

María Elena Mejía Rojas (ed.), Nancy Landazábal, Carmen Amparo Vaca,
Sonia Quebradas, María Ximena López, Lucy Esmeralda Osorio

ÉTICA Y ENFERMERÍA

SER, SABER Y SABER HACER



Programa Editorial

La historia detrás del libro “Ética en enfermería, ser, saber y saber hacer, es el fruto a la perseverancia de este grupo de magistradas del Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Sur-occidental, periodo 2014-2018, quienes en la alborada del año 2016 concibieron un sueño, dar a la luz un libro que recopilara sus experiencias, conocimientos e incluso sus falencias en el desarrollo del ser, saber y saber hacer del Magistrado.

Para esta empresa se recurrió a la legislación, archivos y datos existentes hasta antes del año 2019, fecha en la cual se entrega para publicación a la Editorial de la Universidad del Valle, paso que no se logra concretar por la delicada situación socio política, sanitaria y de pandemia imperante a nivel nacional e internacional.

El valor histórico de la temática, mirada en el contexto de la pre pandemia del 2019, no puede quedar inédito, es así, que en el año 2023, se prioriza su publicación en forma digital.

ÉTICA Y ENFERMERÍA

SER, SABER Y SABER HACER









Colección Salud

Mejía Rojas, María Elena
Ética y enfermería. Ser, saber y saber hacer / María Elena
Mejía Rojas
Cali : Universidad del Valle - Programa Editorial, 2023.
90 páginas; 21.5 * 28 cm. -- (Colección: Salud - Informes
de investigación)
1. Enfermería -- 2. Ética profesional -- 3. Profesionales de la
salud -- 4. Competencias profesionales
WY85 NLM
M516
Universidad del Valle - Biblioteca Mario Carvajal

Universidad del Valle

Programa Editorial

Título: Ética y enfermería. Ser, saber y saber hacer

Autoras:  María Elena Mejía R.,  Nancy Landazábal,  Carmen
Amparo Vaca,  Sonia Quebradas,  María Ximena López,
 Lucy Esmeralda Osorio

Editora: María Elena Mejía Rojas

ISBN-PDF: 978-958-507-104-9

DOI: 10.25100/peu.907

Colección: Salud-Informes de Investigación

Primera edición

Rector de la Universidad del Valle: Guillermo Murillo Vargas

Vicerrector de Investigaciones: Mónica García Solarte

Director del Programa Editorial: John Willmer Escobar Velasquez

© Universidad del Valle

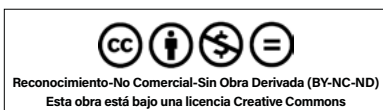
© Autores

Diseño de carátula: Jorge Alejandro Soto Pérez

Diagramación: Hugo H. Ordóñez Nievas

Corrección de estilo: Juan Carlos García (G&G Editores)

Esta publicación fue sometida al proceso de evaluación de pares externos para garantizar altos estándares académicos. El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión del autor y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad del Valle, ni genera responsabilidad frente a terceros. El autor es el responsable del respeto a los derechos de autor y del material contenido en la publicación, razón por la cual la Universidad no puede asumir ninguna responsabilidad en caso de omisiones o errores.



María Elena Mejía Rojas (ed.), Nancy Landazábal, Carmen Amparo Vaca,
Sonia Quebradas, María Ximena López, Lucy Esmeralda Osorio

ÉTICA Y ENFERMERÍA

SER, SABER Y SABER HACER



Colección Salud

AUTORAS

MARÍA ELENA MEJÍA ROJAS

Docente Tiempo completo Universidad del Valle. Doctora en Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Enfermería Materno Infantil Universidad del Valle. Especialista en Enfermería Materno Perinatal Universidad del Valle. Coordinadora Especialización de Enfermería Oncológica UV. Ex Magistrada y Ex Presidente Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental 2014-2022.

Integrante Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería. Coordinadora Línea de Investigación: Cuidado de Enfermería a las personas en situaciones de Salud agudas y crónicas.

Investigación en énfasis: cuidado de la salud Materno Perinatal y área Oncológica.

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau Internacional. Capítulo Upsilon Nu.- Colombia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7798-0017>

Correo electrónico: maría.elena.mejia@correounivalle.edu.co

NANCY LANDAZABAL GARCIA

Enfermera General Universidad del Cauca. Licenciada en Enfermería Universidad del Valle. Magíster en Enfermería Materno Infantil Universidad del Valle. Especialista en Auditoría en Salud Universidad del Valle. Especialista en Docencia para la Educación Superior Universidad Santiago de Cali. Ex Magistrada y Ex Presidente Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental 2011-2018.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9014-5584>

Correo electrónico: nlandazabal@hotmail.com

SONIA QUEBRADAS JIMENEZ

Docente Universidad Santiago de Cali. Coordinadora Docencia servicio Red de Salud Ladera y Norte de Cali. Magíster en Salud Pública. Universidad de Antioquia. Especialista para la Educación Superior Universidad Santiago de Cali. Exmagistrada y Exvicepresidente. Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental 2014-2018. Magistrada y presidente Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental 2023-2026. Ex Representante de ANEC y Consejo técnico de Enfermería en la Junta directiva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8277-0284>

Correo electrónico: soquebradas@gmail.com

CARMEN AMPARO VACA GAMBOA

Tecnóloga en Enfermería: Universidad del Cauca. Enfermera: Universidad del Valle. Abogada: Universidad del Cauca. Especialista en Derecho Administrativo: Universidad del Cauca. Exmagistrada Tribunal Ético de Enfermería Región Suroccidental. Enfermera Jubilada Hospital Universitario San José de Popayán. Ex docente Universidad Santiago de Cali. Abogada Tribunal Ético de Enfermería Región Suroccidental

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3507-7128>
Correo Electrónico: cavgamboa2002@yahoo.com

MARÍA XIMENA LÓPEZ HURTADO

Enfermera Universidad del Valle. Profesional en Salud Ocupacional Universidad del Quindío. Magíster en Administración de Salud Universidad del Valle. Especialista en Salud Ocupacional Universidad Libre Seccional Cali. Magíster en Salud Ocupacional Universidad Libre Seccional Cali. Ex Magistrada del Tribunal Ético de Enfermería Región Suroccidental periodos 2016-2018 y 2019-2022.

Profesora programa de Enfermería Universidad Libre Seccional Cali. Profesora (pensionada) programa de Enfermería Universidad del Valle.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5668-1659>
Correo electrónico: maxilopez43@gmail.com

LUCY ESMERALDA OSORIO ACOSTA

Enfermera Universidad de Cartagena. Especialista en Gestión de la Salud Universidad ICESI. Enfermera Hospital Universitario del Valle-Colombia. Miembro Junta Directiva de Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, - ANEC-Seccional Valle. Abogada Universidad Libre 2012. Abogada Conciliadora con registro en Ministerio de Defensa y Justicia de Colombia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6960-9581>
E-mail : lucyesmeraldaosorioacosta@gmail.com

A todas las enfermeras y enfermeros que
con esfuerzo, amor y dedicación hacen
del cuidado nuestra razón de ser.

PRÓLOGO

En el texto de esta obra, sus autoras, reconocidas profesionales de Enfermería que formaron y forman parte del Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental, se establece una reflexión profunda y abierta sobre la compleja relación entre la perspectiva de la ética, la Enfermería, y las categorías *ser*, *saber* y *saber hacer*.

En el ejercicio profesional se conjugan conocimientos disciplinares y habilidades técnicas y sociales, valores, principios y actitudes personales y profesionales, que inciden en el actuar profesional. Por ello, en Enfermería se enfatiza el pleno desarrollo de las competencias humanas de sus miembros, atendiendo a los requerimientos sociales y de salud, donde el ser humano debe ser el centro del ejercicio profesional.

Bajo el marco de la Ley 266 de 1996 y la Ley 911 de 2004 se puede comprender la importancia del fortalecimiento del *ser* (valores y principios, actitudes, afectos, responsabilidad, sensibilidad); el *saber* (la ciencia, el arte, lo disciplinar, lo direccional y el *cómo* saber hacer); y el *hacer* (proceso y acción pertinente, eficaz, oportuna, continua y de calidad, con visión y liderazgo, idoneidad, autonomía); una tríada que posibilita el encuentro del cuidado de la salud y la vida con el desarrollo humano y social.

Las reflexiones son pensadas con la perspectiva de la ética, fundamento de las interacciones personales, y como un saber práctico que orienta la acción humana en un sentido racional. En el mundo de las profesiones esto se constituye en un componente indispensable del desarrollo del "ser" profesional, para un buen hacer, basado en el saber.

Igualmente, los conocimientos que aquí se ofrecen sirven para comprender el desarrollo profesional en tres aspectos: el avance del *orden profesional* (valores, instituciones, normas, principios); lo *disciplinar* (ciencia y arte de la Enfermería); y, en prospectiva, permiten ubicar los *escenarios* de dicho desarrollo.

El capítulo 1 cumple la función invaluable de apertura de la historia de una de las instituciones insignias de la profesión: el Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental. A través del detalle de sus hitos, dificultades y logros, se puede comprender la construcción de su carácter, su imprevista y el gran posicionamiento alcanzado. Un camino tras la misión y visión

de esta institución, realizado con disciplina, conocimiento, gestión y voluntad. ¡Bravo por sus 18 años de historia!

El capítulo 2 comprende el marco teórico epistemológico sobre la aplicación de las teorías de Enfermería a la ética profesional. Un estudio sistemático y profundo de los distintos paradigmas que como fuentes heurísticas originan los planteamientos éticos de la profesión. Un análisis necesario, novedoso y vital para comprender los caminos de expresión, el carácter humanístico, social y cultural de la Enfermería, en razón de la ética que la justifica como profesión del cuidado.

En el capítulo 3 se reflexiona en aspectos del ejercicio profesional como son el liderazgo, el colegaje y lo laboral. Para los miembros de Enfermería asumir los asuntos de la profesión —humanos, científicos, culturales, éticos, legales y económicos— constituye un deber ético y un derecho. Se invita a intervenir las condiciones que permitan un ejercicio profesional satisfactorio, digno y justo, con autonomía, compromiso, liderazgo ético, trabajo en equipo, responsabilidad, hacia un desarrollo profesional sostenible.

En el capítulo 4 se aborda en forma concreta y práctica la toma de decisiones éticas. Constituye una bitácora guía para asumir cualquier tipo de situaciones dilemáticas que se presenten en el ejercicio profesional. Una novedad y gran aporte que, sin duda alguna, se constituirá en texto obligado en la formación de profesionales, y para quienes ya ejercen la profesión en cualquier ámbito.

El capítulo 5 constituye un referente modelo sobre el costeo de un proceso ético-disciplinario. La fundamentación de este capítulo les servirá a quienes opten por ser magistrados de este o de otros tribunales regionales, incluso de otras profesiones, como orientación para asumir los asuntos financieros. Permite entender la aplicación de principios éticos democráticos con transparencia, conocimiento, control social, rendición de cuentas y conciencia, en el manejo de los bienes y los asuntos públicos.

En el capítulo 6 se hace una reflexión sobre un tema controvertido, vigente, difícil de abordar desde varios aspectos: la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y las implicaciones éticas para el profesional de Enfermería. Un tema de gran altura,

profundidad y conocimientos, abordado como solo un profesional de Enfermería con conocimiento y experiencia en ese campo podría hacerlo. Se puede estar a favor o refutar las tesis que allí se argumentan, en todo caso, no se dejará de reconocer y admirar la sutileza y sensibilidad de los planteamientos que fomentan el entusiasmo por su estudio, construyendo nuevas voces y matices para tomar posiciones responsables con conocimiento, racionalidad y enfoque ético.

En el capítulo 7 se busca responder a la pregunta de ¿por qué demandan a los profesionales de Enfermería? El análisis de las principales investigaciones ético-disciplinarias que conoce este tribunal brindan esa respuesta; al detallarlas e ilustrar los resultados y fallos de las mismas se enriquecen los conocimientos de los profesionales y se evitan que estos queden inmersos en tales investigaciones. Se plantea desafíos, y se realizan propuestas concretas para que los profesionales de Enfermería puedan cumplir con los deberes y responsabilidades que les corresponde.

De la lectura del capítulo 8 surgen obligatoriamente algunos cuestionamientos como: ¿Sabemos lo que hacemos? ¿Hacemos lo que sabemos? Los conocimientos y propuestas que se ofrecen constituyen una fuente vital para encontrar respuestas y permitir que el profesional de Enfermería reflexione sobre si los actos de cuidado son producto de la reflexión teórica, de la ética, y de esa forma realice su propia crítica. Un aporte valeroso para asumir ciertas desesperanzas que se tienen en la profesión.

En el capítulo 9, sobre ética e investigación, se cierra esta obra analizando históricamente los procesos de investigación en salud. No puede concebirse un profesional competente si no soporta su acto de cuidado en investigaciones y con evidencia. Un llamado a fortalecer el paradigma centrado en el cuidado y protección del paciente-sujeto, como interlocutor válido de los procesos investigativos.

Gracias por los saberes que nos han transmitido. Queda la tarea de aplicarlos, fortaleciendo el ser, el saber y el saber hacer, hacia el logro de la deseada y armoniosa relación entre la Enfermería y la ética.

Alba Lucía Ramírez Ramírez

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 15

Capítulo 1

HISTORIA DEL TRIBUNAL DEPARTAMENTAL ÉTICO DE ENFERMERÍA REGIÓN SUROCCIDENTAL 17

 *Nancy Landazábal García*,  *Carmen Amparo Vaca Gamboa*

Introducción	17
Periodo 2001-2005	18
Periodo 2006-2010	19
Periodo 2010-2014	20
Periodo 2014-2018	22
Periodo 2018-2022	23
Conclusiones.	23

Capítulo 2

TEORÍA DE ENFERMERÍA APLICADA A LA ÉTICA PROFESIONAL 27

 *María Elena Mejía Rojas*

Capítulo 3

LIDERAZGO ÉTICO, CALIDAD DE VIDA LABORAL Y COLEGAJE EN ENFERMERÍA 35

 *Carmen Amparo Vaca Gamboa*

Ética profesional y respeto a la dignidad humana	36
Calidad de vida laboral y trabajo en equipo	38
Liderazgo ético	39
Conclusiones.	41

Capítulo 4

DILEMAS Y DECISIONES ÉTICAS EN ENFERMERÍA 43

 *María Ximena López Hurtado*

Introducción	43
Dilemas éticos en Enfermería: ¿qué son?	44
Decisiones éticas en Enfermería: ¿qué son?	44
Dilemas y decisiones éticas y el cuidado de Enfermería.	45
Reflexiones finales	46

Capítulo 5

COSTEO DE UN PROCESO ÉTICO-DISCIPLINARIO. EJERCICIO 47

ID Nancy Landazábal García

Introducción47
Objetivos	48
Justificación	48
Modelo de costos ABC (Costeo Basado en Actividades)	48
Pasos para aplicar el diseño de un buen sistema ABC al proceso ético-disciplinario de Enfermería	49
Ejercicio	49
Metodología	49
Costos que se tuvieron en cuenta.	50
Manual de procedimientos.	50
Conclusiones.	52

Capítulo 6

IMPLICACIONES ÉTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) 55

ID Sonia Quebradas Jiménez

Introducción	55
El profesional de enfermería frente a la IVE	56
Enfermería: retos éticos en defensa de la salud y de la vida de las mujeres	58
Objeción de conciencia en IVE	58
El cuidado de enfermería y la objeción de conciencia	59
Reflexiones finales	60

Capítulo 7

SISTEMATIZACIÓN DE QUEJAS, ANÁLISIS Y RESULTADOS 63

ID Nancy Landazábal García, **ID** Sonia Quebradas Jiménez

Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental (2005-2017)	63
Reflexiones finales	68
Desafíos	69
Bibliografía.	69

Capítulo 8

EL CONOCIMIENTO Y LA CIENCIA: UN RETO ÉTICO PARA ENFERMERÍA 71

ID María Elena Mejía Rojas, **ID** Lucy Esmeralda Osorio

Enfermería como ciencia humana71
--	-----

Capítulo 9

ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN 77

ID María Elena Mejía Rojas

Evolución del concepto a través de la historia78
El Código de Núremberg79
Historia de la Declaración de Helsinki79
Esquema básico de un protocolo de investigación ⁸	82
Objetivos de la investigación (General y específicos).	84
Metodología	84
Plan de análisis de los resultados.	84
Conclusiones.	85

INTRODUCCIÓN

DOI: 10.25100/peu.907.intro

Pensar en Enfermería es pensar en la más maravillosa de las ciencias. Esta se apoya en principios o bases científicas que guían la práctica y a su vez proporciona una base sólida de conocimientos para la legitimidad y la autonomía de la profesión. También se soporta en bases teóricas, conceptuales y empíricas. La Enfermería se ejerce dentro de un marco ético. Estos valores se señalan en el Código Deontológico de Enfermería, definido como un conjunto de normas deontológicas que rigen la profesión, los deberes éticos mínimamente exigibles a los profesionales enfermeros en el ejercicio de su actividad profesional. Este Código se constituye como un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional de Enfermería.

Enfermería debe enfatizar de manera prioritaria dentro de su ejercicio profesional:

- Responsabilidad profesional.
- Participación activa.
- Principios de ética profesional y respeto por los derechos humanos.

La ética de Enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Esto es indispensable sin olvidar lo ontológico, lo epistemológico y lo ético dentro de la filosofía que respalda nuestro cuidado.

