

La importancia de la *no maleficencia* en la praxis clínica

Luz Mery Pachón Briceño

Maestría en bioética

Pontificia Universidad Javeriana

Instituto De Bioética

Bogotá D.C.

2020

La importancia de la *no maleficencia* en la praxis clínica

Luz Mery Pachón Briceño

**Trabajo de grado presentado para obtener
el título de magistra en Bioética.**

Director: Dr. Eduardo Díaz Amado

Pontificia Universidad Javeriana

Instituto De Bioética

Bogotá D.C.

2020

Tabla de contenido

Introducción	5
Capítulo I. La relación médico-paciente en el modelo de salud colombiano desde la perspectiva de <i>la no maleficencia</i>	10
1.1. Contexto del modelo de salud colombiano	10
1.2. Relación médico-paciente	12
1.3. Entrevistas a miembros de tribunales de ética médica y de enfermería	17
1.3.1 Abordaje de las entrevistas	24
Capítulo II. El error médico, la seguridad del paciente y el manejo de riesgos y su relación con el principio de <i>no maleficencia</i>	26
2.1. El Principialismo	27
2.2. Jerarquización de los Principios	31
2.3 El principio de <i>no maleficencia</i>	32
2.4. El Error médico	34
2.5 El Riesgo	38
2.6. Seguridad del paciente	42
Capítulo III. El principio de <i>no maleficencia</i> como el pilar de la atención sanitaria	45
3.1. Modelo de salud colombiano y <i>no maleficencia</i>	45
3.2. La bioética como alternativa: espacios de reflexión y de desarrollo de la confianza en la relación médico-paciente	46
3.3. Educación y <i>no maleficencia</i>	50
3.4. <i>No maleficencia</i> y Derechos Humanos	52
Conclusiones	58
Referencias bibliográficas	61

"Como quiera que sea, nosotros no establecemos la ciudad mirando a que una clase de gente sea especialmente feliz, sino para que lo sea en el mayor grado posible la ciudad toda"

(Platón, República).

“La buena salud es el cimiento sobre el cual se construye el progreso social. Una nación de personas sanas puede hacer esas cosas que hacen que la vida valga la pena, y como el nivel de salud aumenta también lo hace el potencial de felicidad”. M. Lalonde, 1974

Gratitud infinita a Dios, a mis padres, a mis milagros de vida; Santi y Nico, y a todas las personas que han aportado en mi vida y ocupan un espacio importante en mi corazón.

Introducción

La *praxis clínica* podemos entenderla como el ejercicio de la medicina en el ámbito hospitalario. En este sentido, solo se tiene en cuenta dentro del espacio clínico y todo lo que allí ocurre. Aunque estemos hablando de un *lugar*, esto no significa que esté aislado de lo que acontece a su alrededor, por ejemplo, en la sociedad, en lo que dictaminan las leyes y lo que implica a cada uno de los actores que pueden hacer parte de él.

De esta forma, podemos identificar un espacio específico, unos actores, unas condiciones, unos contextos y una forma de interrelación entre ellos. Detengámonos a considerar cada uno de ellos.

El lugar puede ser una institución de carácter público, privado o mixto. Los actores incluyen a todo el personal de salud, asistencial y administrativo, por un lado. Y, por el otro, a los pacientes, sus familiares y seres que les rodean. A su vez, las condiciones en las que se relacionan están dadas por la infraestructura, los modelos de atención sanitaria, las leyes que dan paso a tener un sistema de salud consolidado, los recursos físicos, humanos y económicos; las condiciones de vida de los pacientes y el personal de salud.

Esto último, suele dejarse de lado en muchos casos, con esto queremos decir, que perdemos de vista que al igual que el paciente, el personal de salud es humano. La humanidad que tenemos nos puede llevar por vías de buenas relaciones y de malas relaciones, no siempre generadas por procesos conscientes, es más, ni siquiera voluntarios. Así, muchas de las acciones que realizamos pueden tener consecuencias inesperadas o negativas, porque sencillamente no podemos controlar todo lo que sucede.

De esta manera, podríamos establecer un vínculo importante entre la *praxis clínica*, la incertidumbre, el riesgo y la posibilidad latente de incurrir en el error.

Teniendo esto presente, nos queda indagar acerca de si esta *praxis* podría, de cierta manera, protegerse de las consecuencias negativas que más pudieran evitarse. Claro, sin perder de vista que algunas quedarían por fuera de estas posibilidades.

Ante esto, proponemos realizar una aproximación a un concepto, que desde que fue presentado como uno de los *Principios de la ética biomédica* por Beauchamp y Childress, se transformó en uno de los elementos *sine qua non* la *praxis clínica* no debería darse. Específicamente, nos referimos a la *no maleficencia*.

Con miras a resaltar su importancia, porque consideramos que suele dársele más importancia a los principios de autonomía, beneficencia y justicia. Cuando, realmente, una atención digna, respetuosa y responsable debería privilegiar al *principio de no maleficencia*.

Así, como señala Diego Gracia (2006), teniendo en cuenta lo que mencionan Beauchamp y Childress, los cuatro principios son “obligaciones *prima facie*, cuyo cumplimiento era moralmente obligatorio, siempre y cuando no entraran en conflicto entre sí” (p. 15). Pero en un contexto como el colombiano, donde tenemos tantas desigualdades sociales, un modelo de atención terciarizado que no garantiza la atención médica a tiempo, que no da condiciones ni a pacientes ni al personal de salud ¿cómo podemos esperar que los mencionados principios se sigan? Es más ¿cómo podemos pretender que no entren en conflicto?

Estos interrogantes no encuentran respuestas satisfactorias, pues la atención sanitaria está inmersa en una una variedad de situaciones. Por ejemplo, no contar con los equipos biomédicos suficientes y necesarios, pacientes vistos como sus morbilidades y no como personas que tienen un proyecto de vida y que esperan tener unas condiciones de salud tales que puedan desarrollar sus proyectos de vida como lo esperan; y que, además, ponen en manos del médico expectativas muy altas, a veces, porque interiorizaron la idea de que la

salud correspondía a los médicos, otras, porque están inconformes por la trabas administrativas que deterioran la confianza en el médico, e incluso en pacientes malinformados por el acceso a la internet, que de usarse de una forma poco responsable, ingenua o tergiversada termina afectando aún más la relación entre ellos y sus médicos.

Además, de las pocas garantías para el personal de salud que no cuenta con una estabilidad laboral, un pago de su salario a tiempo, unas limitantes respecto su autonomía, que realmente se encuentra condicionada por lo que las normas establecidas por el Ministerio de Salud y las directrices le ordenen, le permitan o le impidan tomar decisiones en pro de la calidad de la atención de sus pacientes. Y peor aún, por instituciones que solo se enfocan en los procesos administrativos y mercantiles que, en muchos casos, aparte de ser ineficientes, sitúan a intermediarios que quebrantan casi que irremediablemente la relación médico-paciente.

La sumatoria de todos estos factores en la demanda de servicios de salud puede conducir a cometer errores y fallas en la atención sanitaria incurriendo en actos maleficentes, terminando así, en una completa vulneración del *principio de no maleficencia*.

Ante esto, cabe mencionar que los medios de comunicación han desempeñado un papel muy importante. Pues, dentro de las noticias que emiten resaltan los errores médicos como actos premeditados e intencionales realizados por el personal de salud, situando al paciente y a la sociedad en estados de desconfianza y de vigilancia constantes.

Estas últimas circunstancias se ven más claramente manifiestas en las demandas que reciben los Tribunales de ética médica y de enfermería colombianos. Por eso consideramos pertinente y necesario, tener en cuenta dos entrevistas semiestructuradas realizadas a miembros de estos tribunales, para poder apreciar los elementos que más nos acerquen a la realidad acerca de lo que se ha denominado como mala praxis clínica.

Metodológicamente, tendremos un componente teórico de conceptos como: principios de ética en el contexto clínico, el error médico, la seguridad del paciente, el manejo de riesgos y la no maleficencia. Además de analizar las respuestas de las entrevistas realizadas a los miembros de los tribunales.

Debemos tener presente que el análisis propuesto, tiene como soporte, que en el año 2000 se empieza a hablar de la necesidad de establecer estrategias institucionales relacionadas con la seguridad del paciente en la praxis clínica. Esto, en el marco de los parámetros establecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud, cumpliendo con los lineamientos de entes gubernamentales.

Además, de la búsqueda de promover la seguridad del paciente, se hacen proyecciones y crean programas para hacer un adecuado manejo de los riesgos, lo que se traduce, en acciones para minimizar costos, evitar o disminuir el error médico. Este último, interpretado como la falla en el proceso durante toda la atención en salud de los actores involucrados en la prestación del servicio.

Esto, nos permite vislumbrar un problema ético que enfatiza la importancia de priorizar el principio de *no maleficencia*, como el enfoque más importante en el ciclo de atención en salud y al cual todas las estrategias propuestas institucionalmente, estrechamente deben estar ligadas.

Pretender definir cómo se ha generado esta situación es complejo, además de desconocido. Pues se esperaría que la visión de las políticas de estado, estuvieran definidas para limitar posibilidades de errores en la atención médica. Pues, se nota el aumento de señalamientos, de manifiesto de inconformidades establecidas por medio de las PQR. Espacio que nos ha permitido conocer la voz del usuario en las Instituciones; en otras

palabras, es el mecanismo para hacer patente el inconformismo de los pacientes quienes mediante este tipo de acciones pretenden dar solución a sus dificultades.

Las respuestas de atención en salud han resultado de una regulación social, que se ha requerido por parte de los pacientes, como las exigencias dadas a las *ias* (defensorías, procuraduría, y otras), para reclamar el control en las acciones y determinaciones llevadas a cabo cuando se sienten vulnerados en la atención médica.

Así, presentaremos el orden que seguiremos para cumplir con el propósito de este trabajo. En el primer capítulo, abordaremos la relación médico-paciente en el contexto del modelo asistencial en salud colombiano. Para terminar con la presentación de las entrevistas realizadas a los miembros de los tribunales de ética médica y enfermería.

En el segundo capítulo, realizaremos la exploración teórica del *principio de no maleficencia*. Luego, explicaremos en qué consiste la promoción de la seguridad del paciente. En seguida, presentaremos la definición del error médico y sus implicaciones. Para terminar, con la lectura del manejo de los riesgos en el contexto de la praxis clínica.

En el tercer capítulo, presentaremos la apuesta bioética al resaltar y evidenciar la importancia de tomar al *principio de no maleficencia* como pilar de la atención sanitaria.

Por último, presentaremos las conclusiones de esta apuesta, que consideramos puede servir como soporte teórico, para comprender la situación actual de la praxis clínica en el contexto de salud colombiano y el porqué de tener como prioridad la no maleficencia como directriz ética para la mejora de las relaciones de los actores en el modelo de salud colombiano.

Capítulo I. La relación médico-paciente en el modelo de salud colombiano desde la perspectiva de *la no maleficencia*

En este capítulo abordaremos el contexto en el que se da el modelo de atención en salud en Colombia. Inicialmente, mostraremos cómo es el modelo, qué actores hacen parte de él y cómo los diferentes elementos que lo conforman afectan la relación médico-paciente. Por último, realizaremos una entrevista semiestructurada a miembros de los Tribunales de Ética Médica y de Enfermería en Colombia, para conocer desde su perspectiva cómo se entiende la *no maleficencia*.

1.1. Contexto del modelo de salud colombiano

En Colombia estamos presenciando una crisis en la salud. Esto nos lleva a repensar el modelo del que hacemos parte, que, consideramos tiene un enfoque socioeconómico capitalista. El cual se mueve en una dinámica en la que se pasó del subsidio a la oferta y la demanda. Esta modificación de base en el sistema, evidencia la caída de indicadores de la salud pública, crisis y cierre de hospitales, aumento en número de tutelas para obtener atención médica. No se trata solamente del aumento en las estadísticas, sino en la evidencia de un modelo deficientemente cualificado que prioriza el mercado desconociendo el contexto sociopolítico de los colombianos (Abadía, Oviedo, 2010).

Ante un sistema de salud con falencias estructurales tan importantes, el profesional de la salud se enfrenta a situaciones dilemáticas, donde la toma de decisiones se transforma en un obedecer a la exigencia de una empresa con un modelo económico burocratizado, que afecta su capacidad de autonomía para no hacer daño al paciente.

