cada subtítulo (2.1 BIOÉTICA Y VIDA, 2.1.n Discusión de resultados; 2.2 DEFINICIÓN, 2.2.n Discusión de resultados; 2.3 ÁREAS DE INTERÉS DE LA BIOÉTICA, 2.3.n Discusión de resultados; 2.4 ALCANCE FILOSÓFICO; 2.4.n Discusión de resultados; 2.5 LOS FINES DE LA BIOÉTICA 2.5.n Discusión de resultados);
- en un solo título de primer nivel (3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES) con separación en dos subtítulos de segundo nivel (3.1 DISCUSIÓN y 3.2 CONCLUSIONES) como sigue:

3.1 DISCUSIÓN

3.2 CONCLUSIONES

Bibliografía (al menos 50 referencias si es artículo de revisión)

Apéndices o anexos (en caso de ser necesarios)

Proceso editorial

La presentación formal: Los documentos deben presentarse, según los lineamientos generales de las normas técnicas colombianas siguientes:

- NTC 1486 Documentación. Presentación de tesis, trabajos de grado y otros trabajos de investigación sexta actualización 2008-07-23.
- NTC 5613 Referencias bibliográficas. Contenido, forma y estructura 2008-07-23.
- NTC 4490 Referencias documentales para fuentes de información electrónicas 1998-10-28.

Los artículos solo serán recibidos y publicados si son presentados con las normas NTC 5613 y su sistema de citación pie de página. Las citas deben utilizar los superíndices para las notas y citas al final de cada página donde se hayan hecho (véase numeral 6. Citas: 6.1 cita indirecta, 6.2 cita directa breve, 6.3 cita directa extensa y 6.4 cita de cita de la NTC 5613). El Comité editorial, el editor y el coordinador editorial atenderán y darán respuesta a las preguntas, dudas o inquietudes que los autores tengan sobre la presentación formal.

Los tipos documentales que puede referenciar el autor serán todos aquellos documentos con ISBN o ISSN que están a disposición del público, así como aquellos estudios o escritos editados por universidades u otros organismos de reconocido prestigio. Es responsabilidad del autor la veracidad de la referencia propuesta y el cotejo de documentos originales. Se deben hacer solo aquellas referencias útiles para la elaboración del trabajo, en número razonable y reflejar los materiales más relevantes.

Los artículos remitidos a la **RCB** deben ir acompañados por una carta de presentación, con los elementos siguientes:

- título del trabajo;
- nombre del autor;

- dirección postal y correo electrónico;
- tipo de artículo: Investigación, reflexión, revisión, ensayo, reseña, etc.;
- aportes del trabajo;
- declaración de originalidad y de autoría, así como de la cesión de derechos patrimoniales;
- declaración de aceptación de cambios en el contenido y el estilo del trabajo.

Los documentos deberán caracterizarse por la originalidad, novedad, relevancia, calidad metodológica, selección esmerada del soporte bibliográfico, aportes y buena presentación del manuscrito. Deben ser muy bien escritos, en un lenguaje claro, adecuado, conciso, preciso, sencillo, expresivo y coherente, según las recientes normas gramaticales y ortográficas de la Real Academia Española de la Lengua. El artículo se presenta con tantos títulos, subtítulos, divisiones, subdivisiones como sean necesarias, sin pasar del cuarto nivel. A partir del cuarto se usa el guion como viñeta.

El editor recibe los trabajos y los somete a revisión del Comité editorial. Se comprueba que vengan con la carta de presentación y el cumplimiento de los requerimientos de la *RCB*; se analiza si se adecuan a las normas de presentación de manuscritos y si encajan en el

ámbito temático de la *RCB*. A continuación se asignan árbitros externos o internos, según los temas. El sistema de evaluación será de doble ciego: los evaluadores no serán conocidos por los autores de los artículos y los autores de los artículos no serán identificados por los evaluadores. Los evaluadores, seleccionados de modo unánime por la *RCB*, evaluarán el contenido, la metodología, la pertinencia y la forma de los artículos. Los autores recibirán un resumen de la evaluación con indicación, si es necesario, de cómo subsanar deficiencias o realizar los cambios solicitados.