Este libro hace referencia a nuestro quehacer profesional y es muy importante para Enfermería tener en cuenta: El trabajo consigo misma, con la sociedad y con el medio ambiente, en la docencia, en las instituciones donde laboramos, en las organizaciones profesionales, el desarrollo científico y tecnológico, el colegaje, la relación con nuestro equipo de trabajo y con las personas que cuidamos, que se convierten en nuestra razón de ser y en la esencia de la Enfermería.

Capítulo 1

HISTORIA DEL TRIBUNAL DEPARTAMENTAL ÉTICO DE ENFERMERÍA REGIÓN SUROCCIDENTAL

DOI: 10.25100/peu.907.cap1

 **Nancy Landazábal García**

nlandazabal@hotmail.com

 **Carmen Amparo Vaca Gamboa**

cavgamboa2002@yahoo.com

Introducción

La ética profesional facilita que los actos de una persona en su entorno laboral se basen en principios y valores, lo que redundará en beneficio propio, de sus colegas, de los usuarios y de la sociedad.

La Ley 266 de 1996¹, en su Artículo 1, determina que el objeto de la norma es reglamentar el ejercicio de la profesión de Enfermería, definir la naturaleza y el propósito de la profesión, determinar el ámbito del ejercicio profesional, desarrollar los principios que la rigen, determinar sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

El parágrafo 2, Artículo 12, del Capítulo IV de la citada ley¹, ordena la creación de los Tribunales Éticos Departamentales de Enfermería en las capitales de los departamentos, los que iniciarán sus funciones dependiendo de la gradualidad, necesidad y asignación de recursos por los departamentos, de acuerdo con la ley y con la reglamentación que el Tribunal Nacional Ético de Enfermería haga al respecto.

Dando cumplimiento a este dictamen, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería expide el Acuerdo n.º 123 de 16 de diciembre de 2005², por medio del cual se establecen las regiones del país para el funcionamiento de los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería e incluye el Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo.

Mediante Acuerdo n.º 196 de 5 de diciembre de 2013³, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería modifica el nombre del Tribunal, por Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental, que incluye los departamentos del Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Putumayo, Huila y Caquetá.

La Ley 911 de 2004, en su Artículo 39, establece que:

El Tribunal Nacional Ético de Enfermería y los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, están instituidos como autoridad para conocer los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la profesión de enfermería en Colombia, sancionar las faltas deontológicas establecidas en la presente ley y dictarse su propio reglamento⁴.

Referente a la financiación del funcionamiento de los Tribunales Departamentales y Distritales Éticos de Enfermería, el Artículo 2 de la Ley 1446 de 2011, que modifica el Artículo 43.1.8 de la Ley 715 de 2001, ordena a las entidades territoriales en el sector salud: "Financiar los Tribunales Seccionales de Ética Médica y Odontológica y los Tribunales Departamentales y Distritales Éticos de Enfermería y vigilar la correcta utilización de los recursos".

Misión

El Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental es una organización de carácter privado con funciones públicas, facultado por la Ley 911 de 2004 como autoridad para conocer, investigar y fallar en primera instancia, las faltas deontológicas que se presenten en la práctica de quienes ejercen la profesión de Enfermería en los departamentos del Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Putumayo, Huila y Caquetá, contribuyendo a garantizar el ejercicio responsable, fundamentado en los más altos intereses éticos, sociales y constitucionales, esenciales para preservar la vida, la salud y el bienestar de las personas, colegas y comunidad.

Visión

Para el año 2025, ser uno de los Tribunales Éticos de Enfermería más representativo y reconocido por los profesionales de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Putumayo, Huila y Caquetá, posicionado ante la sociedad como un Tribunal de Ética que contribuye a un ejercicio profesional basado en principios y valores determinados en la Ley 911 de 2004.

La misión y la visión vigentes fueron aprobadas en el periodo 2014-2018.

Historia

A continuación se presenta la historia del Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental, con los cuatro periodos de funcionamiento que se han desarrollado hasta el momento: 2001-2018.

Periodo 2001-2005

El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, en Sala Plena del 18 de mayo de 2001, en el Acta n.º 052⁶, punto 7, deja constancia de que después de realizar

la revisión de las hojas de vida de las enfermeras postuladas y teniendo en cuenta los mecanismos de elección establecidos por la Sala Plena en el Acta n.º 050 del 30 de marzo de 2001⁷, fueron elegidas para conformar el Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca y Cauca para el periodo 2001-2005, según Acuerdo n.º 034 de 18 de mayo de 2001⁸, las magistradas Carmen Amparo Vaca Gamboa, María del Pilar Restrepo de Paz, María Mercedes García Gómez, Josefina Bermúdez de González, María Dora Londoño González, Nidia Amparo Zambrano y Olga Osorio Murillo. Como conjuces: María Tránsito Díaz del Castillo, Sonia Quebradas Jiménez, Martha Eugenia Uribe Mutis, María Lucy Becerra, Nazaret Marín Cano, Luz Elena Uribe de Oliveros y Ximena López Hurtado.

El 9 de noviembre de 2001, en el despacho de la Gobernación del Valle del Cauca, siendo gobernador Germán Villegas Villegas, toman posesión como magistradas las integrantes del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca y Cauca. La Magistrada Josefina Bermúdez de González es reemplazada por la Conjuez María Tránsito Díaz del Castillo. Según Acta n.º 001 del 26 de noviembre de 2001⁹, por unanimidad el grupo de magistradas elige como Presidente del Tribunal a la Magistrada María Dora Londoño González.

Es importante resaltar que para este periodo el Tribunal inició funciones sin presupuesto, lo cual dificultó su funcionamiento. Gracias a las gestiones realizadas por las magistradas ante las Secretarías de Salud del Valle del Cauca y del Cauca y por el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, en cabeza de la doctora Eugenia Santamaría Muñoz, a partir del año 2003 lograron conseguir presupuesto. En el Acta n.º 15 de Sala Plena de abril 24 de 2003¹⁰ consta que el Departamento del Valle del Cauca entregó al Tribunal el primer aporte presupuestal correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2003.

Ya contando con presupuesto, mediante contrato de prestación de servicios es vinculada la Contadora Gloria Amparo Díaz Santacruz, a partir del 1 de enero de 2003. Por contrato individual de trabajo son vinculados: Pedro Julián Rivera Álvarez, como Abogado Secretario Tesorero, a partir del 1 de julio de 2003; Luz Eugenia Rentería Tapasco, como Auxiliar Administrativa, a partir del 16 de mayo de 2003;

y Danelly Arteaga Rada, como Auxiliar de Servicios Generales a partir del 1 de agosto de 2003.

Durante este periodo el Tribunal no tenía sede para su funcionamiento, por lo cual debieron realizar las salas en diferentes sitios como la sede de la Asociación Nacional de Enfermeras (ANEC) Seccional Valle y el Centro de Salud El Rodeo. El 24 de julio de 2003 se realizó la primera Sala Plena en la sede del Tribunal, en la oficina 507 del edificio Josenao.

Es importante resaltar la asesoría brindada por el Tribunal de Ética Médica y por el de Odontología, que fue de gran apoyo para la organización y funcionamiento del Tribunal; así como el apoyo del interventor de la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, en relación con el manejo del presupuesto.

En este periodo se realizó autoformación de magistradas en el Código Deontológico para el ejercicio de la profesión de Enfermería, el cual se encontraba en proyecto de Ley. El 15 de noviembre de 2002 se realizó, en la Universidad Santiago de Cali, la primera jornada sobre aspectos éticos y legales del profesional de Enfermería en Colombia, con muy buena asistencia de profesionales de diferentes universidades e instituciones del departamento del Valle.

En Acta n.º 012 de Sala Plena del 28 de octubre de 2004 se aprueba, por Acuerdo n.º 001 de 28 de octubre de 2004¹¹, el Reglamento Interno del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca y Cauca.

El 15 de julio de 2005 se recibió la primera queja en este Tribunal. En el periodo 2001-2005 se dio apertura a tres procesos con las quejas recibidas.

El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, en Acta n.º 085 de 4 de marzo de 2005¹² y según Acuerdo n.º 107¹³ de la misma fecha, abre convocatoria para conformar los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería de Cundinamarca y Valle del Cauca y Cauca, para el periodo 2006-2010.

En el Acuerdo n.º 123 de 16 de diciembre de 2005¹⁴, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería estableció la conformación de los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería por regiones, quedando conformado el Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo.

Periodo 2006-2010

El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, en el Acuerdo n.º 125¹⁵, Acta n.º 089 del 16 de diciembre de 2005¹⁶, designa los miembros del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo, para el periodo 2006-2010, así: Magistradas: Carmen Amparo Vaca Gamboa, María Marlene Montes Valverde, María Tránsito Díaz del Castillo, Martha Cecilia Valbuena Tenorio, Nidia Amparo Zambrano, Rosa Nury Zambrano Bermeo, Stella Bejarano Botero. Conjueces: Johnny Andrés Fernández Rodríguez, Luis Fernando Vivas López, María Sonia Realpe Muñoz, Nazaret de Jesús Marín Cano, Nhora Myleni Gómez Guerra, Mercedes García Gómez y Patricia Sánchez Serrato.

El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, en la Resolución n.º 084 del 2 de febrero de 2006¹⁷, aprueba la renuncia de la Magistrada Nidia Amparo Zambrano del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo y nombra en su reemplazo a la Conjuez Patricia Sánchez Serrato y como Conjuez nombra a Fanny Esperanza García Girón.

En el mes de julio de 2006 toman posesión como magistradas para este periodo las integrantes del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo.

En Acta n.º 006 de 28 de julio de 2006¹⁸, el grupo de magistradas elige por unanimidad como Presidente a la Magistrada Martha Cecilia Valbuena Tenorio y Vicepresidente a la Magistrada María Marlene Montes Valverde. Continúa como Abogado Secretario Tesorero del Tribunal el Dr. Pedro Julián Rivera Álvarez, la Auxiliar Administrativa Luz Eugenia Rentería Tapasco y la Auxiliar de Servicios Generales Danelly Arteaga. Por prestación de servicios la Contadora Gloria Amparo Díaz Santacruz.

En Acta n.º 007 de Sala Plena del 25 de agosto de 2006, por Acuerdo n.º 002¹⁹ de la misma fecha, se modifica el Artículo 10 del Capítulo 2 del Acuerdo 001 de 28 de octubre de 2004, del Reglamento Interno del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo, en lo referente a los reemplazos de magistradas por conjueces en caso de ausencias temporales.

Durante este periodo, las magistradas continuaron gestionando la consecución de recursos

en los departamentos que conforman la región. Se continuó también trabajando en la autoformación de las magistradas en la Ley 911 de 2004 y se realizó socialización de la Ley, con participación de profesionales de Enfermería de diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud y estudiantes de los programas de Enfermería de las universidades de la región. En el año 2006 se socializó la Ley a 266 profesionales de Enfermería, 100 estudiantes y 50 auxiliares de Enfermería. En el año 2007 a 436 profesionales de Enfermería, 577 estudiantes y 16 auxiliares de Enfermería. En el año 2008 a 518 profesionales de Enfermería y 794 estudiantes. En el año 2009, a 187 profesionales de Enfermería, 145 estudiantes y 58 auxiliares de Enfermería²⁰. En todas las socializaciones se hace entrega del Código Deontológico a cada participante.

En el año 2007 se inicia el Encuentro Anual de Tribunales, en la ciudad de Bogotá, al cual siempre asisten las magistradas y el abogado del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. En este periodo se dio apertura a 34 procesos con las quejas recibidas.

Periodo 2010-2014

El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, en Sala Plena Extraordinaria del 9 de agosto de 2010, elige, según Acuerdo n.º 161²¹, a los miembros del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo por un periodo de cuatro años, de agosto de 2010 a agosto de 2014, así: Magistrados: María Marlene Montes Valverde, Luis Fernando Vivas López, Lucy Esmeralda Osorio Acosta, Patricia Sánchez Serrato, Nancy Landazábal García, Rosa Nury Zambrano Bermeo y Martha Cecilia Valbuena Tenorio. Conjueces: Carmen Amparo Vaca Gamboa, Stella Bejarano Forero, Candelaria Guerrero Stand.

Según Acuerdo n.º 161 del 4 de noviembre de 2010²², la Gobernación del Valle del Cauca posesiona, en esa misma fecha, a los magistrados y conjueces para el periodo 2010-2014.

El Dr. Pedro Julián Rivera Álvarez presenta renuncia al cargo de Abogado Secretario Tesorero. En el Acta de Sala Plena Extraordinaria n.º 011 del 9 de

noviembre de 2010²³ se le acepta la renuncia; sin embargo, permanece en el cargo hasta marzo de 2011, con el fin de realizar el empalme con el nuevo abogado que seleccione el Tribunal.

En el Acta de Sala Plena n.º 012 del 16 de noviembre de 2010²⁴ y según Resolución 011⁵ de la misma fecha, el grupo de magistradas elige por unanimidad como nueva Presidente a la Magistrada María Marlene Montes Valverde y como Vicepresidente a la Magistrada Nancy Landazábal García, para el periodo 2010-2012.

Con el fin de presentarse a ocupar el cargo de Abogado Secretario Tesorero del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo la magistrada Rosa Nury Zambrano Bermeo presenta renuncia a esta dignidad y el Tribunal Nacional, en la Sala Plena del 25 de febrero de 2011, Acuerdo n.º 163²⁶, le acepta la renuncia y nombra en su reemplazo a la Conjuez Carmen Amparo Vaca Gamboa.

Las enfermeras abogadas Rosa Nury Zambrano Bermeo y Patricia Sánchez Serrato presentan su propuesta para el cargo de Abogada Secretaria Tesorera del Tribunal y, a partir del 4 de abril de 2011, asume el cargo la enfermera abogada Rosa Nury Zambrano Bermeo. En Servicios Generales continúa la señora Danelly Arteaga, quien presenta renuncia a partir de octubre de 2011. En su reemplazo se contrata por medio tiempo, con la empresa Serviaseo, a partir del 1 de noviembre de 2011, a la señora Evelia Perdomo Caicedo. La Auxiliar Administrativa Luz Eugenia Rentería Tapasco continúa sus actividades durante ese periodo y presenta renuncia al cargo a partir del 11 de enero de 2012; sin embargo, se suscribió contrato por seis meses desde el 13 de enero de 2012 hasta el 30 de junio del mismo año. A partir del 3 de julio de 2012 se vincula como nueva Auxiliar Administrativa a Carolina Muñoz Valverde.

En Sala Plena del 14 de diciembre de 2012 se decidió, por unanimidad, realizar modificaciones al Reglamento Interno del Tribunal (Acuerdo n.º 006 del 26 de agosto de 2011²⁷). Dichas modificaciones se hicieron en el Acuerdo n.º 008 del 25 de enero de 2013²⁸⁶.

Por Acuerdo n.º 185 del 10 de diciembre de 2012²⁹, la Sala Plena Administrativa, del Tribunal Nacional Ético de Enfermería, adicionó los depar-

tamentos de Huila y Caquetá, al Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo.

Por Acuerdo n.º 196 del 5 de diciembre de 2013³⁰, la Sala Plena Administrativa, del Tribunal Nacional Ético de Enfermería modificó parcialmente los nombres de los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería y acordó que el Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Putumayo, Huila y Caquetá también se podrá denominar Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental.

Al Tribunal se le asignó la responsabilidad de organizar y desarrollar el VII Encuentro Nacional de Tribunales Éticos de Enfermería, el cual se realizó el 30 y 31 de mayo del año 2013 en la ciudad de Cali. La temática tratada fue "Por el respeto a la dignidad humana, un cuidado de enfermería responsable". A este encuentro asistieron magistrados y abogados del Tribunal Nacional y de seis Tribunales Departamentales.

En el mes de abril de 2014, la Editorial de la Universidad Santiago de Cali hizo la impresión de 1000 ejemplares del libro *La práctica del deber ser en enfermería. Consideraciones éticas*, cuyas autoras principales son las Magistradas María Marlene Montes Valverde, Martha Cecilia Valbuena Tenorio y Rosa Nury Zambrano Bermeo y coautores Nelly Garzón Alarcón, Nancy Landazábal García, Dora Londoño Loaiza, Lucy Esmeralda Osorio Acosta, Patricia Sánchez Serrato, Carmen Amparo Vaca Gamboa y Luis Fernando Vivas López. El prefacio fue escrito por la Hermana María Cecilia Gaitán Cruz, Magistrada del Tribunal Departamental Ético de Enfermería de la Región Centro Oriental.

Se entregaron a la Universidad Santiago de Cali 25 ejemplares y los 975 restantes fueron distribuidos a instituciones públicas y privadas de salud e instituciones formadoras de profesionales de Enfermería de los diferentes departamentos que conforman el Tribunal de la Región Suroccidental, organizaciones de Enfermería como ANEC y OCE, Tribunal Ético Nacional y a todos los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería; además se hizo entrega de algunos ejemplares en eventos dentro y fuera del país como en México, Brasil y España. La

presentación del libro se realizó en el VIII Encuentro Nacional de Tribunales, en la ciudad de Bogotá, en abril de 2014.

En Acta de Sala Plena n.º 022 del 9 de junio de 2014³¹, la Presidente María Marlene Montes informa que ha sido designada como Magistrada del Tribunal Nacional Ético de Enfermería, por lo cual ocupa el cargo hasta el 20 de junio y, por unanimidad, se elige como nueva Presidente, por lo que resta del periodo 2010-2014, a la Magistrada Nancy Landazábal García, quien ocupó el cargo hasta noviembre de 2014.