Con esto, queremos señalar cómo la amplia rentabilidad financiera, se prioriza dejando de lado uno de los componentes éticos más importantes: la máxima *Primum non*

nocere. El médico, al ser parte de este sistema de mercadeo, se enfrenta a ser testigo de una cadena de pacientes que sufren. Es más, pueden llegar a generar males tan graves como no poder atender o prestar atención a tiempo a pacientes que serían potencialmente salvables.

Con esto, podríamos decir que la vida y la salud dejaron de ser valores intrínsecos *per se*, y pasaron a convertirse en valores instrumentales, o medios para una maximización del rendimiento económico. Todo esto ocurre en medio de una burocracia en la que nadie es responsable de los desenlaces de estas acciones (Tamara, 2019).

Si bien en nuestro país se habla de mayor cobertura en la atención, los sectores vulnerables tienen mayor desventaja. Ya que, la cultura de prevención de riesgos, autocuidado y hábitos de vida saludable no son conocidos, comprendidos o no se cuenta con el poder adquisitivo para implementarlos en su cotidianidad. Aspectos tan sencillos en lo que corresponde cumplir al paciente, como alimentarse balanceadamente, tener tiempos de sueño suficientes, realizar actividades lúdicas y las que generan bienestar, o ser responsables como no dejar niños solos en las viviendas, asumiendo responsabilidades de adultos; conducen a un actuar que vulnera el principio de *no maleficencia*.

Desde una perspectiva económica, podemos hablar de pérdidas considerables en lo que respecta a las situaciones adversas tras una atención en salud. De ahí, que se empezaran a implementar programas como el de *la seguridad del paciente*. No solo se trata de pérdidas económicas, ya que, hay pérdidas que no son cuantificables como las limitaciones, las lesiones permanentes, los daños emocionales y las muertes.

Otro de los problemas importantes en el sistema de salud recae en la contratación por tercerización. La cual genera restricciones a la práctica médica mediante el control de acciones costo-efectivas. Esto, en un contexto de desigualdad social tan importante como el

que ocurre en el país, lleva a la politización en la salud donde las decisiones de los tratamientos, son establecidos por áreas administrativas sin ninguna consideración de la pertinencia y complejidad del estado de salud de quien lo requiere.

Si bien, algunos miembros de la sociedad ven la atención en salud como un ámbito seguro, donde los objetivos de restablecimiento de la salud se alcanzan sin problemas, pierden de vista que existen riesgos y complicaciones inherentes a los procedimientos. Ante la alteración de la salud se establecen alternativas terapéuticas a diferentes niveles: el preventivo, el diagnóstico, el de tratamiento y el de rehabilitación. Sin embargo, cabe aclarar que en ninguno de estos ciclos se puede garantizar resultados tal cual se planean.

1.2. **Relación médico-paciente**

Aunque usamos la palabra *médico*, con ella también hacemos referencia a todo el equipo de salud, cada uno con las actividades correspondientes a realizar, dictadas por los administradores de la salud. Estos últimos, como intermediarios que se encargan de los registros, formas escritas, documentación de la atención, que terminan siendo el verdadero objeto de posibilidad de obtener o no un procedimiento, un medicamento, una interconsulta, entre otros.

Ante estas condiciones, cabe resaltar que el médico rige su quehacer por el código deontológico y una exigencia moral que constantemente se le recuerda, en especial, cuando se le menciona el juramento que realizó al investir su bata. Así, Tamara (2019) resalta que

los principios éticos que orientan la práctica médica han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de códigos y juramentos profesionales. El más conocido y que más ha influido en la medicina es el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto ético principal menciona que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, el

cual se basa en dos componentes: No haré daño y actuaré en beneficio del enfermo. El “*Primum non nocere*” siendo la norma más antigua de autorregulación del ejercicio de la medicina desde el seno de la propia profesión (p. 13).

También debemos recordar que el personal de salud proviene de una tradición asociada al paternalismo. Igualmente, muchos se mantienen en esta tradición y buscan que se haga lo que ellos dicen. Soportada o influenciada por el autoritarismo de las normas administrativas a las que se deben someter cuando ingresa a una institución de salud, condiciones en las que se ejerce el trabajo en salud, sin garantías, bajo amenazas, incumplimientos y pérdida de la autonomía por parte de los profesionales de salud.

La interacción médico-paciente ha ido evolucionando paulatinamente procurando disminuir el paternalismo. En la actualidad, la relación exige un equilibrio mayor, fomentando que la toma de decisiones sea horizontal, donde médico y paciente opinan, en ella exista un consenso, se descarte el autoritarismo y el poder centrado en las órdenes médicas. De esta manera, el paciente empieza a ejercer su autonomía en el proceso adquiriendo un papel fundamental que le dota de responsabilidad de lo que sucede en el proceso de la atención al igual que el médico.

Sin embargo, los pacientes pueden sentir que tienen que exigir sus derechos para tener una respuesta a sus necesidades. Esto promueve que se arme un contexto de desconfianza, donde se hace un prototipo de la salud como una transacción, ya que se la muestran como un bien de consumo (Lifshitz, 2003). Con este tipo de eventos, los pacientes pueden llegar a pensar que el no hacer lo requerido busca un ahorro de dinero al poner trabas y negación de acceso a la atención oportuna. Además, cada vez encontramos más información disponible, gracias a las redes sociales, aunque no necesariamente de fuentes confiables. Este nuevo

factor interviene haciendo que la relación entre los médicos y los pacientes sea cada vez más compleja, por afectar la confianza y empatía que se debe lograr para cumplir metas terapéuticas.

Adicional, es pertinente mencionar que la relación médico-paciente se va transformando. Pues se van poniendo límites y realizando exigencias de autonomía, por la reclamación hecha por los pacientes, apelando a la idea de la defensa de sus derechos. También, se espera una actitud de cuidado de parte del médico, sobre él se generan altas expectativas al esperar soluciones a las limitaciones y pérdidas propiciadas por la pérdida de la salud. Si la respuesta no le satisface o la expectativa es muy alta, sus esperanzas y sentimientos generarán gran frustración asumiéndolo como un daño a su dignidad y descuido en la atención médica.

Dentro de los aspectos actuales en el ámbito de la salud, podemos resaltar el poder negociador de los intermediarios al generar el control del mercado. Esto se ve reflejado en el aumento del número de instituciones prestadoras de servicios de salud. Lo que conduce a una competencia en las tarifas. Ya que, las empresas prestadoras del servicio en su afán por tener el control de gastos, manejo de cantidad y calidad en el servicio; crean estándares de control para establecer restricciones a los usuarios, lo cual interfiere en la autonomía del ejercicio profesional.

Esta intermediación limita la comunicación entre el médico y el paciente, en muchos casos, se transforma “en la manzana de la discordia” de la atención médica. Dejando al médico en una situación de impotencia al no poder hacer algo al respecto, y al paciente, inconforme por no poder acceder a lo que necesita.

Otra parte para destacar es el olvido en el cual está sumergido el personal de salud. Las condiciones laborales en las cuales se está desempeñando cada vez agreden más la parte humana. Porque se les exige cumplir jornadas más extensas, obtienen una mala remuneración por sus servicios, no cuentan con garantías contractuales que les permita mantenerse en un trabajo, por lo que tienen que trabajar en otros sitios.

A partir de 1997 experimentamos aumentos salariales muy leves y con tendencia a estancarse para los profesionales de la salud, especialmente, para médicos generales y enfermeras. A su vez, encontramos una mayor contratación de técnicos en enfermería y también una inestabilidad laboral para el personal de salud. Pues, estamos ante modelos de vinculación flexibles y precarios. Como señalan Flórez y Arenas (2009), esto se debe al

enfoque de negocio de las EPS e IPS y la necesidad de hacerlo rentable; la “corporativización” del trabajo profesional; la terciarización o subcontratación de servicios y las nuevas modalidades de gestión corporativa (cooperativas de trabajo asociado, grupos de profesionales asociados, alianzas estratégicas y redes integradas de prestadores asistenciales), y la incorporación de modelos de atención gerenciada y de autogestión centrados en la gestión del riesgo, los sistemas de información, la gestión tecnológica y el manejo estratégico de costos, entre otras herramientas (p 120).

Ante este tipo de circunstancias laborales tan poco amables e irrespetuosas del personal de salud, hay mayor oportunidad para que se presenten errores médicos. Pues, no solo se trata de los entornos y sus falencias, de la carencia en los servicios, de la tramitología, sino de la parte humana del personal de salud.

Ellos están sometidos a ambientes estresantes, de precariedad, de inestabilidad. Cómo estar tranquilo cuando no se sabe si se tendrán pagos a tiempo o si se podrá seguir en un trabajo o no, cuando se mantienen en situaciones de angustia, de cambios de lugares de trabajo y de poca apropiación de protocolos. Esto, como a cualquier persona afecta notablemente su trabajo, su salud física y emocional.

Ante tantos factores que afectan la calidad de prestación de los servicios médicos, sumémosle la posibilidad de incurrir en errores médicos, en tener situaciones de seguridad y gestión de riesgos insuficientes. Este tipo de sucesos permean el acto médico. Asimismo, cabe aclarar que el acto médico se entiende como una situación anudada a las siguientes características:

a) la Profesionalidad, sólo ejecutable por el profesional médico; sujeto a las normas de excelencia profesional vigentes (*lex artis ad hoc*), teniendo en cuenta el desarrollo científico, complejidad del acto médico, disponibilidad de equipo y medios de trabajo, y las circunstancias específicas de la enfermedad del paciente; b) Beneficencia: búsqueda del bien del paciente. No maleficencia (*primum non nocere*), obligación de No producir daño; Prevenir el daño; Eliminar lo que está haciendo daño y Promover lo que hace bien al paciente. (Vera, 2013, p. 73).

La garantía de la prestación de servicios tiene demasiada tramitología, implica demoras en las respuestas y en la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Esto, se puede asumir como una maleficencia irreversible, que incluso, puede conducir a la muerte del paciente. Definitivamente, la medicina como fenómeno social evidencia fallas estructurales contrarias al derecho a la salud y termina vulnerando los derechos del individuo y de la sociedad.

Por más que se hayan creado normas generales por entes como el Ministerio de Protección, para satisfacer necesidades, beneficios y evitar daños humanos, no se ha logrado realmente mejorar las condiciones. Porque una cosa es lo que soporta el papel y otra lo que hay disponible en la realidad. Falta ver a las personas contexto, donde se aprecia claramente que varían percepciones y evaluaciones individuales de sus propias experiencias, lo que trae consigo que en ocasiones no se resuelvan los problemas que son el nodo de muchos otros.

Como pudimos apreciar a lo largo de este apartado, la *praxis médica* se da en un contexto mediado por muchas relaciones. Entre ellas podemos mencionar, que una de las que más afecta esa praxis es la forma como se entienden y se llevan a cabo protocolos, acciones y decisiones en el ámbito del sistema de salud. Para el caso colombiano, podemos sostener que es un sistema de salud que responde a unas concepciones mercantiles, donde hay precariedad tanto en el servicio que reciben los pacientes, como en las condiciones en las que trabajan los distintos actores que hacen parte del grupo del personal de salud.

1.3. Entrevistas a miembros de tribunales de ética médica y de enfermería

Por otra parte, consideramos necesario realizar un par de entrevistas a miembros de tribunales de ética médica y enfermería. Esto, para conocer su perspectiva acerca del *principialismo* y la *no maleficencia*, pues son ellos ante quienes se interponen los recursos acerca de la realización de un error médico, de deficiencia en la seguridad en la atención del paciente y acerca de la gestión de los riesgos.

Buscando herramientas que contribuyeran a brindar información del tema, diseñamos una entrevista semiestructurada con ocho preguntas. Los entrevistados fueron elegidos por criterios como, que tuvieran una trayectoria mayor a cinco años de experiencia en el Tribunal de Ética Médica y el Tribunal Nacional de Ética de enfermería.

Fueron contactados para ser entrevistados en un espacio de confidencialidad, donde firmaron el consentimiento informado, para dar paso al proceso. Previamente, les enviamos, vía correo electrónico, el cuestionario con las preguntas que iban a realizarse durante la entrevista.

La E1 (Tribunal de Ética Médica) tuvo una duración de 47 minutos y fue realizada el día 2 de marzo del 2020.

La E2 (Tribunal Nacional de Ética de Enfermería) duró 35 minutos y se realizó el día 5 de marzo del 2020.

Entrevista Semiestructurada acerca del *principio de no maleficencia*

1. ¿Cómo se está entendiendo el principio de *no maleficencia* entre los profesionales de la salud? y ¿cómo lo entienden Uds. desde el tribunal?