La *RCB* exige que, con el envío de un trabajo, el autor o autores manifiesten expresamente: que no ha sido publicado ni aceptado para publicación en otra revista, si ha sido publicado como literatura gris o está en una página Web y es aceptado para su publicación debe ser retirado del sitio y solo se dejará el *link* con el título, autor, resumen, y palabras clave; que el (los) autor(es) con el envío del artículo para su evaluación acepta(n) y autoriza(n) transferir los derechos de autor a la *RCB*, para que lo pueda difundir por medios escritos o electrónicos; y que el contenido de los artículos es de la exclusiva responsabilidad de los autores. En caso de ser aprobado y publicado el trabajo, los autores recibirán 2 (dos) revistas. La *RCB* dará prioridad a la publicación de artículos producto de investigaciones empíricas o producto de reflexiones teóricas o revisiones críticas sobre el estado de la cuestión en el tema indicado.

Instructions for authors

Revista Colombiana de Bioética (RCB) is sponsored by the Department of Bioethics at Universidad El Bosque. It is a biannual peer-reviewed publication directed towards academics, researchers, academic institutions and professional organizations in Colombia and around the world interested in improving research in bioethics. The journal is a pluralistic source that welcomes contributions from qualified authors committed to the interdisciplinary study of the ethical dimensions of practices and techno-science research. The journal accepts papers in Spanish and other languages including French, English and Portuguese.

RCB typically considers articles or studies of up to 30 pages; however, it is editorial policy to publish larger research papers such as a doctoral dissertations of up to 100 pages, in normal semiannual editions or in an special edition, as long as the structure of the article is maintained as follows: Title, Abstract, Keywords, Introduction, Methodology, Results, Discussion and Conclusions, Bibliography and Appendices or Annexes.

Reviews can be up to 6 pages. Articles should be typed; using letter size paper; printed one-sided; font Arial size 12; single or one-and-a-half spaced; presented in electronic format, on CD or through email; and in Word format for Windows.

Structure

The articles must be written with the following structure:

Title: Up to 15 words, translated in English and Portuguese.

Full name of the authors should be included. If there is more than one author, RCB maintains the number and order as submitted in the manuscript. The author should indicate: profession, academic degree, institution with which the author is affiliated, the author's current position, email address, postal address and explicit statement of support received for research, if applicable.

Abstract: Should contain; objectives, methodology, results and conclusions. Information should always come from the text of the article, from 120 to 150 words. Must be translated into English (abstract) and Portuguese (resumo).

Keywords: 5 to 10 keywords in Spanish, English and Portuguese. Keywords should reflect the main topics of the article, also chosen with these criteria.

1. METHODOLOGY (Up to 300 words)
2. RESULTS (3500-4000 words)
3. DISCUSSION AND CONCLUSIONS (Up to 600 words)

It is the author's choice to present the discussion and conclusions according to three options:

- two separate first-level titles; only one discussion for all of the results of the article (3. DISCUSSION), meaning the conclusion will have a separate title (4. CONCLUSIONS);
- various third-level divisions as a subtitle closing (2.1 BIOETHICS AND LIFE, 2.1.n. Discussion; 2.2 DEFINITION, 2.2.n Discussion; 2.3 BIOETHICS AREAS OF INTEREST, 2.3.n Discussion; 2.4 PHILOSOPHICAL SCOPE; 2.4.n Discussion; 2.5. BIOETHICS GOALS, 2.5.n Discussion)

- one first-level title (3. DISCUSSION AND CONCLUSIONS) with two second-level subtitles (3.1 DISCUSSION AND 3.2 CONCLUSION) as follows:

3.1 DISCUSSION

3.2 CONCLUSIONS

Bibliography (at least 50 references for a review manuscript)

Appendices or Annexes (if necessary)

Editorial Procedure

Submitting Articles: Documents must be submitted according to the following Colombian technical standards:

- NTC 1486. Updated 2008-07-23 Documentation. For theses, research work and others.
- NTC 5613. Updated 2008-07-23. Bibliographic References. For content, form and structure.
- NTC 4490. Updated 1998-10-28. Documentary references, for electronic information sources.