Durante este periodo se dio continuidad a las actividades de socialización de la Ley 911 de 2004, en diferentes instituciones públicas y privadas de los departamentos que conforman la región. Se realizó la primera jornada sobre aspectos éticos y legales de la profesión de Enfermería en Colombia, en la ciudad de Popayán, con asistencia de 85 profesionales de Enfermería.

En el marco de la conmemoración de los 10 años de vigencia del Código Deontológico de Enfermería, Ley 911 de 2004, en el mes de octubre de 2014 se realizaron las siguientes actividades:

En coordinación con Fepasde Scare se participó el 8 de octubre de 2014 en el evento de "Sensibilización y creación de hábitos seguros", con el tema Ley 911 de 2004, Código Disciplinario. En este evento se hizo entrega de 106 ejemplares del libro *La práctica del deber ser en enfermería. Consideraciones éticas* y 106 folletos de la Ley 911 de 2004.

- Participación con nota en noticiero de Telepáccico sobre los 10 años de vigencia de la Ley 911 de 2004.
- Presentación del libro *La práctica del deber ser en enfermería. Consideraciones éticas*, en la Universidad Santiago de Cali.
- Publicación en la Gaceta de la Universidad Santiago de Cali, año 2 n.º 16 de 2014, octubre 9 a octubre 18. Novedad editorial el libro *La práctica del deber ser en enfermería. Consideraciones éticas*.

En este periodo se dio apertura a 45 procesos con las quejas recibidas.

Periodo 2014-2018

El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, por Acuerdo n.º 203 del 26 de septiembre de 2014³², elige a los miembros del Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental, para el periodo 2014-2018, así: Magistradas: Zaidler Gloria Triviño Vargas, María Elena Mejía Rojas, Sonia Quebradas Jiménez, Nancy Landazábal García y Lucy Esmeralda Osorio Acosta. Se posesionaron el 4 de noviembre de 2014. Conjueces: María Ximena López Hurtado, Lida Guerrero Arango, María Zoila Ortega, Luis Fernando Vivas López, Ruby Amparo Andrade Grimaldos.

En Acta de Sala Plena n.º 027 de noviembre 13 de 2014³³ se elige por votación como nueva presidente a la Magistrada Zaidler Triviño Vargas y como Vicepresidente a la Magistrada Nancy Landazábal García. La nueva presidente asume funciones a partir del 1 de diciembre del mismo año.

El 17 de marzo de 2016 la magistrada Zaidler Triviño presenta renuncia como Magistrada del Tribunal y al cargo de Presidente. La renuncia fue aceptada por el Tribunal Nacional Ético de Enfermería el 18 de abril de 2016 y en su remplazo nombra a la enfermera María Ximena López Hurtado. En el mes de mayo asume la Presidencia la magistrada Nancy Landazábal García y como vicepresidente es elegida, por votación, la magistrada Sonia Quebradas Jiménez.

El 22 de septiembre de 2016 presentó renuncia al cargo de abogada la Dra. María Angélica Isaza Caicedo y en su remplazo es nombrada la enfermera abogada Dra. Carmen Amparo Vaca Gamboa, a partir del 23 de septiembre de 2016.

En el X Encuentro Nacional de Tribunales de Ética de Enfermería, realizado en la ciudad de Bogotá, los días 25 y 26 de agosto de 2016, cuyo lema aprobado fue "Dinámica de trabajo de los tribunales vs. Impacto en los resultados", la Magistrada Presidente Nancy Landazábal García presentó un ejercicio realizado sobre Costeo de Procesos. Al Tribunal siempre le había inquietado este tema, dado que algunos departamentos de la región asignan poco presupuesto, que en muchas ocasiones es insuficiente para cubrir el costo de la investigación disciplinaria. Dicho ejercicio es publicado en uno de los capítulos de este libro.

Se crea la página web, con el objetivo de mantener informados a los profesionales de Enfermería de los diferentes eventos, normatividad, quejas y fallos proferidos en este Tribunal. www.trienfermeriasuroccidente.org

Teniendo en cuenta la misión y la visión del Tribunal Departamental Ético de Enfermería de la Región Suroccidental y la importancia de mantener la actualización en temas ético-deontológicos del ejercicio profesional, a partir del año 2017 se inició la elaboración del libro, "Ética y Enfermería: ser, saber y saber hacer" cuya autora principal es la magistrada María Elena Mejía Rojas y coautoras magistradas Nancy Landazábal García, María Ximena López Hurtado, Lucy Esmeralda Osorio Acosta y Sonia Quebradas Jiménez, y la abogada. Carmen Amparo Vaca Gamboa

En el XI Encuentro Nacional de Tribunales, el 10, 11 y 12 de agosto de 2017, realizado en la ciudad de Manizales, teniendo como lema aprobado "La ética: un asunto de todos", se reconoció la excelencia en los 20 años de funcionamiento del Tribunal Nacional Ético de Enfermería. El Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental entregó una placa de reconocimiento a la labor realizada durante este tiempo y la Magistrada María Elena Mejía Rojas presentó la ponencia "Ética aplicada en la investigación".

El 8 de septiembre de 2017 Carolina Muñoz Valverde presentó renuncia al cargo de Auxiliar Administrativa. Se realiza convocatoria para el proceso de selección, quedando como nueva Auxiliar Administrativa Marlen Andrea Flórez Ramírez, a partir del 26 de septiembre del mismo año.

Las magistradas y la abogada de este Tribunal tuvieron la oportunidad de asistir al Primer Congreso Internacional de Enfermería: "La salud familiar, un reto para el cuidado de Enfermería", celebrado en la Universidad Libre de Pereira, el 9 y 10 de febrero de 2018. Participaron conferencistas internacionales y asistió como invitada especial la Dra. Callista Roy, quien es una de las más grandes teóricas de la Enfermería y fue reconocida por la Academia Americana de Enfermería como "La leyenda viva de la Enfermería moderna".

Los días 1 y 2 de noviembre de 2018, las magistradas y la abogada de este Tribunal asistieron

al XII Encuentro Nacional de Tribunales de Ética de Enfermería, realizado en la ciudad de Bogotá, cuyo lema fue “El cuidado de la vida, un deber moral y deontológico de Enfermería”.

Se continuó gestionando la compra de una sede propia para el Tribunal. Se envió carta a la doctora María Cristina Lesmes Duque, Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca, para solicitar la aprobación de dicha compra y se gestionó con entidades bancarias la consecución de un préstamo. Lamentablemente esta adquisición, que sería de gran beneficio para el Tribunal y que redundaría a largo plazo en la disminución de gastos, no fue aprobada pues se argumentó que el presupuesto asignado por el Departamento del Valle del Cauca debe destinarse a gastos de funcionamiento y no a gastos de inversión. En este periodo se dio apertura a 42 procesos con las quejas recibidas.

Periodo 2018-2022

El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, por Acuerdo n.º 238 del 02 de noviembre de 2018³⁴, elige los miembros del Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental, para el periodo 2018-2022, así: Magistrados: María Elena Mejía Rojas, María Zoila Ortega, María Ximena López Hurtado, Stella Bejarano Forero y Jesús Hernando López Hurtado. Se posesionaron el 13 de febrero de 2019. Conjueces: Nelly Góngora Nazareno, María Mercedes Burgos Rodríguez, Diana Milena Dorado Delgado, Sonia Quebradas Jiménez y Anderson Rivera Lamilla.

En Acta de Sala Plena n.º 081 de 18 de febrero de 2019³⁵ se elige por votación como nueva presidente a la Magistrada María Zoila Ortega y como Vicepresidente a la Magistrada Stella Bejarano Forero.

Los días 22 y 23 de agosto de 2019, el nuevo grupo de magistrados y la abogada asistieron al XIII Encuentro Nacional de Tribunales de Ética de Enfermería, realizado en la ciudad de Bucaramanga, cuyo lema fue “Ética del cuidado y condiciones laborales de enfermería”.

En este Encuentro, el Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental, participó con las ponencias: “La ética, la filosofía y el

conocimiento en Enfermería”, presentada por la Magistrada María Elena Mejía Rojas; y “Ética, robótica y enfermería en el siglo XXI”, presentada por la Magistrada María Ximena López Hurtado.

El 13 de julio de 2019, el Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental trasladó su sede a la Carrera 75 n.º 11A-79, en el barrio Capri, al sur de la ciudad de Santiago de Cali.

En el año 2018 y hasta el mes de agosto de 2019, se ha dado apertura a 18 procesos con las quejas recibidas.

El segundo libro del Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental: *Ética y enfermería: ser, saber y saber hacer*, es editado por la Universidad del Valle y la presentación del mismo está proyectada para la Feria Internacional del Libro, que se realizará en la ciudad de Bogotá en abril del 2020, y también se presentará en el XIV Encuentro Nacional de Tribunales Éticos de Enfermería que se realizará en el mes de agosto de 2020, en la ciudad de Santiago de Cali.

Conclusiones

Es importante resaltar que en los cinco periodos de funcionamiento del Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental se han dado avances en diferentes aspectos:

El Tribunal inició con solo dos departamentos asignados: Valle del Cauca y Cauca, y al final del periodo 2018 lo conforman seis departamentos: Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Putumayo, Huila y Caquetá.

Este Tribunal inició su funcionamiento en el año 2001, sin presupuesto, y a través de los años y de gestiones permanentes se ha logrado conseguir que las gobernaciones de los departamentos que lo conforman, asignen las transferencias que por Ley están obligados a realizar.

El Tribunal se ha venido posicionando a través de las socializaciones, presencia en diferentes instituciones públicas y privadas de la región y la publicación de libros; acciones tendientes a contribuir a un ejercicio profesional de Enfermería con calidad, que aporte a la prevención y a la reducción de faltas deontológicas.

Referencias

1. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 25 de enero de 1996. Publicada en el diario oficial n.º 42710 el 5 de febrero de 1996.
2. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 123 de 16 de diciembre de 2005. Bogotá.
3. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 196 de 5 de diciembre de 2013. Bogotá.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de octubre 5 de 2004. Publicada en el diario oficial n.º 45693 el 6 de octubre de 2004.
5. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1446 de 26 de mayo de 2011. Publicada en el Diario Oficial n.º 48081 de mayo 26 de 2011.
6. Tribunal Nacional Ético de Enfermería, Acta n.º 052 del 18 de mayo de 2001. Bogotá.
7. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acta n.º 050 del 30 de marzo de 2001. Bogotá.
8. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 034 de 18 de mayo de 2001. Bogotá.
9. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca y Cauca. Acta n.º 001 del 26 de noviembre de 2001. Cali.
10. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca y Cauca. Acta n.º 15 de abril 24 de 2003. Cali.
11. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. Acuerdo n.º 001 de 28 de octubre de 2004.
12. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acta n.º 085 de 4 de marzo de 2005. Bogotá.
13. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 107 de 4 de marzo de 2005. Bogotá.
14. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 123 de 16 de diciembre de 2005. Bogotá.
15. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 125 del 16 de diciembre de 2005. Bogotá.
16. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acta n.º 089 del 16 de diciembre de 2005. Bogotá.
17. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Resolución n.º 084 del 2 de febrero de 2006. Bogotá.
18. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. Acta n.º del 006 de 28 de julio de 2006. Cali.
19. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. Acuerdo n.º 002 del 25 de agosto de 2006. Cali.
20. Montes Valverde MM, Valbuena Tenorio MC, Londoño González MD. Historia del Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental. En: Montes Valverde MM, Valbuena Tenorio MC y Zambrano Bermeo RN. La práctica del deber ser en Enfermería. Consideraciones éticas. 1ª. edición. Santiago de Cali. Editorial Universidad Santiago de Cali; 2014. pp. 197-214.
21. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 161 del 9 de agosto de 2010. Bogotá.
22. Gobernación del Valle del Cauca. Acuerdo n.º 161 del 4 de noviembre de 2010. Cali.
23. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. Acta de Sala Plena Extraordinaria n.º del 011 de 09 de noviembre de 2010. Cali.
24. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. Acta Sala Plena n.º del 012 de 16 de noviembre de 2010. Cali.
25. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. Resolución 011 del 16 de noviembre de 2010. Cali.
26. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 163 del 25 de febrero de 2011. Bogotá.
27. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. Acuerdo n.º 006 del 26 de agosto de 2011. Cali.
28. Tribunal Departamental Ético de Enfermería del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. Acuerdo n.º 008 del 25 de enero de 2013. Cali.
29. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 195 del 10 de diciembre de 2012. Bogotá.
30. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 196 del 5 de diciembre de 2013. Bogotá.
31. Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental, Acta Sala Plena n.º 022 del 09 de junio de 2014. Cali.

32. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 203 del 26 de septiembre de 2014. Bogotá.
33. Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental, Acta Sala Plena n.º 027 del 13 de noviembre de 2014. Cali.
34. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Acuerdo n.º 238 del 2 de noviembre de 2018. Bogotá.
35. Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental Acta de Sala Plena n.º 081 de 18 de febrero de 2019

Capítulo 2

TEORÍA DE ENFERMERÍA APLICADA A LA ÉTICA PROFESIONAL

DOI: 10.25100/peu.907.cap2

 *María Elena Mejía Rojas*

maría.elena.mejia@correounivalle.edu.co

La ciencia de Enfermería se caracteriza por dos paradigmas predominantes: el empirista y el interpretativo, que representan visiones del desarrollo del conocimiento y de la realidad fundamentalmente opuestas. El empirismo se basa en los supuestos de que lo que se conoce se puede verificar por los sentidos. En la suposición ontológica del empirismo hay una realidad que está afuera, en algún lugar, y que se puede validar por los sentidos. En el paradigma empirista el conocimiento se desarrolla por observación del mundo natural para verificar y justificar teorías que describen, predicen y prescriben¹.

Es imposible hablar de teoría de Enfermería sin antes mencionar la Estructura Jerárquica del Conocimiento en Enfermería; en otras palabras, la escalera de la abstracción del conocimiento en Enfermería. La estructura jerárquica diferencia los varios componentes del conocimiento contemporáneo de Enfermería, de acuerdo con sus niveles de abstracción.

La Enfermería también ha contribuido a una falta de coherencia sobre el paradigma. Fawcett¹ declaró: “los paradigmas están representados por diversos modelos conceptuales de enfermería que proveen contextos diversos para conceptos y temas del metaparadigma”. Monti² en su libro sobre Paradigmas múltiples de la ciencia afirma que Newman declara que los paradigmas son penetrantes por naturaleza y que los valores de un paradigma están profundamente enclavados en sus seguidores. De la misma, Monti afirma que Kim² define paradigma como “... perspectivas científicas generales y tradiciones por lo que la ciencia de enfermería se está desarrollando a partir de varias tradiciones de investigación y los problemas de la disciplina requieren perspectivas diferentes”.

La definición de paradigma como “visión del mundo o filosofía que refleja valores y creencias que un segmento de la disciplina abraza, Un Paradigma incluye las áreas problemas de su campo y algunas soluciones a interrogantes que podrían actuar como ejemplos para ayudar a los miembros de esa comunidad científica a resolver los problemas estantes de la ciencia normal en la disciplina³” no parece ser útil para el desarrollo de la ciencia de Enfermería porque creencias y valores son rara vez responsables de los cambios y la naturaleza de la ciencia trata de los cambios. Monti y Tingen prefieren la definición de Kim porque infiere en la metodología que los científicos aplican para resolver pro-

blemas independientes de su filosofía y perspectiva o lentes con los cuales se puede ver el fenómeno¹.

Teniendo clara la definición del paradigma revisemos el primer componente de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de Enfermería: el *metaparadigma*, y esta se define como: "Los conceptos globales que identifican el fenómeno central para el interés de una disciplina, las proposiciones globales que describen los conceptos y las proposiciones globales que enuncian las relaciones entre los conceptos"¹.

El metaparadigma es el componente más abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de Enfermería y actúa como "una unidad encapsuladora o marco de referencia dentro del cual se desarrolla una estructura más restringida"¹ Las funciones de un metaparadigma son las de resumir la misión intelectual y social de una disciplina y colocar unos límites acerca de los asuntos de que trata la disciplina¹.

El segundo componente de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de Enfermería es la *filosofía*, y esta es definida como: "Una declaración que comprende reclamos ontológicos acerca de los fenómenos de interés central para una disciplina, reclamos epistémicos acerca de cómo esos fenómenos llegan a ser conocidos, y reclamos éticos acerca de qué es lo que los miembros de esa disciplina valoran"¹.

La función de una filosofía es comunicar lo que los miembros de una disciplina creen que es cierto o que es verdadero en relación con el fenómeno de interés para esa disciplina, lo que ellos creen sobre el desarrollo del conocimiento, sobre esos fenómenos y a lo que ellos le dan valor con respecto a sus acciones y su práctica¹.

Los reclamos ontológicos en las filosofías de Enfermería declaran lo que se cree acerca de la naturaleza de persona, de ambiente, de salud y de Enfermería. Los reclamos epistémicos en la filosofía de Enfermería ofrecen "alguna información sobre cómo uno puede llegar a conocer acerca del mundo y de cómo se pueden conocer los fenómenos básicos" . Los reclamos epistémicos en Enfermería extienden los reclamos ontológicos dirigiendo la forma como se desarrolla el conocimiento acerca de persona, de ambiente, de salud y de Enfermería¹.