“No hacer daño, cómo evitarlo, evitar poner barreras frente a la prestación de servicios de salud, evitar sufrimiento, no privar a nadie del bien de la vida” E2

“Cuando el individuo por omisión de un deber objetivo del cuidado, de la impericia, de la imprudencia, de la negligencia, y ocasiona daño” E2.

“Conlleva a todos los procesos de promover un buen estado de salud, prevenir la aparición de una enfermedad o daño” E1.

“Si se da un evento, actuar para tener la menor afectación posible o se pueda recuperar de la manera más eficiente y efectiva de su situación de base” E1.

“Hubo determinadas circunstancias que rodearon el hecho que llevaron al profesional a actuar de esa forma no por responsabilidad e intencionalidad, sino por niveles de exigencia”. E2.

2. Con respecto a los demás principios de la bioética clínica, ¿qué lugar ocupa el de no maleficencia en términos de la importancia y uso que se le da en el ámbito de la práctica clínica?

“Me gusta ver siempre los análisis costo beneficio, costo efectividad y riesgo beneficio antes de tomar una decisión clínica y luego neutralizar la maleficencia” E1.

“Los manejo a todos en el mismo nivel, son exactamente iguales de importantes. Si en un momento determinado ocasionas daño a un individuo se vulneran los demás principios, porque todos están entrelazados” E2.

“Mira, el principio de no maleficencia para mí es tan importante como el de beneficencia, como el respeto por la autonomía, como el principio de justicia o como los principios de corte europeo de la declaración de Barcelona” E2.

“Usualmente, los manejo todos en el mismo nivel, porque para mí son exactamente iguales de importantes” E2

3. ¿Hay casos de los que Uds. estudian aquí en el Tribunal, incluso si pudiera darme datos de alguno en particular que pudiera compartir, en los que el asunto central tenía que ver con la no maleficencia?

“Supuestos errores médicos que muchos están advertidos en el consentimiento como pueden ser reacciones adversas algunos consideran errores médicos o complicaciones o los casos fortuitos y las personas atribuyen al acto médico *per se*” E1.

“Un acto tan importante como el consentimiento informado es delegado a una persona del proceso, mas no el responsable del acto médico” E1.

“Errores en la administración de medicamentos, cuando administro un medicamento me equivoqué en la dosis y como consecuencia de ese medicamento terminó muriendo un recién nacido, por ejemplo” E2.

“En todos los casos de caída de pacientes hubo omisión del deber objetivo de cuidado, cierto, seguramente debieron haber incumplido muchísimos ítems del protocolo” E2.

“Siempre hay responsabilidad si bien es cierto el riesgo es alto también es cierto hubo omisión en el deber objetivo de cuidado que conllevó a un accidente” E2.

4. Así como el consentimiento informado es una manera concreta de aplicar el principio de respeto por la autonomía, ¿qué manera o maneras concretas hay de aplicar el principio de no maleficencia?

“El consentimiento en el principio de maleficencia lo que primordialmente debe advertir un consentimiento desde el punto de maleficencia es que el paciente debe tener un conocimiento de la seguridad que le va a brindar el médico” E1

“No existe un paralelo entre los dos entre el respeto por la autonomía para el caso que nos ocupa con el consentimiento informado y el principio de no maleficencia no lo hay paralelo, no hay un documento que se pueda seguir” E2.

5. Desde el punto de vista de la ética profesional, y pensando en los casos que Uds. examinan, ¿cómo debe ser entendido el tema del riesgo?

“Si nosotros analizamos la relación médico paciente, el paciente va al consultorio confiado y eso es lo que vendemos los médicos es confianza” E1

“Las personas van buscando la experticia, el conocimiento, el rigor científico como una de las garantías de lo que suceda” E1.

“Esa responsabilidad y confianza que me ha dado, demanda de mí, un rigor científico, una gran responsabilidad, una administración de riesgo, evitar cualquier daño en la medida de lo posible. E1.

“El paciente trata de establecer o establece una relación de empatía con su médico tratante en el cual se va a dar un vínculo de confianza, vínculo de confianza que a veces por la urgencia de las cirugías, la naturaleza de las cirugías, no se logra consolidar” E1.

“Hay momentos en que un profesional puede cometer un error y pero eso no quiere decir que sea irresponsable” E2.

“Es dependiendo de todas las circunstancias que rodearon el hecho en que uno determina si el profesional es responsable o no, por grave que haya sido la vulneración al principio de no maleficencia” E2.

“Todo el tiempo están tomando decisiones y sus decisiones siempre tienen repercusiones y en muchas ocasiones tienen consecuencias” E2

6. ¿Hay algún tipo de obligación ética con respecto a la seguridad de los pacientes?

“La forma como está organizado el trabajo en las instituciones, hay médicos que ven pacientes, hay otros que operan y hay otros que hacen el manejo posoperatorio, es decir, no hay una relación médico paciente integrada.” E1.

“Sobre todo en una medicina que se ha venido industrializando en el sentido que se empiezan a hacer procesos, errores que encontramos en los médicos es que ni siquiera verifican el nombre del paciente que van a operar” E1.

“Muchas veces llamamos al responsable médico, el director médico que estableció esa conducta en la institución y no vale que nos digan que ellos son simplemente administradores de un sistema” E1.

“El médico se le reduce o se le coacta las opciones de tratamiento o de ayudas diagnósticas y actúan sin suficiente información entonces el que lo llevo a incurrir en el riesgo es el administrador de esa IPS” E1.

“A pesar de la política que hay del Ministerio de Salud en donde se presume que el profesional registra que hubo un evento adverso y que ello no implica que le inicien un proceso disciplinario” E2

“Esa es una medida de falta de seguridad en el paciente, yo tengo que verificar lo que debo hacer en cada paciente” E1

“Al ser médicos e implantar ese tipo de protocolos esos son actos médicos que atentan contra la seguridad del paciente y es responsable, pasan a ser los dos el que elaboro el protocolo y el que sabiendo que tenía que actuar no actuó” E1.

7. ¿Cómo se está entendiendo el tema del error, por ejemplo, en la aplicación de los medicamentos o en los procedimientos que se les realizan a los pacientes?

“Se han limitado a hacer lo mínimo del acto médico, no verifican condiciones del paciente” E1

“Tenemos que hacer un análisis completo, total, desde el momento en que la forma como se administra el medicamento que se hizo, como se hizo, que le paso al sujeto de cuidado, porque se hizo, nosotros tenemos que hacer una revisión total” E2.

“Cometí un error, si lo cometió, errar es de humanos, entonces, uno se da cuenta de que realmente la persona creció, yo soy una convencida que esto lo hace crecer a uno”
E2.

8. ¿Cree Ud. que esto de la seguridad, el error [médico, de enfermería] y el manejo del riesgo tiene que ver con la no maleficencia? Explique.

“La mejor medicina es la buena medicina” E1.

“Es una relación confidencial con otro ser humano que tiene una serie de problemas y yo tengo que dedicarle el tiempo” E1.

“La ley dice la relación médico paciente no se puede intervenir por nadie, ni por el director del hospital, ni por la EPS, ninguna autoridad” E1

“Es un acto íntimo entonces debe haber un respeto en ese campo para evitar la maleficencia, eso permite un tiempo de conocimiento e interacción entre dos seres humanos” E1

“Consolidar la confianza y va a mejorar la seguridad de las partes, porque yo sé con qué paciente me estoy metiendo y el paciente sabe con qué medico se está metiendo, entonces por eso es importante para evitar el daño, el error y caer en maleficencia”
E1

“No dedicarle el tiempo suficiente al paciente y por exponerlo a riesgos innecesarios y todos tienen como común denominador el tiempo de interacción medico paciente”
E1

“El tema está en la confianza excesiva en la tecnología y no me refiero únicamente a los equipos, me refiero a situaciones tan comunes como las guías de práctica clínica que son igualmente tecnologías” E1

“Para nuestro punto de vista mayor compromiso ético atentan contra la confianza de nuestra profesión que es el fundamento de la relación médico paciente” E1.

“Nos interesa muchísimo la reflexión que el profesional pueda tener frente a ese caso, que al mismo le paso o a ella misma le paso, es la reflexión que haga de su conducta para nosotros tiene una absoluta importancia” E2

“Cualquier proceso investigativo lo que le debe permitir a cualquier ser humano es la reflexión de su conducta con la que ha ocasionado daño, bien sea por errores de colegaje o bien sea por maltratos o bien sea también un error profesional” E2

1.3.1 Abordaje de las entrevistas

Como pudimos apreciar, las respuestas dadas por los miembros de los tribunales nos llevan a ver la importancia de la *no maleficencia* en la praxis clínica. También, la relación entre el principio de no maleficencia, los daños, los errores y la seguridad.

Así, podemos entender que tenemos *la obligación de no hacer el daño intencionalmente*. Por supuesto, esto implica tomar las precauciones necesarias y no deja que olvidemos que pueden existir errores accidentales. Por eso, podemos aclarar que el *principio de no maleficencia* prohíbe solamente aquellos daños que son atribuibles a la voluntad humana, traspasa un daño injusto, un daño que implica una lesión o violación de los legítimos derechos e intereses de una persona complementado con el tema del riesgo y resiste a todos los procesos de promover un buen estado de salud.

Entonces, se trata de la obligación moral que se extiende hacia todas las personas de prevenir la aparición de una enfermedad o daño y si se da un evento, actuar para tener la menor afectación posible o se pueda recuperar de la manera más eficiente y efectiva de su

situación de base. Se trata entonces, de evitar poner barreras frente a la prestación de servicios de salud, evitar generar sufrimiento, y de no privar a nadie del bien de la vida.

Los comportamientos por omisión de un deber objetivo, que afecten el cuidado, la impericia, que sean por imprudencia o negligencia, igual conducen al daño. Muchas veces, se trata de detenerse, mirar si hay que actuar o no, porque puede ser contraproducente el sencillo hecho de actuar, con la visión de negocio que se dio al sistema de salud. Pues, verlo de esa forma, ha transformado la atención en un riesgo más cercano de hacer daño a los pacientes.

Una de las formas de afrontar el daño consiste en tomar conciencia de la presencia del poder dañar en la praxis clínica. Así, podemos enfocar las acciones en plantear cómo evitar los daños evitables, a partir de estrategias que eviten los errores, reduzcan los riesgos y garanticen la seguridad del paciente. Esta toma de conciencia implica un abordaje bioético.

Capítulo II. El error médico, la seguridad del paciente y el manejo de riesgos y su relación con el *principio de no maleficencia*

En el presente capítulo abordaremos desde el *principialismo* la noción de *no maleficencia*. Para luego, establecer una relación con los conceptos de error médico, riesgo y seguridad del paciente. Empecemos por hacer un recorrido por la historia del *principialismo*.

Por una parte, el inicio de la bioética no está bien definido. Acerca de esto, (Escobar-Picasso, 2010) señala algunos eventos históricos como sucesos determinantes, que se podrían tomar como el nacimiento de lo que conocemos como bioética. Por ejemplo, en la Segunda Guerra Mundial, presenciamos fenómenos en los que se llevaron a un límite indebido, las investigaciones con seres humanos. Lo que generó una preocupación por tener códigos éticos que reglamentaran esas investigaciones. Otros fenómenos incluyen los avances tecnológicos, como el trasplante de órganos o el descubrimiento del genoma humano.

Sin embargo, a partir de los años 70, el holandés Van Rensselaer Potter usa “la palabra bioética. Su trabajo *Bioethics: Bridge to the future* publicado en 1971 visualizaba una estrecha relación entre el mundo de las ciencias de la vida, sus hechos y los valores éticos” (Morales, 2011, p 22). Desde entonces, la bioética ha tenido diferentes enfoques. Uno de los que más ha sobresalido es el del ámbito clínico. Este último, abordado, a partir de Beauchamp y Childress, en su texto *Principios de ética biomédica*.

Como lo propuesto por los autores mencionados ha sido tan representativo en el desarrollo de la ética clínica, revisaremos desde la teoría que se conoce como *Principialismo*.

Partiendo del principio de no maleficencia, de no dañar, hoy día se interpreta como esa gama de posibilidades, de las cuales se escoge la decisión con la mayor probabilidad de alcanzar un resultado esperado en la salud del paciente.