Articles must be submitted using the NTC 5613 system and standards footnotes in order to be accepted and published. The quotes must be superscripted in the text and in footnotes at the end of the page where mentioned (see numeral 6. Quotes: 6.1 indirect quotes, 6.2 brief direct quote, 6.3 extended direct quotes and 6.4 quote of NTC 5613 quote). The Editorial Committee, the editor and editorial coordinator, will attend any queries that may arise about formal submission of the paper.

The documents that can be referenced shall be those that are available to the public with its corresponding IBSN and ISSN, as well as those written or edited by prominent universities or institutions. The accuracy of the proposed reference and the comparison of the original documents is the responsibility of the author. Only valuable references in adequate number and reflecting the relevant materials for the work should be used.

Manuscripts submitted to RCB must be accompanied by a cover letter including the following:

- Title;
- Name of the author;
- Postal address and email address;
- Type of article: Research, reflection, review, essay, etc.;
- Contributions of this work;
- Declaration of originality, authorship and cession of copyrights;
- Declaration of acceptance of changes in the content and style of work.

The documents must be characterized by originality, novelty, relevance, and methodological quality, careful selection of bibliographic support, contributions and adequate presentation of the manuscript. They must be well written in a clear, appropriate, concise, accurate, simple, expressive and coherent language, according to recent grammatical and orthographic rules of the Real Academia Española (for Spanish manuscripts). The article must be presented with the titles, subtitles, divisions and subdivisions as necessary, not

to exceed the fourth level. After the fourth level a hyphen should be used.

Upon receiving the manuscript the editor will submit it for consideration by the Editorial Committee. The committee will verify compliance with the requirements of RCB. External or internal peer reviewers are assigned according to the topic. The evaluation system will be double blind: the identities of both authors and peer reviewers will not be disclosed. The peers selected unanimously by RCB will evaluate the content, methodology and relevance of articles. Authors will receive a summary of an assessment on requested changes, if necessary.

RCB requires that the author expressly manifest that the article has not been published or accepted for publication elsewhere, if published as gray literature or on the Web, and if accepted for publication should be removed from the site leaving only a link with the title, author, abstract, and keywords. The author agrees and authorizes transfer copyright to RCB, in order to broadcast it in print or electronic media. If the work is approved and published, author will receive two magazines. RCB will give priority to the publication of empirical research articles, product of theoretical or critical reviews on the status of the issue of the topic indicated.

Relación de artículos publicados 2012 y 2013

Revista Colombiana de Bioética. Volumen 7
(1), enero-junio de 2012

Artículo de investigación:

«Bioética y bienestar de monos ardilla en cautiverio»
Bioethics and welfare of squirrel monkeys in captivity
Gloria Elena Estrada–Cely

Artículos de reflexión:

«Gaia: de la ecología clásica a la ecología profunda»
Gaia: from the classic ecology to the deep ecology
Edna Constanza Rodríguez Fernández

«Apropiación del recurso forestal en la amazonia colombiana: una mirada desde la bioética»
Appropriation of forest resources in the Colombian Amazon: a view from the bioethics
Ángela Yaneth Landínez Torres

«Bioética y producción agropecuaria sostenible en los llanos orientales colombianos»
Bioethics and sustainable agricultural production in the Colombian Eastern Plains
Walter Chaura

«El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género»
The pregnant women's body: a dialogue between bioethics and gender
Fanny Consuelo Urrea Mora