Los reclamos ontológicos y epistémicos en la filosofía de Enfermería reflejan una o más de tres visiones del mundo contrastantes: la visión del mundo de reacción, la visión del mundo de interacción recíproca y la visión del mundo de acción simultánea. Estas tres visiones del mundo emergieron a partir del análisis de cuatro conjuntos de visiones del mundo existentes: a) el mecanicismo y el organicismo b) el cambio y la persistencia c) la totalidad y la simultaneidad ; y d) la particular determinística, la interactiva integrativa y la unitaria-transformativa¹.

Los reclamos éticos en Enfermería articulan también los valores sobre "el tratamiento de otros", incluyendo el respeto que se debe otorgar a los seres humanos "simplemente por lo que son", valores sobre la consideración a la dignidad humana cuando se asume la práctica de la Enfermería, valores sobre el cuidado, valores sobre la autonomía, valores sobre los derechos de las personas al cuidado de salud y valores sobre beneficencia¹.

El tercer componente de la estructura jerárquica del conocimiento de Enfermería es el *modelo conceptual*, y se define como: Un conjunto de conceptos relativamente abstractos y generales que se dirigen a los fenómenos de interés central para una disciplina, las proposiciones que describen ampliamente estos conceptos y las relaciones generales entre dos o más de estos conceptos¹.

Los modelos conceptuales no son nuevos para la Enfermería, han existido desde Nightingale (1859-1946), cuando ella inició sus ideas acerca de la Enfermería. Los modelos conceptuales más conocidos son: el modelo de Sistemas de Comportamiento de Johnson, el Marco de Referencia General de Sistemas de King, el modelo de Conservación de Levine, el modelo de Sistemas de Neuman, el Marco de Referencia de Autocuidado de Orem, la Ciencia de los Seres Humanos Unitarios de Rogers y el modelo de Adaptación de Roy

El uso de un modelo conceptual explícito ayuda a alcanzar consistencia en la práctica de Enfermería, facilitando comunicación entre las enfermeras, reduce los conflictos entre las enfermeras que pudieran tener diferentes metas implícitas para su práctica y da un método sistemático para investigar Enfermería, para la educación, la administración y la práctica².

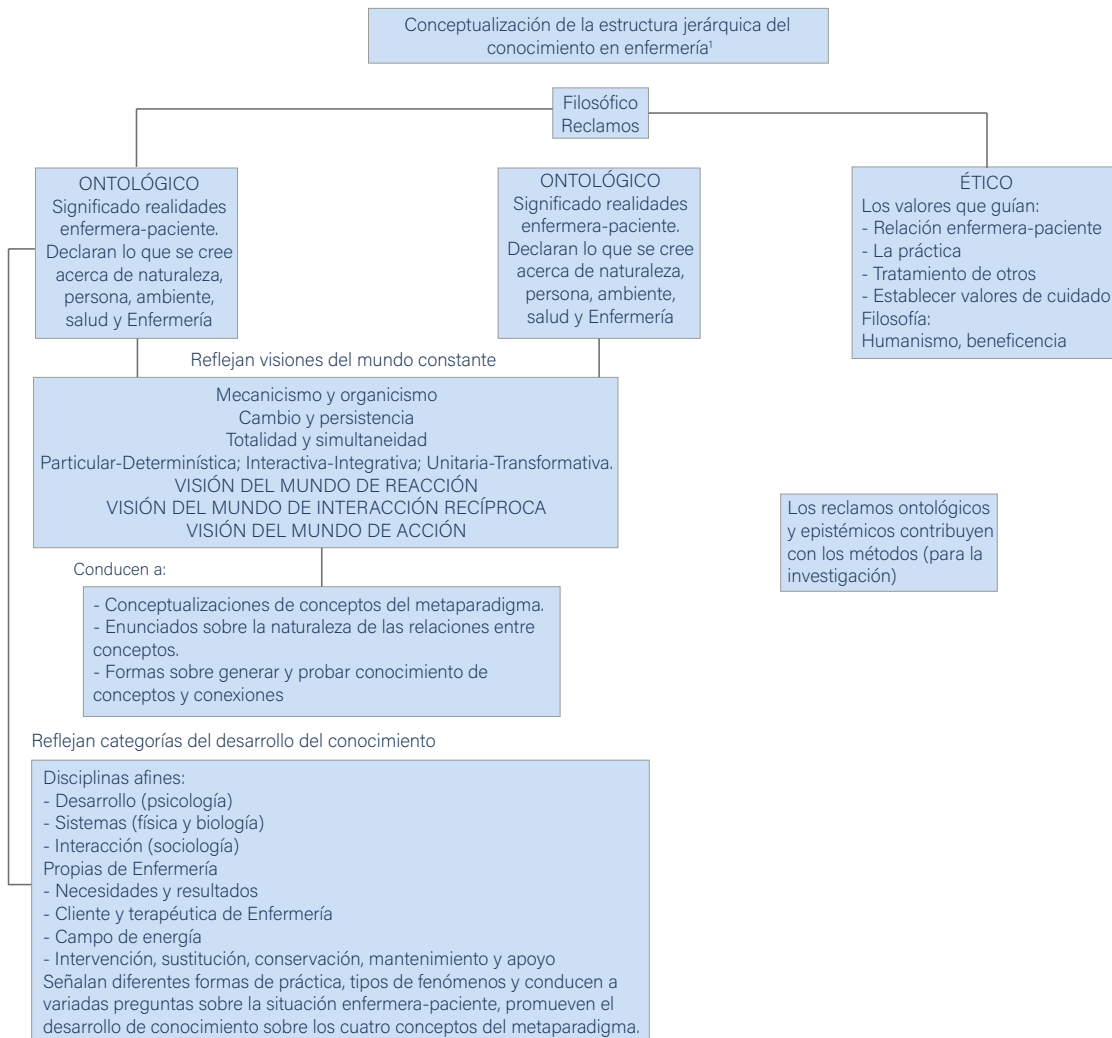


Figura 1. Conceptualización de la estructura jerárquica del conocimiento en enfermería¹

El cuarto componente de la jerarquía estructural del conocimiento contemporáneo de Enfermería es la **teoría**, y se define así:

“Es uno o más conceptos relativamente concretos y específicos que se derivan de un modelo conceptual, las proposiciones que estrechamente describen esos conceptos y las proposiciones que declaran en forma relativamente concreta y específica las relaciones entre dos o más de estos conceptos”¹

Las teorías varían según su nivel de abstracción y alcance. El tipo más amplio y abstracto de las teorías se denomina como Grandes Teorías. El tipo

más concreto y estrecho de teorías se llama Teoría de Mediano Rango. Las teorías grandes son amplias en alcance. Están compuestas de conceptos y proposiciones que son menos abstractas y generales que los conceptos y proposiciones de un modelo conceptual pero no son tan concretas y específicas como los conceptos y proposiciones de una teoría de rango medio¹.

Las teorías de mediano rango son más estrechas en cuanto a su alcance que las teorías grandes. Están compuestas de un número limitado de conceptos y de proposiciones que se escriben en un nivel relativamente concreto y específico. Una función de una teoría es estrechar y especificar más

concretamente el fenómeno que está contenido en un modelo conceptual. Otra función es dar una estructura relativamente concreta y específica para la interpretación de los comportamientos, las situaciones y los eventos inicialmente confusos.

El quinto y último componente de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de Enfermería es el indicador empírico y se define como:

“Es un concepto muy concreto y específico equivalente del mundo real para una teoría de rango medio; un instrumento real, una condición experimental, o un procedimiento clínico que se utiliza para observar o medir un concepto de teoría de mediano rango¹.”

La función de un indicador empírico es ofrecer los medios por los cuales una teoría de rango medio se puede generar o probar. Los indicadores empíricos que son instrumentos contienen datos que pueden ser seleccionados en categorías cualitativas o calculados como puntajes cuantitativos. Por ejemplo, respuestas a un programa de entrevistas compuesto por preguntas abiertas se pueden analizar ofreciendo categorías o temas y las respuestas a cuestionarios compuestos por ítems de selección múltiple se pueden someter a cálculos matemáticos que contienen números o puntajes¹.

En este capítulo se hace referencia y se centra en la parte filosófica de la estructura jerárquica del conocimiento en Enfermería, específicamente en el Código Deontológico en Enfermería y en los derechos de los pacientes.

En el artículo de la enfermera Nelly Garzón sobre “Ética profesional y teorías de Enfermería”, refiere que la fundamentación ética y humanitaria de la Enfermería se ha hecho evidente desde épocas antiguas. Se ilustra con el ejemplo del acto de cuidar que prodigó el buen samaritano al herido que encontró en el camino, y en su reconocimiento del valor de la persona humana, sin ningún tipo de discriminación racial o religiosa. Su actuación mostró la responsabilidad o conciencia de hacer el bien al otro, limpiando sus heridas y asegurando la continuidad de su cuidado para dar atención a sus necesidades básicas, al solicitar y pagar por los servicios de cuidado que le brindaría el dueño de la posada⁵.

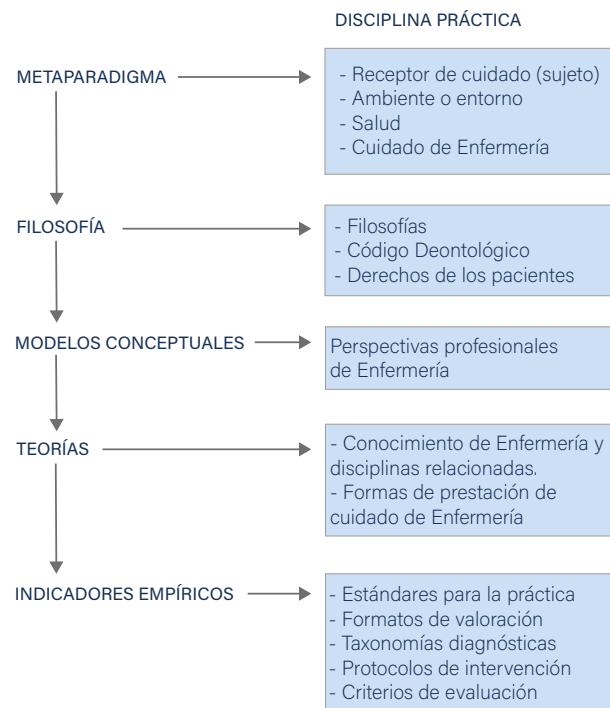


Figura 2. Estructura jerárquica del conocimiento en Enfermería⁴

Fuente: Tomado de Fawcett, J. Analysis and evaluation of conceptual models, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1995. Adaptado por María Elena Mejía R.

El ser humano, la persona, se aprecia en el valor de sí mismo y en la ética de sus comportamientos e interrelaciones con los otros, con la familia, con la sociedad, con la comunidad. La persona que da cuidado de enfermería se valora en su comportamiento, en las relaciones con la persona cuidada, que a veces se denomina paciente, o cliente, con quien se relaciona individualmente, o como miembro de una familia o de un grupo comunitario, siempre respetando su individualidad, su valor y dignidad, sus derechos, sus necesidades y sus prioridades, su cultura, su historia y el ejercicio de su autonomía.

En la relación enfermera (cuidador)-paciente (persona cuidada) es fundamental la aplicación de la ética comunicativa o dialógica de Habermans⁶, en la cual la persona se respeta como un interlocutor válido, que tiene derecho y capacidad para razonar y participar en las decisiones sobre su cuidado, sobre su salud⁴. La ética comunicativa o dialógica, ha sido desarrollada en las últimas décadas del siglo XX por

Jürgen Habermas en Alemania. Es una ética formal, basada en el diálogo y la comunicación. Este autor preocupado por la justificación y la fundamentación de la ética en una sociedad pluralista y democrática como la actual, coloca el énfasis en el procedimiento para llegar entre todos a una normativa moral universal. Para la ética comunicativa el discurso debe ocurrir en una situación ideal de habla. Para Habermas, "el que expresa un punto de vista moral está suponiendo que expresa algo universalmente válido". La universalidad se logra en el diálogo, en el discurso, y está implícita en la comunicación⁶.

En la interacción del profesional de Enfermería como cuidador y la persona cuidada se emplean las diversas formas de comunicación verbal y no verbal, a través de las cuales se intercambia y valora la información para interpretar las necesidades, los valores y los deseos de la persona cuidada⁵.

Es muy importante conocer la evolución del conocimiento en Enfermería y como ha sido su desarrollo conceptual, teórico y empírico para estudiar y entender una de las teorías de mayor trascendencia en nuestra disciplina y que aplican a nuestro quehacer profesional. La teoría del Final Tranquilo de la vida cuyas autoras son: Cornelia Ruland y Shirley Moore.

Ruland y Moore⁷ son dos teóricas enfermeras que desarrollaron en común la teoría del Final tranquilo de la vida (FTV) para la mejora en la atención por parte de las enfermeras a los pacientes paliativos o terminales. En esta teoría se pueden diferenciar tres principales centros de atención:

- Los aspectos que se deben tener en cuenta en la toma de decisiones compartidas en el equipo de salud, ante una situación clínicamente comprometida.
- Momentos en los que el paciente se encuentra en una situación de incertidumbre, debido a decisiones difíciles que debe tomar, para lo que necesita ayuda por parte de la enfermera para entender mejor las opciones y poder sopesar riesgos y beneficios de cada una de ellas.
- El tratamiento, ajustado a las preferencias, de enfermedades crónicas o graves a lo largo de su curso de vida.

La teoría del FTV está conformada por diferentes tipos de marcos teóricos. Se centran en el modelo de Donabedian. Se considera la teoría del FTV como la principal entre todas las teorías pues explica la complejidad de las interacciones y la organización en lo referente a la sanidad. El contexto de esta teoría se da en una unidad hospitalaria, en donde se le ofrece al paciente (terminal) el cuidado del profesional enfermero, con sus interposiciones, y se le da la asistencia necesaria para mitigar su dolor, brindarle bienestar, hacer que el paciente se sienta con dignidad y respeto, que tenga sentimientos de paz y pueda recibir el acompañamiento de amigos y familiares⁷.

Un punto fundamental es la teoría de la preferencia, para argumentar la calidad de vida de las personas. Una vida buena, según la teoría de la preferencia, es conseguir lo que se quiere, fundamental en el FTV. Esta se puede relacionar con personas que intervinieron de una u otra forma con la toma de medidas para el FTV. La calidad de vida es la sensación de estar realizado en los diferentes ámbitos, tanto sentimentales como físicos. La teoría tiene su origen en un curso de doctorado en donde Ruland era una estudiante y Moore una profesora. En un ejercicio con los alumnos se planteó la idea de realizar nuevos estudios para el uso en la práctica de enfermería; y allí fue donde Ruland compactó los estándares de la teoría del FTV y más adelante fueron perfeccionados por Moore⁷.

Es indispensable conocer los conceptos principales y las definiciones relacionadas con la ética profesional, como son:

- **Ausencia de dolor:** El fundamento del FTV es procurarle y evitarle dolor al paciente debido a las sintomatologías procedentes de una enfermedad. El dolor se conceptualiza como una emoción sensorial o pasajera que denota cierto grado de incomodidad. En este concepto se busca que el paciente esté libre de todo tipo de sufrimiento o molestia ya que el dolor se considera como una experiencia desagradable⁸.
- **Experiencia de bienestar:** Se define como el alivio de la molestia, el descanso ante una incomodidad y todo lo relacionado con lo que hace la vida placentera.

- **Experiencia de dignidad y respeto:** Se toma el valor de la persona como principio ético y de respeto, y se da protección a aquellas que dependen de los demás. Asistir a la persona que sufre desestructuración temporal o duradera.
- **Estado de tranquilidad:** Se define como el sentimiento de calma, no ansiedad por nada, libre de ataduras en la parte física, psicológica y espiritual.
- **Proximidad a los allegados:** Es estar conectados implícitamente mediante sentimientos de afecto o amor. La cercanía física o emocional⁶.

Metaparadigmas desarrollados en la teoría

Persona: La teoría establece que los sucesos y hechos del final tranquilo de la vida son la experiencia de cada persona, solo ella misma experimenta y siente.

Cuidado en Enfermería: El personal de Enfermería analiza la situación que se está presentando e interviene de la forma más correcta, sin exagerar, para conseguir una actitud tranquila y serena frente al proceso de la muerte. Se debe proporcionar el mayor cuidado posible al paciente terminal, mediante el uso de tecnologías y medidas de bienestar para asegurar su integridad⁷.

Salud: Se debe buscar la mejor forma para terminar o mitigar el dolor sufrido por el paciente terminal y además lograr un mejor estado de salud⁸.

Entorno: Al paciente terminal se le debe administrar el mayor estado de armonía, tranquilidad, comprensión y calma, mediante la cercanía a sus allegados o a su familia, ofreciéndole un servicio preciso, atento y eficaz⁸.

Al momento de ofrecer cuidado a un paciente en estado terminal, se deben tener en cuenta las siguientes afirmaciones y proposiciones teóricas:

- Administrar los medicamentos para contrarrestar el dolor del paciente.
- Prevenir las molestias físicas para contribuir a una mejor tranquilidad y serenidad.
- Informar a sus allegados sobre los cuidados que se deben tener, tratar al paciente con res-

peto y empatía, estar dispuesto a cumplir con las necesidades para la tranquilidad de la persona.

- Dar apoyo emocional, brindar confianza y permitir la presencia física de otra persona para que fomente la seguridad en el paciente.
- El cuidado del paciente también puede ser brindado por los miembros de su familia o por los más allegados.
- Contribuir a que el paciente no presente ninguna molestia física o emocional, para ayudar a la tranquilidad y seguridad del mismo.