2.1. El Principialismo

Un antecedente que se destacó en el Principialismo, fue el presentado en 1930 por Sir David Ross en el libro *The Right and the Good* donde plantea la vida moral como algo que se constituye en los principios básicos que los seres humanos consideran, inicialmente, obligatorios (o *Prima facie*). Entre ellos, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia. Este último, que se constituye como el evitar producir daño, el cual se debería tomar como prioridad sobre hacer el bien (Sánchez-Barros 2010).

Con relación a ellos, se hace alusión a cada principio de acuerdo al actor privilegiado, donde la autonomía es el paciente, no maleficencia y beneficencia es el profesional de la salud y justicia es el entorno social donde viven y desarrollan la atención del profesional de salud – paciente.

Para 1900 con el caso de Neisser, quien descubre el patógeno que produce la gonorrea, se da una reacción social mayor por el manejo ético de la experimentación. Donde se discute la coacción existente por la autoridad del médico, en la relación médico-paciente, que narra cómo ha terminado en la participación del paciente en investigación, sin que este diera su consentimiento. Lo cual, aparte de ser una violación de los Derechos Humanos, generó un daño físico. Por casos como este, es que debemos establecer una relación médico-paciente que respete los DDHH, siga los principios éticos que guían la investigación biomédica, donde a pesar de que el objetivo de experimentar con alguien sea la obtención de

conocimiento, no se incurra en un versus entre el trato digno hacia ese sujeto y el desarrollo de la investigación.

De allí tras las guerras mundiales y lo que implicó la experimentación en lo transcurrido del siglo XX, los nuevos contextos sociales, la velocidad e innovación en los cambios tecnológicos y científicos, enfatizaron que los principios éticos establecidos eran inadecuados para la solución de los dilemas y conflictos presentes en la sociedad.

Lo que lleva a una crisis metodológica de fundamentación de la ética médica. Además, se presentó el acontecimiento histórico más importante que impulsó el análisis ético en ese momento (1945) el Juicio de Núremberg realizado a los médicos (Instituto de Ética Clínica Francisco Valles, Fundación Tejerina, 2015).

Con este antecedente histórico, se hizo necesario generar una normatividad para regular la investigación con sujetos humanos. Asimismo, en los Estados Unidos se creó la *National Commission for the Protection of the Human Subjects involved in Medical and Behavioral Research* que de 1974 a 1978 fue estableciendo pautas, como necesidad de responder y establecer criterios éticos que regularan las investigaciones científicas en seres humanos. Ella contó con la participación de 11 miembros, provenientes de las áreas de la Salud, la filosofía y el derecho.

A la Comisión se le hizo el encargo de la formulación de unos principios generales para limitar el ejercicio médico en el ámbito de la investigación. Con la finalidad de crear directrices que guiaran la relación riesgo-beneficio en este campo, de tal forma, que las acciones siempre estuvieran enfocadas en sopesar qué podría y qué no al llevar a cabo una investigación. Así, presenciamos el nacimiento del *Belmont Report* publicado en 1979,

sosteniendo tres principios como pilares en la investigación con seres humanos, a saber: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia.

En 1979, dos norteamericanos, Beauchamp y Childress publicaron el libro, *Principios de Ética Biomédica*. Que, desde entonces, se ha venido reeditando en 1983, 1989, 1994, 2001 y 2009. Los principios allí formulados se han transformado en los pilares de la praxis médica y sus actualizaciones se han generado por considerar el dinamismo de la medicina y por la relectura de lo consignado en las diferentes versiones, gracias a las críticas que diferentes autores han realizado consiguiendo este apoyo teórico incluyente, logrando una mejor versión de un libro reconocido como guía ética del ejercicio de la medicina (Tribuna abierta del Instituto Borja de Bioética, 2011).

Así, en este libro se establece por primera vez el componente de cuatro principios que sería muy prioritario. Surgen posterior al Informe Belmont, que contenía tres principios, con el valor agregado de incluir después, el principio de no maleficencia. Con ello, se asumió una particular forma de definir y manejar los valores.

Desde el inicio del libro, Beauchamp y Childress insisten en que su intento no es proponer una nueva teoría moral, sino un sistema para la resolución de casos difíciles. Es la propuesta de un instrumento válido a aplicar. Partimos del *Principlismo* que permite como metodología llegar a un determinado fin, que busca la resolución de dilemas éticos que se presentan en el quehacer de la atención en salud y en todo lo relacionado con el desarrollo tecnológico de la misma área, Beauchamp y Childress plantearon un esfuerzo teórico para conseguir una toma de decisiones racional, razonable y prudente (Requena, 2005).

En estos casi 40 años, son varios los autores que ratifican los *principios* calificando su carácter general, teórico y abstracto. Que se traduce en partir de la generalidad del principio a la particularidad, siendo reducidos a reglas, destacando que logran hacer un llamado del consejo a la conciencia ya que facilita la decisión moral, cuestiona el sentido común de los involucrados, plantea y acerca de forma concreta la situación para evaluar denominando este proceso, donde se resuelven los desafíos morales acompañados de ponderar o lograr esa comparación de los principios ante una realidad.

La ponderación consiste en examinar y evaluar el peso o la importancia relativas de las normas. La ponderación es particularmente útil para juzgar situaciones individuales, y la especificación es particularmente útil para determinar el desarrollo de una política. Hace falta ponderar principios y reglas para saber cuáles deben prevalecer en cada situación concreta, teniendo en cuenta las circunstancias (Tribuna abierta del Instituto Borja de Bioética, 2011 p 4).

Se establece que hay cuatro principios fundamentales (*prima facie* o carácter obligatorio), cuyo deber es orientar moralmente las decisiones; que se tienen que aplicar a situaciones médicas concretas, con el objetivo de identificar, analizar y resolver los conflictos éticos que se planteen en el quehacer, es avalado por la claridad conceptual, por un lenguaje adecuado, común, que brinda en el ámbito de la salud el poder articular el contexto ético para guiar las acciones pertinentes a cada caso en particular.

La bioética ha buscado el establecimiento de un punto de partida para crear el espacio dialógico, a través del establecimiento de principios, que según Hottois, responde a la determinación de reglas simples y claras que orientan la toma de decisiones en un medio pluralista relacionado con la biotecnología en todas las formas de vida (Rozo, 2011).

De hecho, con algunos ejemplos la aplicación de los mismos, en el principio de respeto a la autonomía, su aplicación sería el consentimiento informado; el principio de no maleficencia, los temas relacionados con los tratamientos opcionales y obligatorios en relación al final de la vida; se estudia el papel que juega la ponderación de beneficios, costos y riesgos en las políticas sanitarias también el valor de la vida y la calidad de vida y en el principio de justicia, se abordan los problemas derivados de la distribución de los recursos de asistencia sanitaria (Tribuna abierta del Instituto Borja de Bioética, 2011, p.3).

A la vez, la segunda corriente en 1998 parte de un proyecto financiado por la Comunidad Europea, con los profesores Peter Kemp y Jacob Dahl Rendtorff del Centro de Ética y Derecho de Copenhague, allí se realizó una reunión donde participaron instituciones de países europeos, en consenso se formuló la Declaración de Barcelona, en ella se plantearon 4 principios: Dignidad, Autonomía, Integridad y Vulnerabilidad.

Este consenso se publicó en un libro en dos volúmenes en inglés, bajo el título *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biomedicine* (2000), este trabajo corresponde a la necesidad de tener una estructura normativa para la protección de las personas frente al desarrollo biomédico y biotecnológico, ya que estos últimos, no solo influyen en el desarrollo de la sociedad, sino que la impactan evitando generar deshumanización e irrespeto por la convivencia (Torralba, s.f.).

2.2. Jerarquización de los Principios

Hay situaciones en las cuales las tengamos un conflicto al intentar vincular los principios. Esto implica que debemos tomar una decisión dándole primacía a uno por encima de los otros. Pues en muchos casos nos encontramos con una gama amplia de aplicación para

debatir asuntos relacionados con la vida. Ante esto, Requena (2005) menciona que no existe jerarquía alguna y que los cuatro son igual de importantes. Pues al darle prioridad a uno u otro principio, se estaría perdiendo la neutralidad fundativa del sistema que proponen.

En tanto que constituyen la consideración de criterios básicos alrededor de una moralidad común, no pueden jerarquizarse sin considerar sistémicamente las situaciones particulares en las que se aplica, las circunstancias y consecuencias de una situación es lo que genera criterios para poder dar prioridad entre ellos.

En cuanto a la nivelación de los principios, Ross prioriza los deberes de no maleficencia sobre la beneficencia. Frankena admite la prioridad de la justicia sobre la beneficencia (Maratta, 2005).

Ante esto, León (2009) citando a Gracia, menciona que se puede establecer un primer nivel con los principios de justicia y no maleficencia, y un segundo -importante, pero segundo- con los de autonomía y beneficencia.

Se plantea unos principios de máximas o privados donde la persona aspira a unos comportamientos de ética moral que son propios y no hay interferencias, ni coacción, para tener estos máximos, se parte de los principios mínimos que aseguran la supervivencia y garantiza un trato igualitario conformando la dimensión pública.

2.3 El principio de no maleficencia

Lo podemos encontrar en el primer principio de orden moral de la tradición medieval “haz el bien y evita el mal”, perspectiva que seguiremos. Esta máxima podría implementarse como parte del quehacer diario en la praxis clínica. Favorecer lo que está a mi alcance en la

atención que se le da al paciente, antes de tomar la decisión de actuar, examinado hasta qué punto lo que haga puede perjudicar a la persona que voy a hacerle una intervención.

Beauchamp y Childress en el diseño del principio de no-maleficencia se concentran en “los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses” (Siurana, 2010). La no maleficencia aprueba, en lugar de rechazar, la realización de juicios con relación a la calidad de vida.

Aunque la no maleficencia y la beneficencia tienen similitudes y lo han asociado como conceptos difíciles de distinguir, es necesario aclarar que la obligación de no hacer daño dista de la obligación de ayudar a los demás. Autores como Beauchamp y Childress opinan que para no causar daño tenemos que asumir riesgos importantes en el principio de la no maleficencia mientras que para beneficiar a los demás si existieran riesgos, serían moderados o tal vez, insignificantes (Beauchamp, 1999).

Por otra parte, es conveniente explicar que es bueno distinguir los dos principios. Ya que, el sujeto moral tiene obligaciones de beneficencia respecto a pocas personas, mientras que la obligación de no dañar se extiende a todas las personas.

Al aplicar el principio de la *no maleficencia* se debe descender del plano general al particular. Dependiendo del contexto en que se desarrolle la toma de decisión o se realice la acción, puede no ser evidente ese mal que se define. La propuesta es definir en forma concreta en que consiste el mal, igualmente, ponerlo en la balanza para valorar individualmente; lo que permite calcular las consecuencias menos impactantes eligiendo la alternativa más favorable o que sea compatible con el objetivo de la acción.

Frankena, citado por Páez, une las obligaciones generales de la *no maleficencia* con la beneficencia en cuatro generales:

- i. • No se debe hacer mal o daño en cualquiera de sus formas.
- ii. • Se debe prevenir el mal o daño, lo cual incluye la negligencia.
- iii. • Se debe remover el mal o daño, el cual puede ser conceptualizado de muchas maneras.
- iv. • Se debe hacer o promover el bien, y tiene que ver más con el principio de beneficencia (2011, p. 178).

El principio de no maleficencia impone una obligación negativa que correspondería a acabar negándose a sí mismo; infringiendo en la práctica lo que en teoría protege: Nunca hagas daño; la no maleficencia se debe conceptualizar como deber, implica obligaciones vinculantes fundamentadas en la protección y promoción de valores universalmente aceptados, desmitificando en gran medida la superioridad que se ha ejercido por el respeto al principio de autonomía (Valdés, 2015).

De acuerdo con lo que señalan Beauchamp y Childress, es necesario formular unas reglas morales basadas en el principio de no maleficencia así, “No mataras, No causarás dolor o harás sufrir a otros, No incapacitaras a otros, No ofenderás, No privarás a otros de los bienes de la vida” (Beauchamp 1999, p-183).

2.4. El Error médico

Hay temas a nivel global que encierran más interés. Una de las formas en que esto se refleja es la preocupación social y la difusión en los medios de comunicación acerca de la existencia de errores médicos.