«Equidad en Salud: tareas pendientes y oportunidades para una Bioética Latinoamericana»
Health Equity: pending tasks and opportunities in Latin American Bioethics
Manuel Pérez Ayala

«Implicaciones éticas del conocimiento acerca del cerebro. Una aproximación a la neuroética»

Ethical implications of knowledge about the brain. An approach to neuroethics
Marcelo Gorga

«Las directivas anticipadas, la planificación anticipada de la atención y los derechos a la dignidad y autonomía del paciente. Estado de la cuestión a nivel internacional y su posibilidad de ejercicio en el derecho colombiano»
Advance Health care Directives, Advance Care Planning, and the patient's rights to dignity and autonomy. State of issue at international level and the possibility of exercise in Colombian law
Jenner Alonso Tobar Torres

Ensayo científico:

«La relación médico–paciente: una aproximación al problema de la autonomía»
The doctor–patient relationship: an approach to the problem of autonomy
Laity Velásquez Fandiño
Reseña bibliográfica:

In search of gentle death: the fight for your right to die with dignity
Côté, Richard N. Mt. Pleasant: Corinthian Books, 2012. 465 pp.
Jaime Escobar Triana

Revista Colombiana de Bioética. Volumen 7
(2), julio-diciembre de 2012

Artículos de investigación:

«Análisis de la toma de decisiones al final de la vida desde una perspectiva teórica contemporánea»
Analysis of decisions at the end of life from a contemporary theoretical perspective
María Inés Sarmiento Medina, Sandra Lucía Vargas Cruz, Margarita Sierra de Jaramillo, Claudia Marcela Velásquez Jiménez, Víctor Alberto Quinche Ramírez y Tatiana Mayano Henao.

«Científicos y periodistas en la divulgación de la ciencia. Un problema de responsabilidad social»
Researchers and journalists in the public understanding of science. An issue of social responsibility
 María Fernanda Gutiérrez y Jairo Antonio Rodríguez Leuro.

Artículos de reflexión:

«¿Por qué es buena la biodiversidad? Una visión humanista del valor de la biodiversidad»
Why is biodiversity good? A humanistic view of the value of biodiversity
 Alfredo Marcos

«Defensa de la diversidad y de la dignidad humana en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco»
Defense of the diversity and human dignity on the Universal Declaration on Bioethics and Human rights by Unesco
 Jaime Escobar Triana

«Selección individual, selección de grupo y *Homo sapiens*»
Individual selection, group selection and Homo sapiens
 Luis Álvaro Cadena Monroy

«Matices de la autonomía en mujeres gestantes durante la atención en salud: un diálogo bioética-género»
Nuances of pregnant women's autonomy in the health services: a bioethics-gender dialogue
 Fanny Consuelo Urrea Mora

«El maltrato infantil desde la perspectiva de la bioética»
Child abuse from the perspective of bioethics
 Gilma Rodríguez-Escobar y María Victoria Rodríguez-Escobar

«Bioética y Universidad en América Latina. Propuesta de una estructura para la formación integral profesional»
Bioethics and University in Latin America. Framework for professional training. Proposal
 Pascual Linares Márquez y Benito Fraile Laiz

Ensayos científicos:

«Fundamentos y prácticas de la bioética en conflictos ambientales»
Bioethics fundamentals and Practices on Environmental Conflicts
 Constanza Ovalle Gómez

«Consideraciones bioéticas en torno al caso de Ramón Sampredo»
Bioethical considerations around the case of Ramon Sampredo
 Esteban J. Beltrán Ulate

Revista Colombiana de Bioética. Volumen 8 (1), enero-junio de 2013

Artículos de reflexión:

«En la cuna de la Bioética: el encuentro de un credo con un imperativo y un principio»
No berço da bioética: o encontro de um credo com um imperativo e um principio
 Leo Pessini