Conclusiones y algunos aspectos generales que se deben tener en cuenta

En la práctica: La Teoría del final Tranquilo de la Vida, es el medio para contribuir a un mejoramiento en la toma de decisiones acerca de un paciente en estado terminal. Las autoras de la teoría del (FTV) tomaron referentes de otros autores como Kirchoff quien continuó indagando y buscando alternativas para brindar una muerte tranquila, resumiendo varios artículos de diferentes teorías. La Teoría del (FTV) ha sido integrada en la formación clínica para la toma de decisiones al final de la vida de un paciente⁷.

Formación: Esta Teoría se ha integrado a los currículos estudiantiles de Enfermería para atender al paciente y a su familia, determinando modelos y pautas a seguir según el FTV⁷.

Investigación: Varios investigadores como Kirchoff utilizaron el método de encuestas, para realizarles a enfermeras profesionales en sus prácticas clínicas. Los resultados con respecto al paciente fueron ofrecerle una buena y tranquila muerte y de allí se obtuvieron los resultados de cómo mejorar los cuidados al final de la vida.

La teoría del FTV es prácticamente nueva; Ruland y Moore ven la necesidad de apoyar su teoría mediante técnicas de perfeccionamiento. Se establecieron posibilidades de probar las relaciones entre los cinco conceptos principales. Otra idea es confrontar los criterios de dolor, bienestar y tranquilidad con los resultados de los tratamientos de los síntomas físicos y psicológicos.

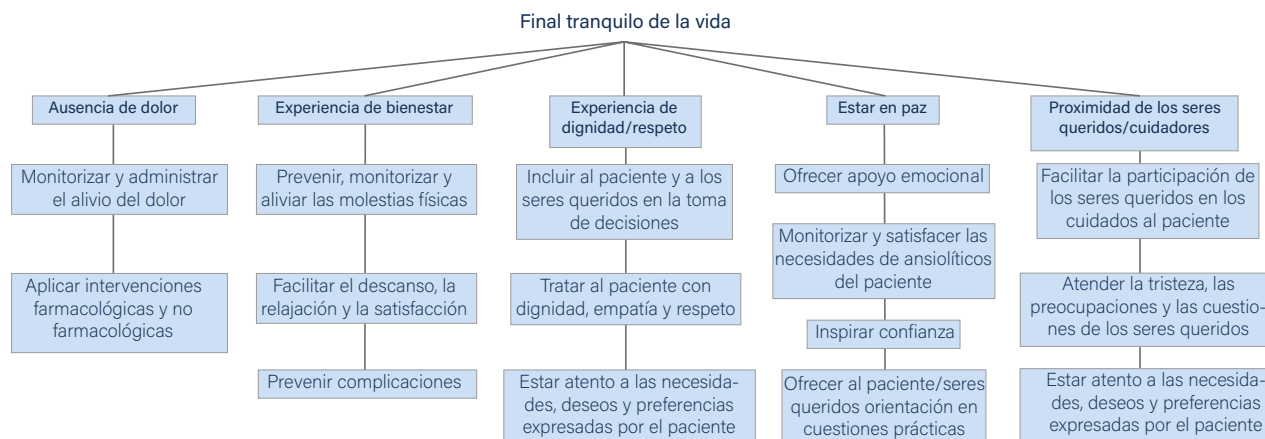


Figura 3. Estructura de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida.

Fuente: Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida. (De Ruland, C. M., & Moore, S. M. [1998]. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 6[4], 174.

Para el dolor se tienen en cuenta dos aspectos fundamentales: uno es el control del dolor y el otro consiste en aplicar analgésicos. El dolor está relacionado con el proceso de bienestar que es la prevención de enfermedad, control del dolor y alivio. Se pueden asumir las distracciones no farmacológicas que ayudan a disminuir el dolor, la ansiedad y el malestar físico. Se propone examinar vínculos entre la teoría del FTV y otras teorías, para originar pautas en el tratamiento del dolor⁷.

Cada día, cada momento tenemos a nivel mundial muchas personas en sufrimiento, en estado terminal, muchos de ellos con diagnóstico de cáncer metastásico, debemos tener en cuenta el Cuidado paliativo que se ofrece en esta situación de salud desde un comienzo y ofrecer un cuidado digno y de calidad, donde podamos mitigar el dolor, favorecer el bienestar, la dignidad, el respeto, la tranquilidad y sobre todo su Calidad de Vida.

Si puedes curar, cura... si no puedes curar, alivia... si no puedes aliviar, consuela... y si no puedes consolar, acompaña.

Augusto morris

Referencias

1. Fawcett J. Analysis and evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and theories. Philadelphia: F.A. Davis; 2000, p. 1-49.
2. Elizabeth J. Monti y Martha S. Tingen. "Multiple Paradigms of Nursing Science". *Advances in Nursing Science* 199, 9; 21 (4): 64-80.
3. Meleis A. Development and progress. En: J.B. Lippincott, editores. Co. St. Louis. Meleis Theoretical Nursing. 1985. Capítulo IV, p. 1-19.
4. Fawcett, J. Analysis and evaluation of conceptual models, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1995.
5. Garzón AN. Ética profesional y Teorías de enfermería. *Rev Aquichan*. vol.5 N° 1 Bogotá. 2005, p. 64 - 71.
6. Ética Comunicativa. Blogspot.com [internet] [actualizado 15 abril 2010; citado 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://eticacomunicativa.blogspot.com/>
7. Ruland CM, Moore SM. Teoría del Final Tranquilo de la Vida. En: Calligood MR, Tomey AM. Modelos y Teorías en Enfermería. 6 edición. España. Elsevier 2007, p. 778 -786.
8. Teoría del Final Tranquilo de Vida. YouTube. [Internet] [actualizado 5 de diciembre de 2011] [Citado 07 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=jGZfIixV_o.

Capítulo 3

LIDERAZGO ÉTICO, CALIDAD DE VIDA LABORAL Y COLEGAJE EN ENFERMERÍA

DOI: 10.25100/peu.907.cap3

 **Carmen Amparo Vaca Gamboa**¹

cavgamboa2002@yahoo.com

La empatía es la esencia de una enfermera.

Jean Watson

La Constitución Política colombiana¹ es norma de normas (Artículo 1) y en diversos articulados protege la dignidad humana y el trabajo en condiciones dignas. En la Constitución de 1991¹ el trabajo adquirió una importancia relevante y con la conversión del Estado colombiano en un Estado social de derecho, el trabajo pasó a ocupar un lugar central por la triple calidad que se le reconoció, como principio, deber y derecho.

El reconocimiento como principio tiene lugar desde el Preámbulo, en donde se alude al trabajo como uno de los fines hacia los que propende la Constitución y en el Artículo 1 declara que la República de Colombia está fundada en “el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.

El Artículo 25 de la Constitución Política consagra el trabajo como derecho fundamental en los siguientes términos: “El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas”.

También el Artículo 25 de la Constitución Política¹ consagra el trabajo como un deber, como una obligación social para toda persona en edad y en condiciones de trabajar, hacerlo para aportar al desarrollo de esa sociedad a la que pertenece.

El Artículo 1 de la Ley 911 de 2004² incluye entre los principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la Enfermería, no solo el respeto a la vida, sino también a la dignidad de los seres y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política. En la literatura y en las instituciones de salud se enfatiza acerca del trato digno y humanizado con los pacientes, que son la razón de ser de la profesión de Enfermería; sin embargo, es necesario tener en cuenta que nuestros colegas, subalternos y en general todo el equipo de salud, como seres humanos que son, también tienen derecho a un trato digno y humanizado, en pro de una sana convivencia que se refleje en una atención de enfermería humanizada, segura y de calidad.

¹ Enfermera Especialista - Abogada.

Las relaciones interpersonales juegan un papel fundamental en el desarrollo integral de la persona y el éxito que experimentemos en nuestra vida depende en gran parte de la manera como nos relacionemos con los demás; en el ámbito laboral se pueden presentar situaciones con los colegas, con los subordinados y con los demás miembros del equipo de salud, que pueden dar lugar a desmejoras en la calidad de vida laboral, tales como ultrajes a la dignidad humana por parte del profesional de Enfermería que atenten contra el trabajo en condiciones dignas y justas, la intimidad, la honra y la salud mental de los trabajadores, la armonía y el buen ambiente entre quienes comparten un mismo ambiente laboral, configurando conductas que pueden ser investigadas por varias instancias como la oficina de Control Disciplinario en las instituciones, en la jurisdicción laboral y en los tribunales éticos de Enfermería.

El Artículo 71 de la Ley 911 de 2004, normatiza que: "La acción disciplinaria por faltas a la deontología profesional se ejercerá sin perjuicio de la acción penal, civil o contencioso-administrativa a que hubiere lugar o de las acciones adelantadas por la Procuraduría o por otras entidades, por infracción a otros ordenamientos jurídicos".

Este artículo significa que por una misma acción u omisión, el profesional de Enfermería puede ser investigado en varias instancias judiciales y administrativas.

Ética profesional y respeto a la dignidad humana

El ser humano es un ser esencialmente social, influido profundamente por las relaciones interpersonales que son las que le dan sentido a los factores biológico, psicológico y social.

Sonia Victoria Sescovich Rojas afirma que: "Desde el punto de vista de las personas no se ha logrado transformar el espacio de trabajo en un espacio en el cual ellas no solo se ganen la vida sino que ganen vida".

La dignidad humana es el derecho que tiene cada ser humano de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser

persona. El respeto de la dignidad de los seres y sus derechos no solo es un deber legal para el profesional de Enfermería sino también un deber ético consagrado en el Código Deontológico de Enfermería (Ley 911 de 2004²); estos principios y valores éticos que orientan el ejercicio de la profesión, deben ser aplicados y respetados no solo en el ámbito asistencial en relación con el cuidado de enfermería sino también a todas las personas que conforman el equipo de salud que como seres humanos tienen el derecho a un trato respetuoso y a un trabajo en condiciones dignas y justas.

Factores como ingresos adecuados y suficientes, ambiente físico y condiciones de seguridad y bienestar en el trabajo, adecuado balance entre el trabajo y la vida personal, oportunidades de ascenso y crecimiento y las relaciones entre colegas, subalternos y líderes, contribuyen a lograr un clima laboral de calidad.

El trato interpersonal es la manera cortés o despectiva de dirigirse al otro, de saludarlo o responder a su saludo, de conversar, de dar y recibir órdenes; por lo tanto, abarca aspectos relacionados con la conducta y es muy importante en las relaciones humanas, particularmente en el campo laboral, donde a través del modo de relación entre los trabajadores y los empleados se manifiestan sus actitudes recíprocas.

Cuando estas actitudes son de mutuo respeto, confianza y cooperación, el trato es digno porque refleja tanto la consideración como la simpatía recíproca. Existen manifestaciones verbales y no verbales que el profesional de Enfermería puede adoptar para manifestar un trato digno y respetuoso hacia los colegas: Digno es aceptar al otro respetando su autonomía e integridad; es procurarle una calidad de vida en el trabajo que le permita lograr su superación no solo profesional sino a nivel personal.

Algunas expresiones utilizadas en las quejas que se han recibido en el Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidental en contra de profesionales de Enfermería son: "aquí se hace lo que yo mando", "cuando quiera lo voy a sacar", "usted no sirve", "usa la potestad que se le ha dado para ridiculizar a los auxiliares de enfermería y hasta a algunos jefes", "es un ser cien por ciento racista", "abusando de su rango maltrata al personal

usando vocabulario inadecuado, humillante, despectivo". En sus quejas las personas sienten que el profesional de Enfermería está actuando de manera poco ética.

En el ordenamiento jurídico colombiano y en los códigos establecidos para los profesionales de Enfermería, se reglamenta y se recomienda el respeto mutuo en las relaciones interpersonales en el ámbito laboral.

Entre los factores del entorno sociolaboral que influyen en la calidad de vida en el trabajo están las relaciones interpersonales, y respecto a las relaciones interpersonales, el Artículo 19 de la Ley 911 de 2004 establece que: "Las relaciones del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud o del orden administrativo deberán fundamentarse en el mutuo respeto, independientemente del nivel jerárquico²".

También el Artículo 21 de la Ley 911 de 2004², acerca de las relaciones con los colegas, prohíbe la competencia desleal entre profesionales de Enfermería y dispone que en ningún caso se mencionarán las limitaciones, deficiencias o fracasos de los colegas para menoscabar sus derechos y estimular el ascenso o progreso profesional de uno mismo o de terceros. Además establece que en las relaciones con los colegas se debe evitar todo tipo de conductas lesivas, tales como ultrajes físicos o psicológicos, injurias, calumnias o falsos testimonios.

El Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para la profesión de Enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética, y en el numeral 4, respecto a "La enfermera y sus compañeros de trabajo" reglamenta:

"La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud. La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético⁴".

Y el Código de Ética de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería (Acofaen)⁵, en lo referente a las "Responsabilidades éticas del profesional de Enfermería", en el punto de la Responsabilidad con sus colegas, recomienda que las relaciones con los colegas deben fundamentarse en la confianza, el respeto mutuo, la cortesía y la amabilidad, respetando el derecho a la diferencia, comunicarse de forma efectiva y respetuosa, conocer y respetar sus valores y el comportamiento moral.

El fundamento en la Carta Política¹ para el cumplimiento de las obligaciones y el ejercicio de libertades, se encuentra en el Artículo 95, donde se consagran los deberes ciudadanos de los colombianos; el primero de ellos es cumplir la Constitución y las leyes, y "respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios".

La Ley 734 de 2002⁶ (Código Disciplinario Único), establece derechos, deberes y prohibiciones a los servidores públicos, relacionados con el respeto mutuo: El Artículo 33, numeral 7, establece como un derecho de todo servidor público: "Recibir tratamiento cortés con arreglo a los principios básicos de las relaciones humanas". El Artículo 34, numeral 6, normatiza como deber: "Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón del servicio". Y el Artículo 35, numeral 6, reglamenta que a todo servidor público le está prohibido: "Ejecutar actos de violencia contra superiores, subalternos o compañeros de trabajo, demás servidores públicos o injuriosos o calumniarlos".

En el sector privado, el Código Sustantivo del Trabajo⁷, en el numeral 5 del Artículo 58, consagra como una obligación del trabajador: "Guardar rigurosamente la moral en las relaciones con sus superiores y compañeros".

Al respecto, la Corte Constitucional, en Sentencia C-299/98⁸, se expresa en los siguientes términos:

"El contrato de trabajo presupone, a más del cumplimiento recíproco de las obligaciones correspondientes al respeto mutuo entre el empleador y el trabajador y entre éste y los demás compañeros de trabajo, al igual que con los representantes del empleador con el fin de lograr que el desarrollo y ejecución de la relación contractual se realicen en forma pacífica y armónica,

y primen en ella la confianza, la lealtad y la solidaridad. Tanto los trabajadores como los patrones deben observar siempre, en sus relaciones laborales, comportamientos en los que prime el respeto mutuo. Igualmente, los trabajadores están obligados a respetar a sus superiores y sus compañeros, de manera que se desarrollen y ejecuten las labores contratadas en armonía y paz, de lo contrario, no sólo se verían afectados los intereses de la empresa sino todo el personal que allí labora.

El respeto mutuo en las relaciones laborales es una de las características esenciales del trabajo digno. El respeto mutuo significa respetar para ser respetado, es comprender, valorar y aceptar sin juzgar, ofender, rechazar o despreciar al otro por su forma de ver y vivir la vida, sus elecciones, acciones, religión, etnia u orientación política o sexual, especialmente si con ello no ofenden ni perjudican a nadie.

Calidad de vida laboral y trabajo en equipo

Para Rodríguez Marín⁹, la calidad de vida laboral es el sentimiento de satisfacción y bienestar que la persona experimenta como consecuencia de su ajuste a realidades propias del trabajo que desempeña y a su entorno; es el grado en que la actividad laboral que una persona realiza está organizada para contribuir a su más completo desarrollo como ser humano.

La calidad de vida en el trabajo repercute de manera positiva en su compromiso y motivación para lograr los objetivos y metas institucionales y avanzar en su crecimiento personal; promueve mayor lealtad y compromiso de los trabajadores, mayores niveles de satisfacción laboral, reduciéndose los índices de ausentismo y rotación voluntaria.

El ejercicio profesional requiere un alto grado de trabajo en equipo y especialmente en las profesiones de salud hay tres factores que han acentuado la necesidad del trabajo en equipo: 1) Concepción más global del paciente; 2) Necesidad de asegurar una continuidad de atención cada vez más especializada y 3) Influencia de las políticas institucionales que promueven el trabajo en equipo para lograr una atención segura y de calidad.

El parágrafo del Artículo 19 de la Ley 911 de 2004, referente al trabajo en equipo, preceptúa:

“El profesional de enfermería actuará teniendo en cuenta que la coordinación entre los integrantes del recurso humano en salud exige diálogo y comunicación, que permita la toma de decisiones adecuadas y oportunas en beneficio de los usuarios de los servicios de salud”.

¿Cómo es el actuar de un profesional de Enfermería que no promueve el trabajo en equipo?