El error debe verse de una forma diferente a como se quiere ver. Pues la posibilidad de cometer un error en cualquier contexto está latente, por el mero hecho de ser humanos. Sin embargo, es en el ámbito de la praxis médica donde el cometer un error recobra más preocupación, pues de esto depende la salud, el tratamiento e incluso la vida de la persona. Como establece Varón (2018)

La mayoría de los miembros del equipo de salud se enfrentan al error como profesionales y como pacientes. Cometer errores es innato de la condición humana especialmente en situaciones en donde la incertidumbre y la complejidad de la fisiología humana impiden que se tenga un resultado exacto, se perciben los errores mirando el pasado, pero en el momento de cometerlos no existe conciencia del daño que se está causando. Se puede trabajar en disminuir y prevenir su ocurrencia, pero nunca dejaran de cometerse (p 3).

Por ende, un error médico es el resultado de un daño no intencional o una complicación que es causada por una intervención de un actor de las profesiones de salud. Durante el proceso de una enfermedad, muchas veces se realizan acciones innecesarias, incorrectas, no indicadas, inútiles o acciones que no se realizaron.

De esta manera, cabe aclarar que el error médico se asocia a términos como la injuria, que significa tanto daño como injusticia. Violación o agravio, que se entiende como obstaculizar, dificultar o impedir que se cumplan los intereses de una de las partes. Así pues, la palabra daño incluye actos que obstaculizan o alteran la reputación, la propiedad, la intimidad, la libertad, entre otros (Beauchamp 1999).

Es aquí donde debemos diferenciar lo voluntario de lo involuntario. Pues, a veces, al intentar alcanzar algo bueno, ocurre un efecto negativo. El error puede conducir a eventos

adversos que son definidos como “los daños causados al paciente por un procedimiento cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de atención”. La OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente bajo el lema “Ante todo no hacer daño” con el objetivo a nivel global de crear estrategias para reducir la incidencia de enfermedades, traumatismos y muertes asociadas directamente con la atención en salud (OMS.2002)

La condición humana es inseparable del error en cualquier actividad y en todos los ciclos de vida. De hecho, la literatura en la que se basaron para iniciar estos programas en pro del *principio de no maleficencia*, El *Institute of Medicine* de Estados Unidos publica en 2000 un texto que se tituló “errar es humano”.

Se estima que más de 13% de los reingresos a un hospital se deben a efectos adversos del diagnóstico o el tratamiento y, que casi 70% de las complicaciones iatrogénicas son prevenibles, son datos muy generales y de por sí sueltos en el documento *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*, del Ministerio de Salud y protección Social (2007).

El daño iatrogénico puede ser predecible. Además, implica diferentes consecuencias, como son: físicas, psicológicas, morales, económicas y otras. Debemos admitir, que los agentes etiológicos más frecuentes del daño a los pacientes se asocian a: los sistemas de salud, los entornos de las IPS y los profesionales de salud (Lifshitz, 2003).

Ante este tipo de señalamientos, podemos encontrar desde la perspectiva de varios autores que los errores médicos son acciones que suelen castigarse y por eso, en muchos casos, se tratan de ocultar. Una manera de hacerlo ha sido el establecimiento de los pactos de silencio. Sin embargo, debemos sostener que

la veracidad, regla ética tradicional, modela la responsabilidad profesional y solidifica las relaciones clínicas; cada médico debe develar la verdad a cada paciente; el incumplimiento del deber, genera malestar, desconfianza y es la primera causa de demanda judicial (Maglio, 2011, p.361).

Por tomar estos rumbos, las instituciones han buscado estandarizar procesos guiados por el uso de tecnologías apropiadas. Con el fin de verificar la simplicidad del paso a paso en los procesos. Aunque con el paso del tiempo, los errores médicos se han transformado en articulaciones complejas, que de por sí atentan o repercuten en la seguridad del paciente. También se ha encontrado que los errores que se cometen con mayor frecuencia están asociados a la formación de los procesos académicos, el diligenciamiento de historia clínica, la entrevista, el examen físico, la solicitud excesiva de exámenes por déficit en el criterio de solicitud. Esto último, principalmente se da por el temor del personal médico a terminar en un proceso jurídico, donde se le acuse de negligencia.

Por otra parte, debemos admitir que una de los orígenes de los errores radica en la limitada capacidad de escuchar a los pacientes. Porque muchos profesionales de la salud se niegan a mantener un diálogo abierto con los pacientes. De esta forma, ejercen un poder que busca silenciar al paciente, para evitar aclarar dudas, porque no advierten las posibles complicaciones que se pueden generar al hacer un tratamiento o al hacer o no un procedimiento (Maglio, 2011).

Aclaremos que no solo los pacientes se pueden ver afectados por lo errores. Los profesionales de la salud se han considerado como las segundas víctimas por el riesgo de exposición cuando no se cuenta con programas adecuados, insumos, capacitación o infraestructura (Lifshitz, 2003).

Otros factores que influyen en el error médico es la inadecuada supervisión en la formación de los estudiantes en los escenarios clínicos. Pues existe también un escaso acercamiento a la rendición de cuentas en el contexto institucional.

Eugenio Moure afirma de acuerdo a las memorias del neurocirujano Henry Marsh que

la medicina se basa en errores porque de ellos se aprende, es un acto de expiación, una anatomía del error quirúrgico y un intento de responder desde la experiencia a la pregunta cómo ser mejor médico, no técnicamente, sino más honesto y humano, buscando un equilibrio entre la esperanza y el realismo, la compasión y el desapego, pero sobre todo intentando ser siempre sincero. Menciona que el error es inherente a la práctica médica, uno llega a ser en realidad bueno en casos realmente difíciles gracias a muchísimas horas de práctica, pero eso significa cometer montones de errores al principio (2017, p.319).

Los factores mencionados han venido cambiando de forma vertiginosa por la creciente demanda de inconformidades por parte de usuarios del sistema de salud. Sin importar que sean de sectores vulnerables o no, la información y la adquisición del conocimiento generan presión en la participación y el acompañamiento de varias instituciones como las defensorías, entre otras.

2.5 El Riesgo

El desarrollo del conocimiento científico y tecnológico conlleva riesgos inherentes en todo comportamiento humano. Igualmente, la ignorancia alrededor de los temas o procesos

del ámbito científico, generan para los miembros de la sociedad un gran factor predeterminante favorecedor del riesgo.

De acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) en el 2012 al 202, el riesgo en salud se concibe como:

la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse (Ministerio de Salud y Protección Social. 2018 p 14).

Dentro del ciclo de atención no existe el “riesgo cero”, por ello la toma de decisiones implica la suma de riesgos que lleva a no hacer viable, muchas veces, el fenómeno de la vida. Para que esa atención sea digna y de calidad hace falta saberlos reconocer, y poner en marcha programas que los mitiguen o prevengan. Reconocer que los profesionales, al igual que los demás seres humanos, actuamos influenciados y, muchas veces, lo hacemos como respuestas asociadas a las presiones sociales.

Adicional a esto tenemos que mostrar un concepto válido en este siglo y es concebimos como la sociedad del riesgo. Donde lo amenazante no consiste solamente en que los riesgos a los que pueden estar expuestos los pacientes provienen de los profesionales de la salud, sino que hacen parte de las diferentes situaciones que se han derivado de la industria, el desarrollo de la ciencia y las decisiones y acciones políticas.

Pero ¿qué significa riesgo? La respuesta a este interrogante la podemos tomar de la cita que hace García de Beck, así alude al libro de este autor titulado *La sociedad del riesgo* donde señala que el

[...] riesgo es el enfoque moderno de la previsión y control de las consecuencias futuras de la acción humana, las diversas consecuencias no deseadas de la modernización radicalizada. Es un intento (institucionalizado) de colonizar el futuro, un mapa cognitivo. Toda sociedad [...] ha experimentado peligros. Pero el régimen de riesgo es una función de un orden nuevo: no es nacional, sino global (García, 2015, p.255).

En esta definición vemos como Ulrich Beck lleva a suponer que la percepción del riesgo se encuentra vinculada a la necesidad del consumo, forma de expansión del desarrollo capitalista. Donde se comienza a perder soberanía cognitiva. Así, surgen los expertos del riesgo, quienes, junto a las estructuras económicas, ejercen una explotación comercial con miras a crear y fortalecer mecanismos de seguridad, donde cambiamos el participar por el proteger o mejor al ser protegido, dando origen a la comunidad del miedo.

Se puede someter a una persona a un riesgo sin malicia ni intencionalidad. El riesgo establece el criterio de cuidado debido y es así como el no cumplir el debido cuidado, conduce a la negligencia o mejor, a una ausencia de la atención debida. Aquellas conductas que no se cumplen con proteger a los demás, por ejemplo, cuando el profesional realiza un ejercicio incompetente, porque no está formado adecuadamente, en habilidades, destrezas, diligencia y capacidades que le permitan reconocer qué puede o no hacer, conduce a que desencadene un riesgo tras otro (Beauchamp, 1999).

Podemos señalar que a medida que el conocimiento se va difundiendo, se presenta una gran oportunidad de conocer cómo muchas instituciones han manejado o instaurado planes de mejorar para reducir y evitar los efectos negativos o adversos en la atención sanitaria. De esta forma, se pueden tomar como ejemplos para fortalecer o crear estrategias

organizacionales, con el énfasis de la participación proactiva. Ya que promoviendo oportunidades de trabajo interdisciplinario entre los funcionarios de la institución, conlleva a la excelencia que consiste en trabajar bien, aunque no nos estén mirando, nos lleva a dar lo mejor de nosotros, a no conformarnos con lo mínimo, dar y entregar a lo máximo y por ende realizarnos como personas con un compromiso social acentuado.

Ejemplificando lo anterior, encontramos la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Además, el desarrollo científico y tecnológico constituyen una de las metas que debe perseguir instituciones, donde demanda una rigurosa medida de prevención y medidas de protección de los posibles riesgos a inmediato, mediano y largo plazo para evitarlos o minimizarlos, aplicando estrictos protocolos en los procesos con un soporte ético, constituyendo ejemplo para la sociedad buscando el beneficio colectivo con compromiso, calidad y efectividad, pero apoyado en directivas empoderadas y exigiendo un sistema de salud real y cumplidor.

Dentro de este marco el riesgo lo percibimos como una amenaza a nuestro ser personal- profesional y se nos convierte en un reto obsesivo que muy a pesar del miedo, se requiere transformarlo a fin de garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuo y eficiente a los servicios de salud desde el mejoramiento progresivo de la calidad basados en valores que se apliquen en las diferentes circunstancias y etapas de la vida.

Este se genera mediante la gestión de los riesgos por parte de todos los actores dentro del ciclo de atención centrada en las personas y orientada al logro de resultados en salud y el sostenimiento del sistema en el tiempo. Por tal motivo, se sugieren que los actores fortalezcan

la gestión por procesos que agreguen valor a las personas, incentivando el trabajo en equipo, el quehacer colaborativo con otros individuos participantes y garantizar la transparencia en la consecución del bienestar además de la administración que conllevan a la gestión de los recursos para la dinámica de los procesos en el ciclo de atención teniendo y ratificando el principio de no maleficencia como eje del compromiso en el actuar.

Debemos tener presente la importancia de desarrollar estrategias para identificar el riesgo, manejarlo y mitigarlo, sin olvidar que todo soporta riesgos no siempre previsibles. Que cada uno como actor se permite considerar y ejercer un proceso riguroso de protección contra riesgos previsibles e identificación y evaluación de riesgos potenciales.

2.6. Seguridad del paciente

Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (art. 2 y 25). La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que impulsa el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud *“que propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud”* (Resolución 0112 de 2012).

Se requiere generar medidas de seguridad incluyendo los programas de prevención y promoción en salud, instaurando programas de formación en instituciones de salud como son los hospitales universitarios. Donde la estimación de las consecuencias de un acto profesional determina muchas veces la imputación al profesional por mala praxis, el ejercicio

incompetente de un profesional, el no seguir los criterios que la ética considera correctos facilitan el llegar a la maleficencia.

El modelo de salud debe generar un equilibrio entre la integridad personal y el entorno social. Por esta razón, todas nuestras acciones tienen más de un efecto, de hecho, suele suceder que a diario los pacientes sufren Eventos Adversos (EA) en las instituciones de atención en salud, tanto a nivel asistencial como administrativo. Cuando se habla de la seguridad debemos propiciar un entorno privado, confidencial, cómodo dando respeto a cada vida humana, con la capacidad permanente de evaluar con mirada proactiva los riesgos asociados a la atención, con la certeza de diseñar barreras de seguridad acordes con el contexto.