«Educación en Bioética, laicidad y ética pública»
Education in Bioethics, secularism and public ethics
 Jaime Escobar Triana

«Biodiversidad, filosofía transhumanista y el futuro del hombre»
Biodiversité, philosophie transhumaniste et Avenir de l'homme
 Jean-Noël Missa

«La moral: ¿innata o adquirida?»
The moral: innate or acquired?
 Nelson Molina Ramírez

«Atención en salud oral: un escenario de exclusión en las leyes colombianas y un asunto para la bioética, a partir de un caso de enfermedad periodontal»
Oral care: a scenario of exclusion in Colombian law, and a bioethical issue from a case of periodontal disease
 María Teresa Escobar López

«Diagnóstico genético preimplantatorio y eugenesia. Análisis ético-jurídico»
Genetic Preimplantation Diagnosis and Eugenics. Ethical and Legal Analysis
 Samuel Malamud Herrera

Artículo de revisión:

«Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano»
Assent and informed consent in pediatrics: Bioethical and legal aspects in colombian context
 Boris Julián Pinto Bustamante y Raisa Gulfo Díaz

Ensayos científicos:

«Valoración eco-sistémica de la naturaleza. Hacia una ética emergente en los sistemas socio ecológicos adaptativos»
Eco-systemic Assessment: Towards an emergent ethics on the socioecologic adaptive systems
 Germán I. Andrade

«Justicia y escasez: el problema bioético de la distribución de recursos para la salud»
Justice and scarcity: the bioethical problem of resource allocation for health care
 María Elizabeth de los Ríos Uriarte

**Revista Colombiana de Bioética. Volumen 8
 (2), julio-diciembre de 2013**

Artículos de reflexión:

«Prácticas de poder en la Convención de los Derechos del Niño»
Practices of power in the Children's Rights Convention
 Esperanza Cabrera Díaz

«La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso»
Bioethics: its principles and purposes, for a techno scientific, multicultural and diverse world
 Nelson Molina Ramírez

«Desarrollo humano en bioética: Política en la educación en salud»
Human Development in bioethics: Politics in Health Education
 Constanza Ovalle Gómez

Artículos de revisión:

«De los primeros homínidos al *Homo sapiens*»
From early hominids to Homo sapiens
 Luis Álvaro Cadena Monroy

«¿Fallo o Fallopio? Consentimiento informado, anatomías equívocas y Divergencias del Desarrollo Sexual: aspectos médicos, legales y bioéticos»
Phallus or Fallopio? Informed consent, equivocal anatomies and Divergences of Sex Development: medical, legal and bioethical aspects
 Boris Julián Pinto Bustamante, Raisa Gulfo Díaz, María Cristina Mojica Rojas y Jennyffer Hasveidy Endo Pascuas

Ensayos científicos:

«La formación humana como dinamismo esencial hacia la plenitud del ser»
Dynamic human training as essential to the fullness of being
 Ruby Andrade

«Conflictos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos»
 Conflictos morales al final de la vida: aspectos médicos, filosóficos y jurídicos
 José Eduardo de Siqueira, Leo Pesini y Carlos Eduardo Motta de Siqueira
 Traducción de Luis Alberto Sánchez Alfaro

«Obstinación jurídica: el caso de la Ley 100 de 1993»
Legal obstination: the case of law 100 of 1993
 Jaime Escobar Triana

«Humanisme, transhumanisme, posthumanisme»
 Humanismo, transhumanismo, posthumanismo
 Gilbert Hottois. Traducción de Daniela Pabón y Gustavo Chirolla Ospina

«El papel de la bioética en la atención a la salud en contextos interculturales»

The role of bioethics in healthcare in intercultural contexts

Marcia Mocellin R.

«La bioética un desafío para la política, la ontología y la ética: una mirada desde la praxis de los comités de bioética»

Bioethics a challenge for Politics, Ontology, and Ethics: A view from the praxis of Bioethics committees

Laity Velásquez Fandiño