Cuando hay un error busca al culpable y actúa con la premisa de que “el que la hace la paga”, luego sanciona, castiga, reprende, cree que con gritos no se va a volver a incurrir en la falta. Manda, ordena, delega funciones y contempla cómo se le obedece; no da ejemplo, no trabaja con los demás ni les enseña cómo deben hacerse los procedimientos o cómo realizar sus actividades y desempeñar sus funciones dentro de los protocolos y parámetros institucionales. Impone su estilo de trabajo porque cree que solamente su manera de hacer las cosas es la correcta, la más eficiente y efectiva y que los demás deberían escucharlo y hacerlas como él las hace; no acepta que la realidad es que hay distintas maneras de obtener los resultados deseados. Ante la falta de recursos materiales, humanos y tecnológicos, no actúa presentando proyectos de mejoramiento a las directivas, sino que ocasiona que el conflicto se agrave. Actúa ejerciendo una lucha por el poder y el control autoritario de todos los procesos.

En cambio el líder que promueve el trabajo en equipo consigue un compromiso real de todos los miembros, formula planes con objetivos claros y concretos, motiva y supervisa; es puntual, responsable y respetuoso, con lo que inspira a colegas y subalternos a seguir su estilo de trabajo; acepta sugerencias para mejorar porque sabe que hay distintas maneras de obtener los resultados deseados; cuando los recursos son limitados establece prioridades y propone planes de mejoramiento en pro de mejorar la calidad de vida laboral y asegurar una atención segura y de calidad; considera que todos son importantes para que el trabajo en equipo sea efectivo y acepta los diferentes estilos de persona-

lidad, respetando a las personas cuando piensan diferente y se comunican en forma distinta.

El trabajo en equipo se fundamenta en la contribución individual de sus miembros para su desempeño colectivo. El profesional de Enfermería debe tener en cuenta que el trabajo en equipo requiere: confianza mutua, colaboración para lograr resultados positivos, la satisfacción del usuario y del equipo de salud través de una comunicación respetuosa y asertiva.

Liderazgo ético

Tradicionalmente el profesional de Enfermería ocupa cargos de liderazgo en salud y es importante que asuma su rol, ejerciendo un liderazgo ético, buscando la mejora del medio ambiente humano y físico en el que se desarrolla el trabajo cotidiano, condición que predispone la satisfacción y por lo tanto la productividad de los trabajadores en una institución de salud.

El liderazgo está vinculado con el “saber hacer” de los jefes o directivos, con los comportamientos de las personas, con su manera de trabajar y de relacionarse, con su interacción institucional, y con cada actividad o función que se realiza dentro de un entorno productivo.

Según Alfred Sonnenfeld¹⁰, ser líder significa tener influencia sobre otras personas; el líder ejercerá más o menos influencia de acuerdo con el grado de autoridad que haya alcanzado, pero si su grado de autoridad lo logra con el ejercicio del poder tomado como la capacidad de sancionar o penalizar, su liderazgo no será duradero.

También Sonnenfeld¹⁰ dice que primero se lidera con lo que se es, luego con lo que se hace y solo en tercer lugar con lo que se dice o se manda a hacer; para este autor no se trata de ser una persona extraordinaria para poder liderar a otros pero sí ofrecer “lo mejor que cada uno llevamos dentro”.

Las características de un profesional de Enfermería que ejerce un liderazgo ético son: compromiso, flexibilidad, comunicación efectiva, responsabilidad, buena relación interpersonal, creatividad, organización y saber oír. El liderazgo es una habilidad esencial en la vida profesional del enfermero, pues le capacita para comunicarse claramente con el

grupo, ser capaz de señalar soluciones para los conflictos y tener iniciativa en la toma de decisiones, atributos que garantizan un desempeño satisfactorio en su trabajo¹¹.

Carlos María Moreno Pérez¹² determina siete claves “C” para lograr el liderazgo ético:

1. *Carácter*, para enfrentarse a situaciones difíciles. El carácter tiene cuatro pilares: la prudencia para actuar en forma correcta; la justicia para dar a cada uno lo que le corresponde; la moderación que se manifiesta siendo fiel a sus ideas y creencias; y la fortaleza para autoliderarse. Según el autor, “quien no se lidera a sí mismo difícilmente lo hará con los demás”.

En situaciones críticas que generan alto nivel de estrés tales como activación del código rojo o del código azul, es cuando con mayor razón se requiere que el profesional de Enfermería se comporte como un líder ético, que teniendo en cuenta lo establecido en el parágrafo del Artículo 19 del Código Deontológico de Enfermería², coordine el personal a su cargo, por medio de una comunicación asertiva, tomando decisiones adecuadas y transmitiendo las órdenes con respeto, en beneficio del paciente.

2. *Coraje*, para decir no ante situaciones incorrectas y no callar por conveniencia. El líder ético no pide hacer a los demás algo que él no pudiera o no debiera hacer; el liderazgo requiere honestidad y coherencia entre el ser y el actuar. Un aspecto importante de la honestidad es ayudar a las personas no solo a que desarrollen su potencial, sino también a que asuman responsabilidades. Estar siempre presente, hombro a hombro con el equipo de salud en pro de obtener resultados satisfactorios.
3. *Credibilidad*. Es un empleado digno de confianza; es una persona de palabra que se ha ganado la credibilidad de jefes, colegas y subalternos con su trabajo. No solo es una persona que sigue las reglas y normas de la institución sino que también actúa éticamente.

4. *Comunicación clara y concisa*, basada en argumentos y no en el mando para identificarse con sus colaboradores; en este aspecto, específicamente, la comunicación asertiva es esencial para lograr un liderazgo ético.

La asertividad se define como: "la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás, negociando con ellos su cumplimiento¹¹". En este tipo de comunicación se dice lo que se quiere sin que el interlocutor se sienta agredido.

Un profesional de Enfermería que ejerce un liderazgo ético, dialoga con el personal a cargo, demuestra una sincera preocupación por el otro, así aprende a reconocer de manera proactiva qué cosas les motivan y cuáles les causan insatisfacción; un buen líder puede lograr cambiar sus comportamientos y actitudes y encontrar soluciones concertadas, encaminadas a crear un mejor ambiente laboral para todos.

El Código de Ética de ACOFAEN⁵, referente a "Responsabilidades de la enfermera con el equipo humano de trabajo", dispone que el profesional de Enfermería debe mantener en el equipo de trabajo una comunicación efectiva en la que sea relevante el entendimiento, la comprensión, el respeto y la ayuda mutua, para superar debilidades, afianzar fortalezas que redunden en la convivencia, el crecimiento de las personas, la calidad de su desempeño y el beneficio de quienes reciben sus servicios.

5. *Conocimiento*. Ser una persona preparada, lo que aporta competencia para que no se cuestione su capacidad, pero también ser humilde y saber sumar opiniones que permitan conseguir logros.

En este punto la Ley 911 de 2004², en el Artículo 3, dictamina que el acto de cuidado de enfermería se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Es deber de un profesional de Enfermería estar actualizado en

sus conocimientos y ayudar a sus colegas a superarse; además debe estar seguro al momento de delegar funciones y responsabilidades en sus colegas o subalternos, de la competencia y conocimientos de la persona en quien delegue, para que estas se realicen correctamente, sin poner en riesgo la salud del paciente que recibe el cuidado de enfermería.

El Código de Ética de ACOFAEN establece como responsabilidad del profesional de Enfermería: "Trabajar por su mejoramiento y progreso en cuanto a capacitación y actualización permanente para crecer y mantener su competencia profesional a fin de prestar servicios de calidad. Evitar a toda costa la ineficiencia, la mediocridad y la mala práctica^{5"}.

6. *Compromiso*. El profesional de Enfermería comprometido con su trabajo es dedicado, está consciente de que su compromiso va más allá de solo cumplir la obligación laboral; es un líder generoso, que ayuda a los demás y contribuye a crear un clima positivo, promoviendo el compromiso del equipo de salud pero a la vez respetando su autonomía para cumplir las metas institucionales.
7. *Comprensión de las circunstancias de las personas*, lo que le permite conocer sus inquietudes, el porqué de su actuar. En este punto es necesario tener en cuenta lo preceptuado en el Artículo 20 de la Ley 911 de 2004² que prohíbe al profesional de Enfermería censurar o descalificar las actuaciones de sus colegas y demás profesionales de la salud en presencia de terceros. Utilizando la comprensión y el respeto mutuo, puede sugerir, apoyar y facilitar al que ha incurrido en una falta para ayudarlo a mejorar.

Cuando se presentan fallas en el ejercicio profesional, mala práctica o acciones inmorales de otros miembros del equipo de trabajo, debe ejercer el buen criterio, prudencia, responsabilidad y autonomía, para informar a la autoridad competente cuando sea necesario, después de discutir y analizar la situación con el miembro del equipo impli-

cado y con las personas afectadas por dicho comportamiento, considerando las circunstancias en que dicha persona actuó para ser justo al momento de tomar decisiones.

Conclusiones

La Enfermería necesita líderes éticos, que generen cambios en los comportamientos y actitudes de las personas, que promuevan el bienestar integral y las relaciones respetuosas y la comunicación asertiva, con miras a asegurar la calidad ética y humanizada del cuidado y de la atención en salud.

Los profesionales de Enfermería, para ser considerados como líderes éticos, líderes con autoridad, deben actuar y transmitir honestidad; ser considerados dignos de confianza; comprometidos con su labor para cumplir no solo los objetivos institucionales sino ayudar a sus colegas y subalternos para que con calidad de vida laboral, ellos también contribuyan a esa meta; siendo responsables y exigiendo responsabilidad de una manera respetuosa; sabiendo mantener los límites entre la prudencia, la lealtad y la tolerancia, para afrontar las faltas o errores que sus colegas cometan en el ejercicio profesional.

Referencias

1. Constitución Política de Colombia. [en línea]. Santafé de Bogotá: Asamblea Nacional Constituyente; 1991 [citado el 13 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html. p.1
2. Ley 911/2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia, se establece el régimen disciplinario y se dictan otras disposiciones. [en línea]. Santafé de Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2004 [citado el 31 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0911_2004.html.p2.
3. Sescovich S. La Gestión de Personas: Un Instrumento Para Humanizar el Trabajo [Internet]. Libros en Red. 2009. [citado el 13 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=yFRgB>
4. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. [en línea]. Ginebra Consejo internacional de enfermeras; 2012 [citado el 31 de octubre de 2017]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf
5. Código de ética de enfermería, guía para el ejercicio profesional. Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, ACOFAEN.
6. Ley 734/ 2002 por la cual se expide el Código Disciplinario Único. [en línea]. Santafé de Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2002. [citado el 13 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0734_2002.html
7. Decreto Ley 2663 de 1950 "Sobre Código Sustantivo del Trabajo". [en línea]. Santafé de Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 1950. [citado el 13 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_sustantivo_trabajo.html.
8. Sentencia C-299/1998. [en línea]. Santafé de Bogotá: Corte Constitucional República de Colombia, 1998. [citado el 13 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/C-299-98.htm>
9. Rodríguez J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. An Pediatr [Internet]. 2010 [citado 13 Nov 2017] 25(6):318-320. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-calidad-vida-laboral-profesionales-salud-S1134282X10001168>
10. Sonnenfeld A. Liderazgo ético: La sabiduría de decir bien. Madrid. Ediciones Encuentro 2010. P 206.
11. Muñoz V. Asertividad [Internet]. Concepción: 2012 [citado Dic 02 2017]; Disponible en: https://www.victoria-andrea-munoz-serra.com/COACHING_INTEGRAL/ASERTIVIDAD.pdf
12. Moreno C. Claves para el liderazgo ético. Capital humano, revista para la integración y desarrollo humano[Internet] 2004; [Citado el 02 diciembre de 2017]; (183) 84-89. Disponible en: <https://tinyurl.com/y7a69odr>

Capítulo 4

DILEMAS Y DECISIONES ÉTICAS EN ENFERMERÍA

DOI: 10.25100/peu.907.cap4

 *María Ximena López Hurtado*

maxilopez43@gmail.com

Introducción

Es de todos conocido que las condiciones actuales de los ambientes de trabajo de desempeño del profesional de Enfermería le implican dilemas éticos para la realización y cumplimiento de las múltiples tareas y le exigen de manera permanente la toma de decisiones con sentido ético.

El enfermero está inmerso en la ejecución de tareas complejas en los diferentes roles asumidos. En las prácticas clínicas se enfrenta diariamente a experiencias dolorosas como el sufrimiento de las personas, la muerte —incluso aquellas evitables—, la atención de personas en estado crítico o paliativo, que hace que se produzca mayor desesperanza, se generen angustias, temores y desgaste emocional, situaciones que le producen, de manera continua, dilemas y le exigen tomar decisiones para cumplir cabalmente todas las responsabilidades.

La tensión y los conflictos inherentes, la exigencia de la disciplina al personal a cargo, el déficit de materiales, equipos y diferentes dispositivos esenciales para el cuidado, las presiones de tiempo, el exceso de trabajo administrativo, el descenso en la valoración social de la profesión de Enfermería, la pérdida de control y autonomía sobre el trabajo y la falta de apoyo entre los colegas, son otras condiciones generadoras de conflicto en el ejercicio profesional del enfermero, que hacen más compleja la toma de decisiones en la relación enfermero-sujeto de cuidado.

Este contexto y estas condiciones son fuente permanente de dilemas éticos y de toma sistemática de decisiones en la ejecución de las acciones de cuidado integral, donde el enfermero debe encontrar en un primer momento en sus vivencias y aprendizajes personales y laborales, diferentes formas o maneras de abordar las situaciones cotidianas y contingencias fundamentadas en un profundo sentido ético.

Diferentes autores conceptualizan los dilemas y decisiones éticas en el ejercicio del profesional de Enfermería relevando su importancia, fundamentados en el conocimiento personal del enfermero.

Dilemas éticos en Enfermería: ¿qué son?

La dimensión ética, inherente al ejercicio de cuidado de enfermería, incluye decidir sobre los dilemas que se presentan y, para su resolución, debe considerarse un consenso, un debate y una reflexión que apunte a cumplir los principios éticos de la profesión, cuyo fin es el ser humano en su dignidad como persona¹.

¿Qué son los dilemas éticos? Son conflictos entre dos o más principios éticos con alternativas insatisfactorias, sin existir una decisión correcta². Son problemas o cuestiones éticas sin solución aparente, que deben ser resueltos a la luz de la deliberación, del análisis o negociación de las diferencias y puntos de vista éticos, para llegar a un consenso en la solución. Surgen cuando hay dos o más valores éticos en conflicto y el profesional se enfrenta a dos o más alternativas de actuación posible y válida. El problema resulta confuso, en su abordaje no se puede aplicar la lógica, el sentido común o la intuición para tomar una decisión y sus soluciones influyen de manera importante sobre los grupos humanos³.

El dilema ético apela al respeto de los principios éticos fundamentales⁴, y debe superar la intuición, esto favorece la toma de la decisión correcta; el enfermero tiene que pensar en la más correcta para las personas, desde la reflexión y el análisis, evaluándola desde los principios éticos, pero también desde los resultados de la acción y la responsabilidad moral frente a las consecuencias de la misma¹. Los principios son generales y los conflictos éticos son particulares.

En la práctica concurren situaciones, desde un conflicto de principios éticos, por ejemplo: beneficencia y autonomía; un conflicto de valores, por ejemplo: el valor de la vida y el respeto a los bienes del otro; conflicto de evidencias, por ejemplo: el deseo del paciente y lo que quieren los familiares; conflictos de ética personal y las obligaciones del rol profesional; conflicto entre ética y ley⁵.

En la actualidad la gestión de la seguridad del paciente concurre con la aparición de eventos adversos donde se identifican problemas técnicos, procesos no documentados, afares y otras circunstancias que afectan la calidad del cuidado de enfermería. En este sentido, el dilema se presenta cuando el profesional decide ocultarlo, no reportarlo.

Se plantean disyuntivas puestas en conjunto: lo decide en su autonomía enfrentado a la consecuencia del daño causado (no maleficencia). Lo importante es evaluar el daño, respetando la dignidad y la seguridad de la persona y la de los pacientes⁶.

Sin embargo, en un primer momento de reflexión para los abordajes de un dilema ético, el enfermero debe conocerse y cuidarse personalmente, encontrarse consigo mismo desde unas condiciones de conexión con su ser, de trascendencia permanente sobre su existencia y el servicio a través del hacer y brindar cuidados, lo que se convierte en una gran fortaleza y estrategia de afrontamiento para avanzar y lograr su visión y misión personal y profesional en el ejercicio de enfermería.

El conocimiento personal es un proceso dinámico que significa llegar a convertirse en un ser total y, así mismo, poder valorar al otro como un todo. Es la base de las expresiones de autenticidad, de ser genuino, lo que a su vez es esencial para una relación de cuidado con una meta de bienestar en mente. Es extensivo en tanto nos hace asequibles y nos permite comprender la experiencia del otro. Le da un significado compartido a la interacción.

Luego, al reunir toda la información relevante del caso, considerando la perspectiva del paciente, la familia, la institución y los aspectos sociales, examinando y determinando los propios valores ante la situación en conflicto, verbalizando el problema, considerando las posibles vías de actuación, negociando el resultado, que requiere confianza en el propio punto de vista y respeto y atención a todos los puntos de vista, para un consenso bioético que integre a cada una de las personas que participan en su resolución, para finalmente evaluar las decisiones y tomar acciones acertadas¹.

Decisiones éticas en Enfermería: ¿qué son?

La toma de decisiones es una realidad a la que se enfrenta el enfermero de manera cotidiana ante las diferentes situaciones de conflicto, de complejidad variada, algunas habituales otras difíciles o inesperadas, algunas complejas otras sin mayor dificultad, que le exigen madurez y preparación para tomar la decisión correcta, reconociéndose que la elección está influenciada por valores.