Un ejemplo, que podemos tomar como referente se encuentra *en el Boletín informativo #16* del Programa de Seguridad del paciente de un Hospital de tercer nivel en el primer trimestre 2020. Donde se menciona el reporte de 920 situaciones, que fueron clasificadas como 262 eventos adversos 249 incidencias y 76 complicaciones. Estas cifras están asociadas a la no adherencia a protocolos y/o procedimientos, al incumplimiento de normas de bioseguridad, a fallas en la administración de medicamentos, error de habilidad (distracciones, falta de atención, inexperiencia) y fallas en comunicación del equipo de salud.

Frente a estas situaciones, la institución ha establecido un plan de mejora. Conformado por los siguientes procedimientos: uno, capacitación en normas de bioseguridad. Dos, ejecución de un diplomado virtual sobre administración de medicamentos. Tres, ejecución del curso de buenas prácticas de seguridad de paciente, capacitación en mejorar los indicadores de cuidado en salud, puede ser la muestra de lo que se espera para fomentar este principio de la no maleficencia.

Desde la visión de la seguridad del paciente, el *Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)* desde el 2002 promueve acciones que tiendan a evitar hacer daño. Entre las acciones incluye propiciar una comunicación asertiva entre los pacientes y el equipo de salud, informar a los de los posibles riesgos de procesos, participar los casos adversos, ejercer la evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados, en general establecer protocolos de tratamientos normalizados que reduzcan al mínimo los errores, todo esto partiendo del principio de no maleficencia (Zarza-Arizmendi y Salcedo-Álvarez, 2008).

La Seguridad del Paciente no es una situación ajena y alejada del profesionalismo. De allí, la importancia de ayudar a realizar mejores evaluaciones respecto de las acciones y sus consecuencias. Es inevitable reconocer que para brindar cuidados seguros y de alta calidad es indispensable contar con personal debidamente calificado, con experiencia, propiciar como institución la formación del talento humano.

Con el propósito de que aquellas acciones que están dirigidas al cuidado del paciente no representen una amenaza, sino que presenten pautas claras del inicio del camino hacia la cultura de la seguridad en las instituciones de salud. Porque en muchas ocasiones, la confianza ciega en el desarrollo biotecnológico, hace que los profesionales en salud estén con una predisposición a incurrir en fallas y/o riesgos.

Capítulo III. El principio de no maleficencia como el pilar de la atención sanitaria

En este capítulo presentaremos la importancia de la no maleficencia en la praxis clínica. Pues como hemos podido apreciar, solo al tener presente como máxima el no dañar, es que llegamos a creación de estrategias que mitiguen aquellas situaciones negativas que pueden surgir en el ámbito de la salud.

3.1. Modelo de salud colombiano y no maleficencia

Este abordaje nos ha permitido analizar las situaciones que día a día ocurren en el entorno sanitario cuando no se tiene una adecuada transversalidad del principio de no maleficencia en la praxis clínica. La contextualización realizada, nos ha permitido establecer la relación estrecha y existente entre los postulados de *Beauchamp y Childress* con las opiniones aportadas por los miembros entrevistados de los Tribunales de Ética Médica y de Enfermería. Miradas que enriquecen la comprensión y la propuesta de mejoras al modelo de atención en salud colombiano.

La no maleficencia en el sistema de salud se muestra de forma cotidiana. Sin embargo, debemos reconocer que hay riesgos inherentes en la prestación del servicio de salud. Favorecidos por situaciones como la presión en la producción, la exigencia en el número de personas que deben atender contrarreloj diariamente. La necesidad de responder a toda la carga laboral y, a la vez, las trabas impuestas que se tienen para autorizar servicios de salud asignados a intermediarios que desconocen qué se debe priorizar. Porque para estos últimos, prime el criterio del costo y beneficio.

En definitiva, el paciente se está sometiendo a atención en salud que no le da las garantías y los profesionales también están ejerciendo sin garantías. Estas situaciones deterioran enormemente la seguridad del paciente, van apareciendo en forma consecutiva

descontentos, errores, daños, complicaciones, efectos adversos y todas aquellas situaciones que llevan a generar acciones maleficentes.

En el encuentro clínico, es indudable que el error mueve los principios en que se sustenta el acto médico. El más afectado es precisamente el principio de no maleficencia. Por otra parte, el acto médico deja de ser un bien (principio de beneficencia) y el paciente que en plena libertad acude en busca de ayuda y que ha consentido, luego de ser informado (principio de autonomía), ve peligrar su confianza en el personal de salud o la pierde totalmente (Carvallo, 2001).

Otro planteamiento alineado está en la lectura de la violencia estructural en el sistema de salud colombiano como problema ético. Esta es una forma de violencia invisible que produce efectos negativos sobre las oportunidades de supervivencia, bienestar, identidad y libertad de las personas. Una forma de injusticia social vinculada a un poder institucional que aparenta ser legítimo ante la reacción pública. Pero que realmente ha deformando la razón por medio de la normatividad y su aplicación. Pues se ha tornado en modelo inequitativo con acceso limitado a los recursos, que, además, excluye de los procesos en la toma de decisiones a los afectados. Vulnerando, causando daño a las personas, fomentando ideas de políticas corruptas, que son utilizadas para ocultar situaciones de dominación, desvirtuando la ética pública (Rueda y Cortés, 2010).

3.2. La bioética como alternativa: espacios de reflexión y de desarrollo de la confianza en la relación médico-paciente

Debemos propiciar espacios de reflexión cotidianos bajo la guía de perspectivas bioéticas. Pues con ellas, logramos enfoques multidisciplinares que enriquecen las miradas y la posibilidad de establecer opciones para mejorar las situaciones en el ámbito sanitario.

Así, se pueden establecer protocolos de los procedimientos minimizando los riesgos, valorar los beneficios con el paciente. Ofrecerle siempre la mejor alternativa existente, alejados de las razones de competencia comercial, dedicando tiempo suficiente a las explicaciones y al desarrollo de la empatía que es fundamental en la relación médico-paciente.

Además, de ayudar a educarlo, pues debemos tener al paciente informando debidamente de los posibles riesgos, eventos adversos. Con miras a que logre participar en las decisiones que le conciernen. Y de parte del personal en salud, reportando y analizando los propios errores y sacando el debido provecho de ellos en esa perspectiva humana, corrigiendo los defectos y superando la ignorancia, con una mirada reflexiva y crítica que eluda las rutinas en el quehacer.

Sumado a esto, podemos conocer a profundidad la teoría de los principios de Beauchamp y Childress, enriquecidos por el reconocimiento de tres reglas morales, a saber, la confidencialidad, la veracidad y el consentimiento informado. Cada una de ellas involucra a muchas personas, ya que la confidencialidad es extensiva a cada participante en la atención del paciente; la veracidad está asociada a la integridad como profesionales cumpliendo con brindar la información gradual y clara, con coherencia entre los mensajes que envían las personas que actúan en la atención médica, acompañado del principio de no maleficencia (Manzini, 2008).

Así, podemos ver los principios como guías generales que dejan lugar al juicio particular en casos específicos. Generando la reflexión desde la ética de forma cotidiana y práctica, manejando las relaciones humanas en una interacción sana para construir cultura de paz y democracia, es la bioética haciendo la inclusión o puente con las ciencias sociales para fortalecer la ética crítica, donde el Derecho fija unos mínimos y la bioética desde un enfoque *Principialista* propone acuerdos sociales para ser complementarios.

Esta perspectiva busca fomentar el desarrollo de la confianza entre los actores del acto médico,

en otras palabras, la confianza es un principio elemental de la convivencia y la paz social no solo en la salud; sin ella uno no podría ni siquiera levantarse de la cama por las mañanas; sin ella el médico ve en cada paciente un potencial enemigo judicial; del mismo modo en cada paciente desconfiado reside la falta de adherencia y el peor pronóstico de su propia enfermedad. Tanto cuando falta, como cuando abunda la posibilidad de requerir estudios de alta complejidad, es preciso volver a creer en la experiencia intransferible de la relación médico-paciente basada en la necesidad mutua de confianza (Maglio, 2011 p 362).

Desde los principios presentados por Beauchamp y Childress, podemos establecer la idea *de no abandono* como forma de responsabilidad. Esta corresponde a pacientes, familiares, instituciones y todos los actores involucrados. En la triada Institución–médico–usuario que podríamos situarla en el campo de la Bioética (clínica) institucional, *la no maleficencia* incluye el deber. Como una exigencia donde se tomen las precauciones correspondientes para fortalecer los sistemas de seguridad y así sean tomados como una responsabilidad Institucional.

De esta forma, podemos decir que corresponde a la Bioética social, con dos actores *Ministerio Salud–Sociedad, la no maleficencia* incluye el deber de No abandono social, con las funciones de Prevención en salud y la responsabilidad política. La no maleficencia es primariamente no dañar física o psíquicamente, evitar el dolor físico y el sufrimiento psíquico y puede concretarse en tres principios. Primero, Deber de no abandono del paciente o sujeto de investigación. Segundo, Principio de precaución, que nos ayuda a evitar cualquier mala praxis en el equipo clínico y en la institución. Y, tercero, Principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas o de toma de medidas en una institución,

También existe el abandono, no sólo por parte del equipo profesional de salud, sino de la familia y la comunidad: están los deberes de responsabilidad familiar (no abandono familiar del paciente) y responsabilidad comunitaria (no abandono institucional y social) (León, 2009, p. 75).

Tomar esa decisión que en algunos casos vale la pena, correr el riesgo de producir un efecto para obtener un beneficio considerable y, en todo caso, siempre intentando minimizar tanto el riesgo como la magnitud del daño mismo. Esquivando con la mayor prudencia el riesgo mercantilista que ha ganado mucho en el campo en la salud, tener claridad en nuestro actuar que incluye una atención digna, con calidad, hace falta saber reconocernos en la confianza propia y la brindada, que los pacientes nos dan lo más profundo de su intimidad, ser muy cautelosos y respetuoso con el paciente, dentro de esta base se va a dar la condición de no maleficencia y estar al tanto que todo el tiempo se están tomando decisiones y sus decisiones siempre tienen repercusiones, en muchas ocasiones hay circunstancias de tiempo, modo y lugar que involucran gran responsabilidad.

Esta nueva perspectiva se basa en el principio que, en medicina, se denomina *el acto de doble efecto*, según el cual cada una de las acciones del médico tiene un efecto bueno y otro malo. Así, por ejemplo, la extirpación de un tumor puede salvar la vida, pero produce dolor y a veces discapacidad. Los medicamentos tienen, además del efecto benéfico, efectos secundarios adversos, esta duplicidad permite considerar como lícitos aquellos actos de los que se siguen dos efectos, uno bueno y otro malo, siempre y cuando se satisfagan determinadas condiciones relativas a la intención con que se realizan, al buen resultado y a la proporcionalidad entre los extremos (Marsiglia, 2015).

3.3. Educación y no maleficencia

Ante todo, hay que tener claridad que la base para las profesiones, en especial de la salud, es la formación en institución de educación superior, en conocimientos y técnicas para la atención de personas que se hallan vulnerables, por un déficit en la salud. Sin embargo, la percepción del mundo ha cambiado, tiene gran énfasis los intereses económicos y el modelo de producción.

Esto interfiere en decisiones como el perfil de las personas que quieren cursar estas áreas, sumado a la inadecuada supervisión en los escenarios clínicos para acompañar al estudiante en el entendimiento de lo que debe hacer o no en la atención del paciente, el ser ejemplo, que se transmite en las prácticas clínicas, dista de los profesionales de hace un tiempo, que veían en la profesión un estilo de vida por el entrenamiento y compromiso.

De la misma manera, hay una serie de situaciones que interfieren en las condiciones del personal de salud, entre ellas está la formación del recurso humano. Después de la Ley 100 de 1993 se observa un aumento de creación y de oferta de los programas académicos, lo que, al mismo tiempo, ha conducido a un cambio respecto a la calidad de ellos. Se ha

reemplazado mano de obra calificada por personal técnico en el cumplimiento de la anhelada cobertura en salud, ya que, representa una remuneración menor para cumplir las pretensiones propuestas.

El deber ser de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con título de Universitarios es ofrecer un cimiento ético sólido para las futuras generaciones profesionales. Esto solo es posible, poniendo al alcance de los alumnos, desde el inicio de la carrera, contenidos relacionados a la gestión de calidad, decisiones bioéticas, todo el contexto que ofrezca una mirada sensible a las acciones como parte de la esencia del ser profesional en el área de la salud.

Así pues, motivar el interés en quienes les corresponde, para llevar a cabo la tarea de formar profesionales para que sean ellos los generadores de cambio y más aún se continúe con la impronta desde la ética hipocrática del principio de la no maleficencia, inmersa en la atención en salud, como un estilo de vida propio de quienes nos decidimos por ejercer las profesiones de atención en salud.

Ningún profesional de salud tiene la intención de dañar, interiorizando ser un educador en ética, porque, al menos en el aspecto intelectual, y ha de serlo mucho más en el aspecto (Herranz, 2008). Las estrategias educativas como los cursos, simposios o seminarios no alcanzan a cumplir con la eficacia formativa del Hospital Universitario, allí estudiantes de pregrado y posgrado encuentran en el docente un modelo ético a seguir. Donde encuentren el escenario de práctica moral, tanto en técnicas científicas, como destrezas y comportamiento con carácter ético.

Es prioridad en las diferentes áreas de la institución buscar gestionar el talento humano, bajo la premisa de aprender del error. Asumiendo, reconociendo y rectificando como una institución que presta servicios justos y abierta hacia su comunidad, fomentando la colaboración para que todos cooperen en el diseño de los procesos de trabajo en equipo con la responsabilidad individual y planificando acciones que den respuesta a la prevención de situaciones que amenacen al paciente, los colaboradores y la institución.

En las dinámicas de saber y poder sobre la vida, la bioética puede ser una solución para la creciente deshumanización de la medicina y el médico debe mostrarse como un verdadero defensor de los pacientes y cualquiera otro que de algún modo estuviera sufriendo por causa de la tecnocientificación de la vida (Díaz, 2013).

3.4. No maleficencia y Derechos Humanos

Reconocer el riesgo desde la Bioética es fundamental. Ya que de esta forma podemos responder a un mundo cambiante donde se requiere una comprensión y respuesta a las necesidades del manejo de riesgos dentro del ciclo de atención en salud.

Se le ha puesto límite a la mala práctica clínica teniendo como bandera los Derechos Humanos. Cualquier acto que los lesione incurre en no maleficencia. Bien sea, subjetivamente con las palabras, comportamientos, en el desempeño del profesional y fallas marcadas en la comunicación con el paciente. Por ejemplo, el solo tener en cuenta el criterio médico en sí genera daño.

Tener una atenta observación de los Derechos Humanos del paciente es un deber por parte del profesional de la salud. Así, debe tener en cuenta los sentimientos, valores y actitudes de los semejantes, pues de esta forma se compromete a los trabajadores en el

ejercicio de su actividad. Esto ayudaría a recuperar el sentido o finalidad original de la práctica médica desvirtuada hoy en día, por un creciente proceso de especialización, tecnificación y mercantilización, en la actualidad se ve en los profesionales de la salud una creciente desmotivación profesional.

Además, debemos hacernos cargo de las palabras que dirigimos a otros, la toma de decisiones y nuestro actuar. Pues es necesario hacer consciente a las personas del riesgo inherentes en el trabajo que asumimos como prestadores de servicios de salud y en el manejo que le damos al paciente cuando desarrolla una enfermedad, también es preciso educarnos, entrenarnos, para así poder tener una comunicación asertiva con los usuarios, teniendo especial énfasis con algunos considerados diligentes. Porque el colaborador toma acciones en prevención del riesgo y aun así hay individuos que buscan la cultura del litigio y la ganancia ocasional. Esto lo vemos reflejado en la búsqueda de indemnizaciones, en el paciente consumidor-demandante y en los sesgos que trae, por la disposición de información médica, muchas veces, inverosímil extraída de la web, con miras a la demanda de servicios, que de no ser satisfechos terminan en actitudes amenazantes que ponen en riesgo la integridad del personal en salud.,

Cabe señalar, que se han venido realizando cambios en leyes, prácticas y organización de los profesionales en salud. Por medio de la innovación en pedagogía médica, nuevas formas de registros médicos, entre otros. Los cuales requieren un ejercicio autoconsciente de decisión ética y de deliberación, que conduzcan a una opción menos riesgosa, en términos de evitar el mal y procurar un bien mayor. Sin embargo, esto puede ser insuficiente, llegando a tener discrepancias con la parte administrativa, lo que puede afectar el bienestar de su paciente.

Lo que repercute en una vida digna de ser vivida por su valor social, la bioética se constituye en el poder orientarnos por dónde coger con unos criterios definidos y argumentados para una buena vida. (Rose, 2012).

De este modo, debemos promover la responsabilidad solidaria entre los funcionarios para conseguir un mundo más justo y que fomente la igualdad de oportunidades para nuestros pacientes. Independiente de que sean mujeres u hombres, comprometiéndonos con los valores humanos de los usuarios y motivando al esfuerzo colectivo de cada uno de los que conforman la organización, generaría una toma de decisiones basada en la bioética, como el que hacer, por donde optar o elegir.

En adición, es necesario plantear un contexto claro interno y externo de la situación. Para poder identificar, reconocer y analizar causas y consecuencias del riesgo. Esto con el objetivo de evaluar el tratamiento, teniendo en cuenta los niveles de probabilidad e impacto, para tomar actitudes en beneficio de la persona, minimizando conflictos al sentido de la vida, al respeto por la humanidad, la dignidad, y contrarrestando todo aquello que vulnera principios, valores, derechos y creencias.

Aunque existen programas de Seguridad del paciente y guías textuales del manejo para disminuir situaciones que atenten hacia el paciente, los dilemas éticos que afrontamos como profesionales es cotidiano. Las conductas que asumimos muchas veces hacia la apatía facilitan situaciones riesgosas, en algunos escenarios hay descuidos, que no son observables a primera vista, como fallas de comunicación, de organización, de administración, de ahí que el mayor conocimiento de nuestros pacientes, la responsabilidad en el diálogo, no ayudan a brindar más seguridad y por ende promover el principio de no maleficencia.

Para evitar el daño, el error y caer en maleficencia, es prioritario dedicar el tiempo suficiente al paciente. Debemos actuar identificando todas las posibilidades y escenarios que permitan administrar el riesgo. Aquí, la dedicación al paciente es el común denominador, para mejorar la relación.

Repensando si lo llegáramos a hacer, tendríamos una perspectiva más ética, en cuanto al ejercicio del trabajo de los equipos de salud, que, además, podrían ser reconocidos como tal, por los demás actores que hacen parte de la relación en el ejercicio de la atención en la institución de salud. ¿A quiénes nos referimos como otros actores? al paciente, la familia, el cuidador, y en general, a los demás miembros de la sociedad.

Como resultado, el objetivo de la moral pública es evitar la discriminación, la marginación y la segregación social, protegiendo la vida, la integridad física, la biológica y la moral. Ya que los problemas éticos consisten en conflictos de valor, por ello, la deliberación es un procedimiento de análisis, orientado a tomar decisiones de forma individual como social, para llegar al fin con prudencia y razón de ahí la ponderación de los principios como ya se mencionó anteriormente.

Debemos recordar la alta capacidad balsámica y terapéutica del hábito de escuchar; nada de lo planteado es innovador, quien no se ha sentido vinculado con la sumatoria de conocer lo que dice y lo que siente un paciente, basta recordar aquel aforismo hipocrático que Sentenciaba: Muchos pacientes se curan solamente con la satisfacción que les produce un médico que los escucha (Maglio, 2011).

Como primera instancia, tener presente que la gestión del riesgo como parte fundamental e integral en los procesos institucionales exigen estrategias de intervención, cabe mencionar el desarrollo de la autorregulación bien construida, la cual no puede ser

impuesta. Considerando lo anterior, los funcionarios que hacen parte del ciclo de atención institucional deben tener claridad en su condición humana ejerciendo control sobre sus funciones, estados y procesos internos, todos ellos direccionados a la autorregulación para prestar un servicio adecuado a los pacientes. asumir lo básico y considerar el impacto socialmente significativo que encierra nuestro ejercicio profesional y la toma de decisiones visualizando en el actuar de cada uno el principio de la no maleficencia.

Además, los profesionales de salud son considerados como la segunda víctima en los programas de seguridad. Por el riesgo de exposición, las demandas, amenazas, reclamaciones, citaciones a los tribunales de ética. Por someterse a una defensa exhaustiva a nivel institucional, y a la confrontación de culpas, remordimientos del profesional responsable, autocontrolado y que siente la presión laboral y la sobrecarga emocional, ya que cuando percibe que perjudicó a su paciente, significa una responsabilidad social y moral (Lifshitz, 2003).

En general, se han incrementado los reportes de sentimientos depresivos y casos de autolesiones o intentos de suicidio en profesionales de salud. Asociados a presiones sociales como el ritmo de trabajo, la falta de tiempo para completar las tareas, los horarios de trabajo, la sobrecarga, la comunicación ineficaz, entre muchos otros. Factores que dañan al médico y potencialmente al paciente.

Por esto, consideramos necesario identificar y entender los factores que influyen en el proceso de salud-enfermedad a nivel individual y colectivo. Ya que son determinantes fundamentales para una adecuada gestión del riesgo en salud, desde un actuar ético de quienes dan las directrices llamase gerente, director, los que en verdad se consideran líderes en la institución. También, el talento humano, sistemas de información, estados financieros,

actualización de protocolos, procedimientos y normatividad, infraestructura, canales de comunicación, y en el contexto externo condicionantes socioculturales, orden público, entre otros, en lo posible sea libre de presiones administrativas y políticas.

Recordemos que, la atención en salud, desde cualquier óptica genera algún tipo de riesgo. Lo que nos lleva a considerar el escenario social a diferentes niveles, que, al adentrarnos en las decisiones clínicas, procuramos lograr la distribución justa de recursos en salud, los límites en la experimentación biomédica con humanos, afrontar los retos de la investigación científica y asumir las diversas consecuencias prácticas de los avances médicos. Situaciones que solo son posibles mediante la promoción de una reflexión particular alrededor de las nuevas relaciones entre medicina y sociedad en Colombia, con la visión globalizada y aproximando los valores morales a las instituciones de prestación del servicio.

Conclusiones

En la cotidianidad, debemos procurar tener claridad en las decisiones que se toman al planear el cuidado de las personas. Entendiendo la evaluación de lo particular de cada circunstancia y el contexto que rodean a la persona, al cuidador, a la familia y el entorno social, como factor clave para no llegar a situaciones de compromiso y deber profesional donde sean quebrantados los principios bioéticos. Especialmente, el de no maleficencia, pues solo de esta forma podemos procurar mejorar la calidad de vida de los pacientes.

También, conviene replantear medidas claras y conocidas por todos los funcionarios en las áreas asistenciales y administrativas para cumplir con el principio de no maleficencia. Así, se pueden considerar los riesgos y evitar errores. Pues como pudimos apreciar a lo largo del trabajo, cuando no nos enfocamos en calcular los posibles riesgos, tenemos más probabilidades de incurrir en errores médicos y en no poder garantizar la seguridad del paciente.

Por otra parte, debemos estar preparados para lidiar con las trabas que nos genera el modelo de atención en salud colombiano. Pues al estar terciarizado, son constantes los cambios de personal, de instrucción, de manejo y disposición de los recursos. Promoviendo que se puedan generar más fallas humanas por desconocimiento, por contar con menor experiencia o porque no se puede lograr el objetivo, al no tener las condiciones apropiadas.

Es prioritario dar cabida a programas que fomenten la evaluación de planes y estrategias. El error se puede cometer, porque es de humanos errar, en lo que no deberíamos incurrir es en la repetición de ese error, en su ocultamiento ni en el castigo como forma de actuar ante él. Debemos reconocerlo como un riesgo latente y en muchos casos patente, al

cual nos debemos enfrentar con capacidades de comunicación asertiva, de propuestas de mejora y nunca de forma punitiva.

Se han venido proponiendo cambios en cuanto a cultura, requerimientos de la sociedad, producto de la dinámica de mercado en salud, esto han llevado a los profesionales de salud a lidiar con presiones de consumo, desarrollo tecnológico variable, regido por estándares que dan cabida a mayores errores por diversas condiciones de trabajo, limitando la verificación de lo que debo hacer con cada paciente y enfrentando crisis en lo profesional y personal.

La incertidumbre y la complejidad humana impiden que se tenga resultados exactos en salud, se perciben los errores cuando se mira al pasado, pero en el presente no es fácil tener la conciencia de poderlos cometer y observar el daño que se está causando. Se busca en las organizaciones tener un comportamiento ético para trabajar en disminuir y prevenir la ocurrencia de errores, pero es una utopía dejar de cometerlos.