En la toma de una decisión ética se debe considerar primero qué pretende ser: ¿un medio o un fin?, y luego determinar qué existe de bueno o de malo en los medios y en el fin. La decisión no es ética si existe un mal mayor en el medio o en el fin². Una enfermera que necesita administrarle un medicamento a un paciente para tratarle una infección, puede tomar prestada la dosis de la reserva de otro paciente mientras se suministra de la farmacia, pero no estaría bien hacerlo si ella sabe que el medicamento no está disponible y que en la institución está desabastecido.

Garzón⁷ describe que la toma de decisiones éticas es un proceso y que no es un asunto fácil, pues cada situación es única, singular y particular, que exige un análisis propio y una reflexión crítica para manejar los dilemas éticos de manera pertinente; se conjugan la autonomía, la autodeterminación y la responsabilidad de las consecuencias fundamentadas en el principio de la dignidad de la persona y en sus derechos.

Basso-Musso¹ presenta seis pasos para el análisis de los casos que son considerados dilemas éticos:

1. La descripción de todos los hechos del caso, asegurándose de investigar, aunque no esté directamente presente en el caso, para que sea relevante para su solución.
2. La descripción de los valores (metas, intereses) de todas las partes involucradas en el caso: médicos, enfermeros, pacientes, familiares, personal del propio hospital y personas de la sociedad.
3. El conflicto principal de valores o cuál es el o los valores principales amenazados.
4. La determinación de las posibles medidas que podrían proteger el mayor número de valores en el caso.
5. El consenso en la elección de una forma de actuar.
6. La defensa de la decisión tomada, a partir de los valores que la fundamentan.

La gestión de enfermería en el cuidado asistencial integra varios componentes éticos, que enfrenta al enfermero consigo mismo, con la institución de salud, con sus colegas y con el entorno en general;

le exige un equilibrio permanente, formación, experiencia y habilidad para hacerse las preguntas y reflexiones éticas, para tomar las decisiones éticas correctas, buscando la mejor alternativa y hacer el razonamiento correcto, fundamentado en valores, principios y argumentos éticos.

Dilemas y decisiones éticas y el cuidado de Enfermería

La enfermería es un arte y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o un escultor, pero ¿cómo pueden compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las bellas artes, casi diría la más bella de las bellas artes.

Florence Nightingale

En la provisión de cuidados de enfermería se reconoce la probable ocurrencia de eventos adversos, ante los cuales surgen dilemas y toma de decisiones para su resolución, asumiendo diferentes conductas por parte del profesional implicado, siendo la más frecuente la de no informar al paciente ni a las áreas de calidad sobre su ocurrencia, por temor a ser reprendido o despedido, a dañar la historia laboral, a perder el respeto de los colegas o porque considera que no merecen ser reportados⁸; esta actuación vulnera los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, según la Ley 911 de 2004, capítulo I, Artículo 2⁹; daña la confianza en la relación enfermero-sujeto de cuidado, y sugiere que los intereses del primero prevalecen sobre los del segundo; se pueden considerar como un antecedente grave en el establecimiento de responsabilidad legal, ética o administrativa. Por el contrario, informar al paciente sobre el evento adverso sucedido, respeta los principios éticos antes enunciados⁴.

Los errores en el cuidado se pueden dar por la falla en el uso de tecnologías en salud; el deber de cuidado incluye entonces inspeccionar su estado y

mantenimiento previo a su empleo, seguir las instrucciones de uso y solamente con los propósitos previstos, notificar los daños, recibir entrenamiento en el uso de instrumentos de mayor complejidad y responder de forma oportuna a las alarmas de monitoreo¹⁰. Es un deber ético del enfermero notificar sobre las deficiencias que vulneren la seguridad de los pacientes, no solo por su deber de cuidado, sino por las responsabilidades éticas y legales en el caso del evento adverso prevenible.

Reflexiones finales

En Enfermería, cada situación y cada caso son diferentes y no es predecible determinar cuál es la decisión ética correcta. Se hace imprescindible fundamentar la toma de la alternativa, en el análisis cuidadoso de la información objetiva, pues siempre hay variables nuevas presentes en cada conflicto, sopesando cuál le dará el mejor resultado, como también considerar las consecuencias de la decisión.

Ante los dilemas éticos y su análisis, se requiere negociar las diferencias no solo del enfermero sino de los integrantes del equipo de salud, del paciente y de la familia, la incorporación de las ideas conflictivas y un esfuerzo por respetar las diferencias. Las habilidades de diálogo, capacidades para la comunicación y la actitud respetuosa frente a los demás, son elementos esenciales para la discusión, análisis y argumentación durante el proceso de toma de decisiones éticas⁷.

Para la adopción de decisiones acertadas de índole ética, el enfermero puede apoyarse en algún método, modelo o protocolo que le sirva de guía y lo conduzca al discernimiento moral, que garantice a los pacientes y a sus familiares que han sido tomadas tras la debida reflexión.

Finalmente, la toma de decisiones éticas permite revisar nuestros actos frente a los dilemas éticos enfrentados en el ejercicio profesional y fortalece la coherencia entre nuestra forma de pensar y de actuar.

Referencias

1. Basso-Musso, L. Enfermería y la resolución de los dilemas éticos. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2012 [citado 10 julio 2017]; 30(2):260-268. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224306013>.
2. Marriner-Tomey, A. *Gestión y dirección de enfermería*. 8.^a ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
3. Torres, R. *Glosario de Bioética*. Centro de estudios de Bioética. Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba. La Habana: Publicaciones Acuario Centro; 2001, p. 29-31.
4. Gómez, AI y Espinosa, AF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. *Cuidar es pensar*. Aquichan [Internet]. 2006 [citado 10 julio 2017]; 6(1):54-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160107>
5. Suárez, M, Téllez, E, Jasso, ME y Hernández, ME. La bioética y la praxis de la enfermería [Internet]. 2002 [citado 10 julio 2017]; 72 (1): 286-290. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2002/acs021bc.pdf>
6. Villarreal, E y Visbal, G. Dilemas éticos. *Salud Uninorte* [Internet]. 2013 [citado 10 julio 2017]; 29(1):113-123. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81728689013>.
7. Garzón, N. Toma de decisiones éticas. En: *Sección de Publicaciones. Cátedra Manuel Ancizar ética y bioética*. Universidad Nacional de Colombia; 1.^a ed. Bogotá, p. 171-190. 2001.
8. Anonymous. How nurses perceive mistakes. *Nursing* 2004; 34(11): 34.
9. Ley 911 de 2004. Bogotá: Ministerio de Salud; 2004.
10. Rodríguez N y Herrera J. Iatrogenia relacionada con el acto de enfermería: diagnóstico en las unidades de cuidado intensivo de adultos. *Enfermera Actual*. *Enferm.* [Internet]. 2003 [citado 10 julio 2017]; 7(1): 8-14. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-71/enfermeria7104-iatrogenia/>

Capítulo 5

COSTEO DE UN PROCESO ÉTICO-DISCIPLINARIO. EJERCICIO

DOI: 10.25100/peu.907.cap5

 Nancy Landazábal García

nlandazabal@hotmail.com

Introducción

La iniciativa de realizar este ejercicio se derivó de una serie de cuestionamientos alrededor de cómo se distribuía el presupuesto del Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental para lograr el cumplimiento de sus funciones, teniendo en cuenta que algunos departamentos aportan presupuestos precarios que comprometen el cumplimiento de la función delegada por el Estado. En varias secciones de Sala Plena, tras un ejercicio cuidadoso de las magistradas, se llegó a la conclusión de que para tener un referente seguro de cómo se estaba realizando la actividad principal de este Tribunal (el estudio de procesos), era necesario hacer un estudio de costos.

Un estudio de costos sirve para conocer cuál es el valor aproximado de determinadas actividades, productos o servicios. Dicho valor depende de la cantidad de recurso que se utilice en la producción o en la adquisición del bien o del servicio. Es necesario conocer los costos, entre otras cosas, para establecer si la cantidad y la calidad de insumos utilizados fueron las correctas, o fueron mayores o menores frente a un estándar o cantidad "correcta" ya establecida y presupuestar la cantidad de dinero necesaria para la producción o adquisición de un servicio y determinar presupuestos¹.

Existen diferentes metodologías o modelos para la medición de los costos. La selección depende de las necesidades y el objetivo que se pretende lograr con el costeo, en general, se encuentra más orientado al tema de costos de producción.

En esta instancia, el siguiente paso era determinar el modelo que pudiera proveer el medio para costear el proceso ético disciplinario, adecuado a las necesidades y objetivos definidos. Debido a que no hay antecedentes de estudios de costos de procesos, fue necesario recurrir al análisis y consulta de posibilidades hasta obtener la mayor afinidad con el modelo de Costos Basados en Actividad (Activity-Based Costing - ABC, por sus siglas en inglés) o Costeo Basado en Actividades, alternativa que permitió realizar el costeo a cada una de las etapas procesales del estudio de un proceso ético disciplinario en el ejercicio de la profesión de Enfermería, para llegar a un costo total de dicho estudio. Vale la pena aclarar que el ejercicio se realizó con lo que sería *un proceso estándar*, teniendo en cuenta los términos procesales de ley y que el desarrollo del proceso se lleve sin ningún retraso ni dificultad.

Objetivos

- Determinar el costo de un proceso estándar ético-disciplinario en sus diferentes etapas.
- Contar con información para determinar el costo real de los procesos.
- Proveer insumos para identificar diferencias entre el costo estándar y el costo real.
- Disponer de datos concretos sobre gastos y costos de los procesos.

Justificación

Los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, en cumplimiento de una función delegada por el Estado, fueron instituidos como autoridad para conocer los procesos disciplinarios ético-profesionales y sancionar las faltas deontológicas, Ley 911 de 2004, Artículo 39². Para dar cumplimiento al fin encomendado, es esencial contar con los recursos económicos necesarios que permitan ser eficientes en el estudio de procesos, garantizando el debido proceso y actuando con celeridad y oportunidad.

El estudio del proceso ético-disciplinario de los profesionales de Enfermería, como razón de ser de los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, merece un mayor conocimiento de lo que a nivel presupuestal significa contar con datos concretos sobre gastos y costos derivados del estudio de procesos y con base en esta información determinar la eficiencia de los tribunales en dicho estudio. Hasta el momento actual no se conocen ni se encuentran en la literatura revisada estudios sobre el costo de procesos éticos disciplinarios en el ejercicio de la profesión de Enfermería a nivel regional y nacional, constituyéndose este en el primer escrito de este ejercicio.

La administración del presupuesto es una función trascendental para los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, que dependen de los aportes de las Gobernaciones que los integran, como fuente única de ingresos y su sostenimiento depende de las partidas asignadas y el cumplimiento en los desembolsos.

Los presupuestos aprobados para los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería son cada vez más insuficientes, por lo cual conocer el costo de un proceso estándar ético-disciplinario permi-

tirá determinar si el presupuesto asignado por los diferentes departamentos, específicamente en este caso los que componen la región del Tribunal Su-rocidental, comparado con el número de procesos de cada uno de ellos, alcanza a cubrir dicho costo y así lograr oportunidad en la emisión de los fallos, eficacia en la gestión y eficiencia en el manejo de los recursos asignados.

Modelo de costos ABC (Costeo Basado en Actividades)

El modelo de costos ABC o Costeo Basado en Actividades, fue el que más se ajustó al objetivo que se pretendía alcanzar, que era obtener el costo del estudio de un proceso estándar ético-disciplinario en el ejercicio de la profesión de Enfermería, en el cual se realizan una serie de actividades a las cuales se les puede determinar costo tanto por quien realiza la actividad como por los recursos que se utilizan para desarrollarla y así llegar finalmente a una conclusión de dicho proceso. La actividad está definida como: "La actuación o conjunto de actuaciones que se realizan en la empresa para la obtención de un bien o servicio"³.

Al realizar este ejercicio se aborda la necesidad de dar al manejo presupuestal del Tribunal un enfoque gerencial, mediante la aplicación del modelo de costos ABC, que amplía el conocimiento de las fases del proceso, desagrega actividades, mide el costo y el desempeño de cada una de ellas, fundamentado en el uso de recursos, así como organizando las relaciones de los responsables de cada actividad, con lo cual podría realizarse una redistribución de los recursos, en aras de optimizar la producción y administrar eficientemente los recursos disponibles.

Partiendo de la premisa de que "Lo que no se costea no se evalúa, y lo que no se evalúa, ni se controla ni se mejora"⁴ en un ambiente donde los recursos son precarios se debe hacer con marcada racionalidad su distribución para poder cumplir con los objetivos trazados. En el método ABC "No son los productos sino las actividades las que causan los costos"⁵, su metodología se basa en que "primero acumula los costos indirectos de cada una de las actividades de una organización y después asigna los costos de actividades a productos,

servicios u otros objetos de costo que causaron esa actividad”³.

Con este estilo de costeo se conocen los costos del producto por fase de producción, obteniendo así la posibilidad de evaluar cada etapa de fabricación independientemente, identificando las características de cada uno, para planear acciones de mejora.

En resumen, este método “Permite conocer el flujo de las actividades, de tal manera que se pueda evaluar cada una por separado y valorar la necesidad de su incorporación al proceso, con una visión de conjunto”⁵.

Pasos para aplicar el diseño de un buen sistema ABC al proceso ético-disciplinario de Enfermería

1. *Identificar las actividades:* Se tomó un proceso ético-disciplinario de Enfermería como estándar, al cual mediante la técnica de desagregue, se le describen los pasos desde la recepción de la queja hasta que quede en firme el fallo, nombrando cada paso o secuencia de pasos como actividad.
2. *Identificar los conceptos de costos de las actividades:* Se tuvo en cuenta como variable fundamental el tiempo utilizado en la ejecución de la acción, materiales, equipo y servicios utilizados. El tiempo fue calculado en cada paso de la actividad.
3. *Determinar costos generados por quienes realizan la actividad:* Se realizó el cálculo del valor por minuto del desempeño de cada una de las personas (magistradas, abogada-tesorera, contadora, auxiliar administrativa, auxiliar de servicios generales) en las actividades y se multiplicó por el tiempo en minutos que duraba la realización de la actuación.
4. *Asignar los costos a las actividades:* Para la asignación de costos a las actividades se utilizó un flujograma de la actividad, lo cual permitió medirlas cuantitativamente. Para cada actividad se totalizan los valores arrojados por cada paso, teniendo el costo del tiempo del recurso humano más los costos de los materiales, equipos y servicios utilizados, obteniéndose así el valor de la actividad.
5. *Asignar los costos de las actividades a los materiales:* Se contabilizaron los costos generados en insumos y materiales. Para los servicios públicos, según el uso en tiempo, se promedió el valor dependiendo de lo utilizado en cada actuación. En equipos se promedió el valor de uso del equipo de acuerdo con el tiempo en que es utilizado en cada actuación. Para los servicios externos (mensajería, gastos notariales, etc.) se contabiliza el requerimiento en cada actuación.
6. *Asignación de los costos directos a los productos:* Los montos de todas las actividades que constituyen el proceso fueron sumadas y este resultado es el valor del producto; es decir, el costo del proceso estándar ético-disciplinario de Enfermería.

Ejercicio

Para el presente ejercicio se hizo una revisión de todos los procesos estudiados en el Tribunal Departamental Ético de Enfermería de la Región Suroccidental y se tomó como base el tiempo de duración de cada uno de ellos, seleccionando los de mayor y los de menor duración. Como los tiempos eran tan variables, se decidió hacer el ejercicio tomando cada una de las etapas del proceso con los términos de ley para definir un valor y posteriormente poder comparar si los procesos que se han estudiado tienen ese mismo valor o si se encuentran diferencias por mayor o menor valor. Se tuvieron en cuenta tanto costos directos como costos indirectos y los valores utilizados fueron del año 2016.

Metodología

El modelo ABC en su implementación requiere algunos requisitos para poder organizar las actividades, por ello la exigencia de conformar un manual de procedimientos en el cual cada procedimiento debe tener definido:

- a. Propósito.
- b. Alcance.
- c. Descripción del procedimiento.
- d. Diagrama de flujo.
- e. Costos ABC (por actividad).