Con relación al error médico, la seguridad del paciente y manejo del riesgo, podemos encontrar en el principio de no maleficencia una directriz que impulse el decidir y el actuar. Esencialmente, podemos decir que tenemos la obligación en la compleja combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas de involucrar una conciencia social, de tener presente que esta actividad es realizada por humanos y para humanos. Romper la cultura de culpabilidad y miedo, tan arraigada institucionalmente. Debemos desarrollar la capacidad de poder reconocer una equivocación, ya que el reto es reconocer la falla en el principio de no maleficencia, analizarlo, aprender del error y gestionar procesos para evitar volver a cometerlo.

A pesar de toda la documentación que se sugiere, de contar con los códigos de ética, las guías de conducta, los comités de ética institucional y protocolos en general, debemos ser conscientes del componente humano y ético de la praxis clínica. Estas son invitaciones al actuar integral, definiendo las normas de comportamiento de las personas que participan en la organización, donde cada proceder tiene algo por mejorar teniendo coherencia en el decir, el hacer y el actuar.

Este conjunto mencionado, lo debemos ver como un todo global, ya que es una forma de percepción del mundo, donde la salud siendo un derecho fundamental, se ve golpeado por contextos sociales, individuales, culturales, económicos, ambientales, que afectan el bienestar del paciente. Aunque se plantea como prioritario, ya que se parte de lo que representa económicamente en un sistema capitalista, y se considera lo que representa como gastos mayores para el sistema de salud.

Este problema bioético se puede asumir como una falencia, de parte de todos los miembros de la comunidad al no haberle dado la relevancia o la importancia que merece el principio de no maleficencia. Aunque lo conocemos como un principio que orienta el quehacer médico, hay una disociación entre lo que representa e implica actuar conforme al principio de no maleficencia, y el actuar del personal de salud en el modelo en el cual estamos inmersos.

Referencias bibliográficas

- Abadía, c., Oviedo, D., (2010) Itinerarios burocráticos de la Salud en Colombia: La burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en Salud. Gerencia, política, Salud Bogotá. Sup.9 (18) pp. 86-112.
- Aguirre-Pabón J., (2011) Dignidad, derechos humanos y la filosofía practica de Kant. Vniversitas. Bogotá. Colombia. Núm. 123 pp 49-52 ISSN 0041-9060.
- Alvarado, A., (2004) La ética del cuidado. Aquichan Vol. 4 N°1. Bogotá. ISSN 1657-5997.
- Andres, A., (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Revista Colombiana de Bioetica, 38-64.
- Arango, P., (2000) Un nuevo siglo. Persona y Bioética, Núm. 11-12. Recuperado de <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/rt/prINTERFRIENDLY/793/1934>.
- Ardila A., (2016) Neoliberalismo y trabajo médico en el sistema general de Seguridad Social en Salud (tesis Doctorado) Universidad Nacional de Colombia Bogotá.
- Beauchamp T., Childress J., (1999) Principios de ética Biomédica. Barcelona España Masson. pp 179-244.
- Programa de Seguridad del paciente HUS (2020) Boletín informativo #16
- Carrera, J., (2011) Diálogo Bioético, Los Fundamentos de la Bioética de H. Tristram Engelhardt. Bioética & Debat Vol. 17 N°64 pp 12-16

- Carvalho, A., (2001) Consideraciones ética sobre el error en medicina. Revista Médica de Chile. Vol. 129. Núm. 12. pp 1463-1465. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872001001200015>
- Casanova, A., (2011) Las tecnologías de manipulación de genes humanos como imperativo tecnológico: análisis desde la óptica del principialismo bioético y el principio de la responsabilidad ética. Revista latinoamericana de Bioética. Vol.11 N°1 ISSN 1657-4702 pp 112-123.
- Chopra, V., Saint, S., (2012) Columna Empresas: Puro juego. Recuperado de <https://www.elfinancierocr.com/negocios/columna-empresas-puro-juego/G3YC7KGQFVBMPACFASYPIZAXZ4/story/>
- Consejo Internacional Enfermeras. CIE 2002
- Díaz E., (2013) Los discursos de la Bioética en Colombia. Anamnesis Revista de Bioética. Núm. 8, pp. 22-34.
- Escobar-Picasso E. y Escobar-Cosme A., (2010) Boletín Médico Hospital infantil de México. Principales corrientes filosóficas en bioética Vol. 67 N° 3 México.ISSN 1665-1146 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462010000300003&lng=es. pp196-202
- Feíto, L. (2011), Dialogo Bioético: Fundamentos de Bioética, de Diego Gracia, Bioética & debate 17(64) 8-11.
- Ferrer, J., (1998). Los principios de la Bioetica. Selecciones de Bioetica, 39-49.

- Flórez, J., Atehortua S., Arenas, A., (2009) Revista Gerencia, Política, Salud, Bogotá (Colombia), 8 (16) pp 107-131.
- Galindo., C., (2009). Bioseguridad:Clave bioética en la gestión del Riesgo biotecnológico. Revista latinoamericana de Bioética, 106-115.
- García, F., (2015) La sociedad del riesgo global. Política y Cultura. Otoño. Núm. 44, pp. 251-256
- Herranz, G., (2008) El hospital como organismo ético. Cuadernos de Bioética. ISSN 1132-1989 Vol.19 Núm.67 pp 423-432.
- Instituto de Ética Clínica Francisco Valles, Fundación Tejerina, (2015) Historia Ilustrada de la Bioética. Del rigor Alemán al desastre Nazi. ADEMÁS comunicación Gráfica, ISBN 978-84-939918-9-0 pp 81-89
- Juve, M., Anton, P., (2012) Consideraciones éticas en la gestión Enfermera: Una revisión actual. Nursing Vol. 30 Núm. 3 pp 52-58
- León, F., (2009) Fundamentos y principios de Bioética clínica, institucional y social. Acta Bioethica Vol.15 N°1. DOI: 10.4067/S1726-569X2009000100009 pp70-78
- Lifshitz, A., (2003) El significado actual de "primum non nocere" Facultad de Medicina. México Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/junio_2k2.pdf pp 36-40
- Lorda, p., (2014) Ética y Seguridad de los pacientes. Seguridad Clínica. Vol. 8 pp 145-
- Luciano, L., (5 marzo del 2018) Aporofobia odio a los pobres. Hoy digital. Recuperado de <https://hoy.com.do/aporofobia-odio-a-los-pobres/>

Maglio, I.,(2011) Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente.

Revista Bioética. Vol. 19 N° 2 pp 359-365.

Manzini, J., (2008) Relación médico-paciente. Diccionario Latinoamericano de Bioética.

Dir. Juan Carlos Tealdi. –Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia

Martínez, C., (2006) Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al

paradigma medico social. Revista Cubana de Salud pública. Vol. 32 N°1. ISSN 0864-3466 versión on-line ISSN 1561-3127 pp 1-14

Maratta, M., (2005) Fundamentación de la Bioética a partir de principios. La Bioética y los

cuatro principios fundamentales. (Tesis Maestría) Universidad de Chile, facultad de filosofía y humanidades, departamento de postgrado. Santiago de Chile.

Marsiglia, E.,(2015) La falla del servicio médico asistencial de Urgencias en los Hospitales

y Clínicas de Colombia un quebrantamiento al principio bioético de no maleficencia. (Tesis Maestría) Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Martínez, H.,(2006) Kant: Una ética para la modernidad. Dialogo de Saberes. N° 24 ISSN

0124-0021 pp 181-194

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018) Gestión integral del riesgo en salud.

Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención

Integral en Salud. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>

Ministerio de Salud y protección Social. (2007) Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Ministerio de Salud y protección Social. (12 de junio del 2012) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Resolución 0112 de 2012 Documento de apoyo. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200112%20de%202012.pdf

Morales, j., Nava Chapa G., Esquivel Soto J., Díaz Pérez L.,(2011) Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. Hidalgo, México, ISSN: 978-607-482-177-2. Editorial Universitaria, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Mill, Stuart., (1997) Utilitarismo. Traducción Esperanza Guisán. Barcelona España.

ISBN: 84-487-0119--4 Ediciones Altaya. pp 45-75.

Moure, E., (2017) ¿Comunicar el error médico o esconderlo? a propósito de las memorias de Henry Marsh. Cuaderno de Bioética. Vol.28

OPS/OMS. (2007). Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica. Santiago de Chile: Pan American Health Organization.

OMS, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002.

- Pachón, L., Zambrano, c., Garzón, P., (2017) Estrategias Docentes de Enseñanza-aprendizaje en ética y profesionalismo para estudiantes de medicina en el HUS. (Trabajo de Grado)Universidad del Bosque. Bogotá.
- Páez, R., (2011) la riqueza del principio de no maleficencia. Cirujano General Vol.33 Supl.2 Recuperado <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>. pp 178-185
- Pérez, J. P. (s.f.). Seguridad y Enfermería: ante todo, no hacer daño. Visión de Enfermería Actualizada son propiedad de Asociaciones de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina, 15-18.
- Requena, P., (2005) El Principialismo y la casuística como modelos de Bioética clínica. Presentación y valoración crítica. (Tesis Doctoral) Pontificia Universidad de la Santa Cruz, Roma, Italia
- Rosas, A., (1996) Universalización Moral y Prudencia de Valores. Revista de Ideas y Valores. Vol 45 Num.102 ISSN 0120-0062 pp 104-111.
- Rose, N. (2012). Biopolitica_siglo_XXI. Buenos Aires: Unipe.
- Rozo, C., (2011) Principios Bioéticos y discapacidad: La perspectiva de su inclusión en las políticas públicas. Revista Colombiana de Bioética. Vol.6 N°2 pp 26-43.
- Rueda, E., Hoyos, G., Suarez, E., Castañeda, N., Mendez, E., Sanabria, M., & Cortes, F. (2010). La violencia estructural en el sistema de salud colombiano como problema etico:Bases de un programa de Investigación. Bogota: Fondo de poblacion de las naciones unidas (UNFPA).

- Sánchez-Barroso, J., (2010) Vigencia y operatividad de los principios de la Bioética en la solución de problemas a partir de la deliberación moral y de la argumentación jurídica. *Persona y Bioética*. Vol. 14 N°2. Chía Colombia. Pp 187-204.
- Sarmiento, P., (2003) La propuesta de la ética comunicativa y sus debilidades teórico-prácticas en relación con la Bioética. *Persona y Bioética*. Año 7 N°9. Chía, Colombia. Universidad de la Sabana pp14-26
- Siurana, J., (2010) Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *veritas*. Valparaiso. N° 22 ISSN 0717-4675 pp121-157
- Tamara, L., (2019) Los conflictos de obligación moral en la práctica del profesional médico: una aproximación desde el concepto de banalidad del mal de Arendt (Tesis de maestría) Recuperado de https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1999/Tamara_Rivera_Leidy_Tatiana_2019.pdf p14
- Torralba, J., (2011) La teoría kantiana de la acción. De la noción de máxima como regla autoimpuesta a la descripción de la acción. *Topicos*. Mexico N°41. ISSN 0188-6649 pp.18-61.
- Torralba, F., (s.f.) Modulo I Historia de la bioética; Propuesta de principios europeos de bioética. Institut Borja de Bioética. Universitat Ramón Llull.
- Tribuna abierta del Instituto Borja de Bioética. (2011) Principios de ética biomédica de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética & debat*. Barcelona, España. Vol. 17 N° 64 ISSN 1579-4865 pp 1-7

- Valdés, E., (2015) Haciendo más práctico el principlialismo. La importancia de la especificación en bioética. *Revista de Bioética y Derecho*. Vol. 35 pp 65-78
- Vásquez, L., (2013) La noción de biopoder en Foucault y su relación con las antropotécnicas en la obra del último Sloterdijk1. *Eikasia*, revistadefilosofia.org
- Varón, I., (2018) Aspectos éticos en la seguridad del paciente. URI: <http://hdl.handle.net/10818/34110> (Trabajo de grado) Universidad de la Sabana. Chía, Cundinamarca.
- Vera, O., (2013) Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Revista Medica la Paz* Vol.19 Núm.2 La Paz. *Versión On-line* ISSN 1726-8958.
- Villareal, J., (2011) Errar es humano. *Revista Medicina Universitaria*. Facultad de Medicina UNAL Vol. 13 (51) pp 69-71
- Zan,J., (2004) *La ética, los derechos y la justicia*. Montevideo. Mastergraf. ISBN 9974-7868-2-7
- Zarza-Arizmendi, M., Leonel, A., & Salcedo-Álvarez, R., (2008) El currículum de enfermería y la seguridad del paciente. *Conamed*, Vol. 13. pp 33-37.