Costos que se tuvieron en cuenta

Para realizar el costo de cada una de las etapas del proceso ético-disciplinario se tuvieron en cuenta los siguientes costos:

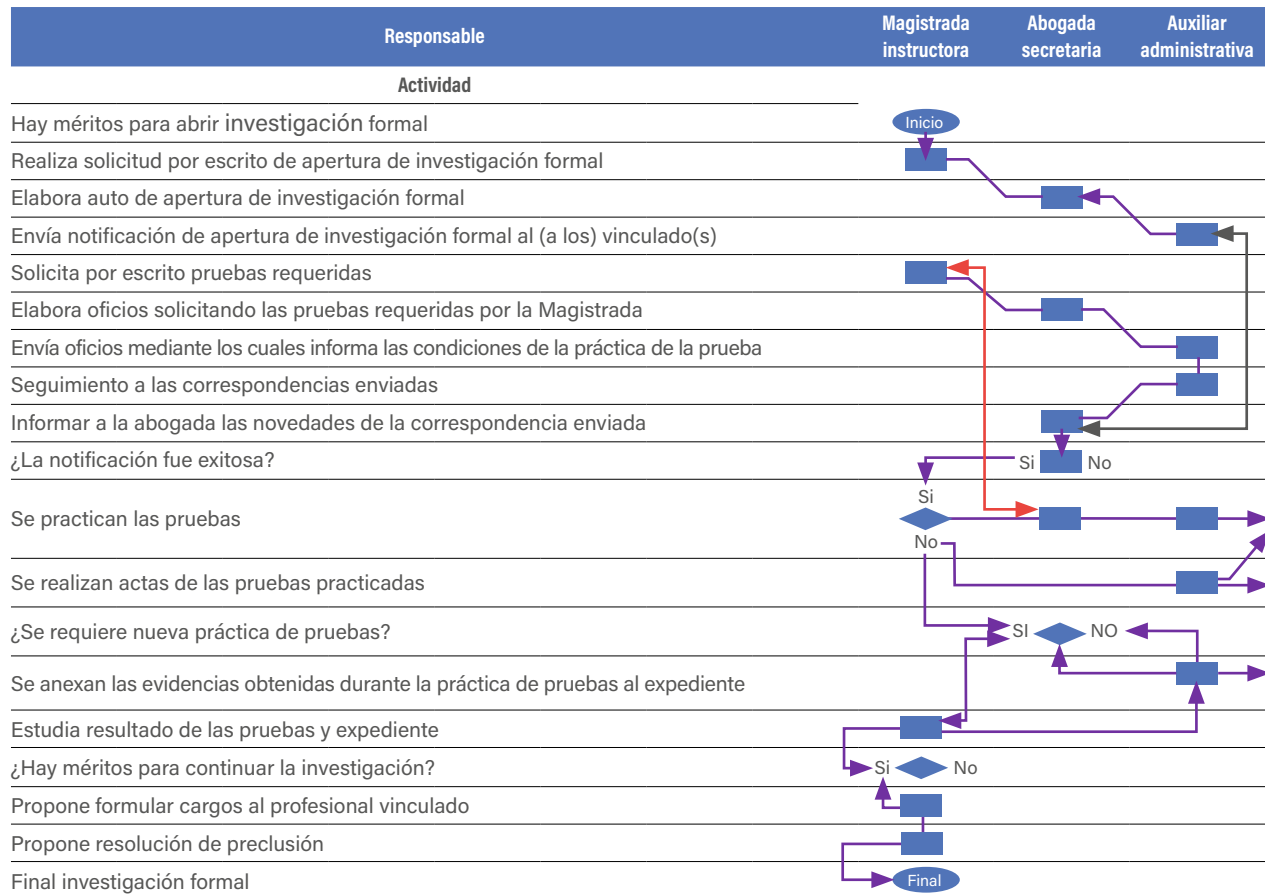
- Gastos de personal: salarios y honorarios.
- Gastos fijos: servicios públicos, arrendamiento, equipos.
- Gastos variables: materiales e insumos, servicios externos como mensajería.

A manera de ejemplo se transcribe el costo de la etapa de investigación formal. Igual ejercicio se hizo para cada una de las etapas del proceso para poder llegar a un costo total del estudio de todo el proceso ético-disciplinario.

Manual de procedimientos

Procedimiento: Investigación formal - Costo: \$669.394

1. Propósito: Realizar la investigación de un profesional de Enfermería identificado, cuando existen méritos para vincularlo a la investigación.
2. Alcance: Departamentos del Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Huila, Caquetá y Putumayo.
3. Descripción del procedimiento: "Comienza con la resolución de apertura de la investigación en la que además de ordenar la iniciación del proceso, se dispondrá a comprobar sus credenciales como profesional de enfermería, recibir declaración libre y espontánea, practicar todas las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos y la demostración de la responsabilidad o la inocencia deontológica de su autor y partícipes"².
4. Diagrama de flujo:



Convenciones

Actuación  Verificación  Inicio o final 

Costos ABC

Costos directos e indirectos de la investigación formal

En la Tabla 5.1 se realiza el cálculo de los costos de la investigación formal de un proceso estándar sin ningún tipo de alteración en su normal curso.

Los costos pueden ser directos cuando corresponden a los costos de los pasos que son exclusivos para esta actividad y costos indirectos cuando la actuación o el conjunto de actuaciones también tiene que ver con otras actividades.

Tabla 5.1. Cálculo de los costos de la investigación formal de un proceso estándar.
Tribunal Departamental Ético de Enfermería - Región Suroccidente Costos generados por los operadores de la actividad investigación formal

Vigencia 2016

N°.	Actuaciones	Responsable	Tiempo utilizado en la actuación	Unidad de cálculo	Valor minuto según operador	Total valor actuación	Total valor actividad
1	Solicita por escrito apertura de investigación formal	Magistrada instructora	30	Minutos	231	6.930	
2	Solicita pruebas		60	Minutos		13.898	
3	Practica versión libre		120	Minutos		27.796	
4	Practica declaraciones		180	Minutos		41.694	
5	Realiza estudio de pruebas		1.440	Minutos		333.552	
Valor por operador n°. 1			1.830 minutos (30,5 horas)				\$423.870
1	Elabora auto de apertura de investigación formal	Abogada-Tesorera	30	Minutos	357	10.710	
2	Participa en versión libre		120	Minutos		42.916	
3	Participa en declaraciones		180	Minutos		64.374	
Valor por operador n°. 2			330 minutos (5,5 horas)				\$118.000
1	Elabora oficios para solicitud de documentos	Auxiliar Administrativa	60	Minutos	110	6.656	
2	Elabora oficios para citación del profesional		30	Minutos		3.300	
3	Elabora oficios para citación a testigos		30	Minutos		3.300	
4	Realiza llamadas telefónicas para obtención de pruebas - seguimiento correspondencia		60	Minutos		6.656	
5	Folea y archiva documentos del proceso		180	Minutos		19.968	
6	Acta de versión libre		120	Minutos		13.312	
7	Acta de declaración de testigos		180	Minutos		19.968	
Valor por operador n°. 3			660 minutos (11 horas)				\$ 73.160
1	Ornato y aseo de las áreas y oficinas	Auxiliar Servicios Generales	600	Minutos	47,8	28.680	
2	Atención a los clientes internos y externos		60	Minutos		2.868	
Valor por operador n°. 4			660 Minutos (11 horas) minutos (11 horas)				\$31.548
VALOR TOTAL POR OPERADORES			58 horas				\$646.578

Para realizar este ejercicio la unidad de cálculo fue el minuto y a cada persona se le contabilizaron los minutos que utiliza en cada actividad. Se calculó el valor por minuto de cada persona que realiza la actividad, de acuerdo con el valor del salario mensual y honorarios promedio al mes. El total de minutos utilizado en cada actividad se multiplicó por el valor del minuto calculado para cada persona y luego se sumaron los valores obtenidos de cada una de ellas, para obtener el costo total de las personas que realizan las actividades el cual corresponde a \$646.578. En el procedimiento de investigación formal las personas que realizan las actividades utilizaron 3.480 minutos; es decir, 58 horas. Los otros gastos pendientes por costear corresponden a gastos generales como materiales, insumos, equipos y servicios públicos, para cuya contabilización se tuvieron en cuenta los tiempos de utilización versus el costo del minuto del uso de cada uno de ellos (Tabla 5.2).

Tabla 5.2. Gastos Generales según ítem y tiempo utilizado

Ítems	Valor minuto	Tiempo utilizado (minutos)	Valor total por gasto
Canon arriendo	18,51	660	\$12.216,6
Administración oficina	5,43	660	\$3.583,8
Servicios públicos	9,27	660	\$6.118,20
Cafetería. Materiales y equipos de oficina	1,36	660	\$897,6
Total gastos			\$22.816

Finalmente se suman los gastos derivados del costo de las personas que realizan las actividades (\$646.578) más los gastos generales (\$22.816) para un valor total de gastos para el procedimiento de investigación formal de \$669.394.

Costo de un proceso estándar ético-disciplinario por etapas

Esta misma metodología se aplicó a cada una de las etapas del proceso ético-disciplinario. En la Tabla 5.3 se encuentran los resultados.

Tabla 5.3. Valor de cada etapa del proceso estándar ético-disciplinario y costo total.

Etapas del proceso	Valor
Radicación	\$ 19.501
Reparto	\$ 24.661
Investigación preliminar	\$ 667.484
Resolución inhibitoria	\$ 653.113
Investigación formal	\$ 685.271
Resolución de preclusión	\$ 653.113
Resolución de cargos	\$1.176.799
Diligencia de descargos	\$ 362.063
Fallo	\$ 921.470
Costo total	\$5.163.475

El costo total de un proceso estándar ético disciplinario en el cual se surten todas las etapas hasta llegar a un fallo sancionatorio es de \$5.163.475, con valores calculados del año 2016 y cumpliendo términos legales.

Conclusiones

- Con esta metodología se conoce el valor total de un proceso estándar ético-disciplinario y por etapas.
- Los costos más altos están a partir de la apertura de la investigación preliminar.
- A partir de la apertura de la investigación preliminar, el costo es muy semejante en cada una de las etapas excepto en la etapa de *Resolución de cargos*, que es la que tiene mayor costo.
- El presupuesto asignado por algunos departamentos no alcanza a cubrir el valor de un proceso estándar.

Referencias

1. Gerencie.com [Internet]. Colombia: Gerencie; 2017 [actualizado 22 sep 2017; citado 8 oct 2017]. Que es el costo y para que se mide [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.gerencie.com/que-es-el-costo-y-para-que-se-mide.html>
2. Ley 911 de octubre 5 de 2004. Diario oficial, n.º 45693, 6 de octubre de 2004.
3. Monografías.com [Internet]. Madrid: Monografías.com S.A.; 2006 [actualizado 19 abr 2006; citado 6 nov 2017]. Costeo ABC – Contabilidad de Costos [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: www.monografias.com/trabajos31/costeo-abc/costeo-abc.shtml.
4. Costosabc.com [Internet]. México: Costosabc; 2015 [actualizado 18 oct 2015; citado 1 de nov 2017]. Sistemas de Costos Capacitación y consultoría. ¿Porque cambiar a COSTOS ABC? [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.costosabc.com>
5. Monografías.com [Internet]. Madrid: Monografías.com S.A.; 2005 [actualizado 3 may 2004; citado 6 nov 2017]. Costos ABC-M [aprox. 13 pantallas]. Disponible en: www.monografias.com/trabajos15/abc-costos/abc-costos.shtml

Capítulo 6

IMPLICACIONES ÉTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

DOI: 10.25100/peu.907.cap6

 *Sonia Quebradas Jiménez*

soquebradas@gmail.com

Introducción

Hablar de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) ha sido y continúa siendo un tema álgido en Colombia y muy sentido entre las mujeres, por generar un debate que muchas veces confunde lo moral, lo político y lo ético. En los últimos años se han logrado algunos avances, en medio de posiciones moralistas esbozadas aun desde las estructuras de poder, en las que no debiendo hacerlo, por tratarse de un Estado laico, se defienden posiciones de creencias más de realidades, que atañen a las personas encargadas de cimentar de manera legal un derecho que se discute como de las mujeres, dentro de los derechos humanos: El derecho a decidir sobre su cuerpo.

El reconocimiento político de la necesidad de que las mujeres puedan acceder a la IVE tiene mucho que ver con la participación de Colombia en las diferentes conferencias mundiales sobre la mujer, donde se tratan las múltiples situaciones que incluyen los temas de salud sexual y reproductiva como lo definido en los principios de El Cairo (Egipto) en 1994¹, y el consenso de Montevideo de agosto de 2013 donde, entre otros aspectos, se acuerda: "Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia"²

"El aborto es una de las causas directas de muerte evitable y se relaciona con el embarazo no planeado, las múltiples barreras de acceso y con las barreras para el ejercicio del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en los casos previstos por la Sentencia C- 355 de 2006 promulgada por la Corte Constitucional"³. Según estadísticas del Ministerio de Salud y Protección Social, "el embarazo no planeado es un grave problema de salud de las mujeres dado que una de cada dos mujeres se enfrenta a una maternidad no elegida y más de la mitad de las mujeres embarazadas (el 52 %) reporta no haber planeado o no deseado el embarazo en ese momento"⁴. Visto así, es claro que las mujeres en esta situación deben enfrentar un dilema, en el que están obligadas a escoger, decisión nada fácil, que requiere el apoyo y el profesionalismo de quienes las atienden, razón que justifica la necesidad de avanzar en la comprensión, acompañamiento y lucha a favor de las mujeres antes que asumir la posición de juez contra quienes, por diversas circunstancias, se ven obligadas a enfrentar el drama de interrumpir un embarazo.

Colombia, durante los últimos 60 años, ha venido transitando por una condición de violencia declarada, en un conflicto armado que tomó el cuerpo de la mujer como botín de guerra, violaciones fundamentalmente en la ruralidad, las habituales violencias generadas por relaciones de poder entre hombres y mujeres en las que prima el poder patriarcal, que las re-victimiza, y el derecho que tiene la mujer a decidir sobre su cuerpo, son argumentos suficientes para que el asunto en torno a la IVE tenga vigencia como respuesta una problemática urgente por resolver, en épocas en que los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos cobran mundialmente una importancia especial.

Según Prada E, Sinng L, en su libro Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias, el 44% de los embarazos no planeados en Colombia terminan en un aborto inducido lo que se traduce en unos 400,400 abortos inducidos cada año⁵. Esta situación no solo genera impacto sobre los recursos de salud, cada vez más limitados, sino que con frecuencia enfrenta a los servidores de funciones públicas a situaciones que no siempre son fáciles de resolver, y compromete la salud y la vida de las mujeres que acuden a los servicios de salud, ya sea por demanda oportuna o con las complicaciones resultantes de las limitaciones al acceso.

Hoy, cuando se cuenta con un marco legal que favorece la interrupción bajo tres causales muy específicas: en caso de violación, cuando está comprometida la salud del feto o cuando está comprometida la salud de la mujer, según Sentencia C-355 de 2006³, aún sigue siendo insuficiente el goce del derecho para muchas mujeres, especialmente las que se encuentran en mayor vulnerabilidad y continuamente deben enfrentarse a barreras en el acceso a las opciones reproductivas. Tal situación la expresa de manera muy elocuente la doctora Cristina González Vélez, cuando señala: "El único camino posible para evitar las muertes por abortos que se practican clandestinamente en forma insegura amparados en la situación de ilegalidad, para evitar la inequidad que se deriva de esta misma ilegalidad y para recobrar el sentido de la norma y propender el ejercicio pleno de la autonomía reproductiva de las mujeres y las condiciones para ejercer

sus derechos sexuales y reproductivos, es buscar la legalización del aborto en forma definitiva"⁶.

El profesional de enfermería frente a la IVE

La comprensión y sensibilización de los profesionales de la salud y, específicamente, del profesional de Enfermería frente a los derechos de los usuarios y, en particular, en el tema de la IVE, es un tema todavía no acabado y que por estar relacionado con algo tan sensible como tomar la decisión voluntaria y responsable de no continuar con la gestación, debe motivar a quienes asumen la responsabilidad de velar y cuidar la salud de otros, como es el caso de las enfermeras, a propender por que ocurra el mínimo de abortos posibles, pero que de ocurrir, sean legales y seguros.

La violencia física o psíquica que podría ser ejercida por el personal de salud, que sin proponérselo podría dar un trato poco solidario, cobija no solo al médico, sino también al personal que forma parte del proceso de atención, desde el momento en que a la usuaria que estando incluida en las causales para la IVE no se le da a conocer el derecho que la asiste o cuando de manera verbal y abierta ella manifiesta su interés por la interrupción.

Atenderlas de manera comprensiva y de acuerdo con los derechos de las usuarias es fundamental para la toma de decisiones saludables y responsables. El no dar la explicación a los interrogantes que presentaren, no hacerlo de manera cierta e imparcial, no dar explicación a los procedimientos que se deben realizar, o no brindar la información completa y veraz, son un claro reflejo de violación a los derechos de la paciente y falta de humanización y respeto para quien demanda el servicio.

El Artículo 4 de la Ley 266 de 1996, que reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia, define entre sus principios: "la individualidad, que orienta a asegurar un cuidado de enfermería que tenga en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende sin ningún tipo de discriminación"⁷. Igualmente, el Artículo 10 de la Ley 911 de 2004, establece que "el profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos,

especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía⁸. Siendo así, los profesionales de Enfermería que se ocupan de las pacientes están llamados a informar sobre el derecho, los riesgos y el modo de reducirlo, defender la seguridad y comunicar los acontecimientos adversos según lo definido por la Comisión Internacional de Enfermeras (CIE)⁹.

Aunque la IVE es un derecho como cualquier otro, requiere despojarse de concepciones personales para generar confianza, seguridad, integridad y comunicación abierta entre pacientes y prestadores de servicios, buscando siempre favorecer con profesionalismo a quienes ante su imposibilidad de atenderse a sí mismas, se ponen en sus manos, exponiendo el más sagrado de todos los derechos: la vida propia, la de su familia y la comunidad; identificándose en esa intimidad, que la liga inexorablemente con la solidaridad y la práctica fuerte y viva del concepto de humanidad.

La objeción de conciencia, en la presencia de un derecho como la IVE, podría convertirse en limitante para el acceso, por lo que la misma Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-585/10¹⁰, reiteró que está prohibido a las EPS e IPS, públicas o privadas, laicas o confesionales, sentar objeción de conciencia institucional e imponer obstáculos o exigir mayores requisitos a los exigidos en la Sentencia C-355 de 2006³ frente a una solicitud de IVE.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) considera que las enfermeras deben promover los derechos humanos, reconociéndolos como interdependientes e indivisibles con la salud y que los errores humanos en la prestación del servicio se relacionan más por falta de personal, de dotación, baja motivación y falta de capacitación. Esta posición encierra que la falta de condiciones adecuadas para la prestación del servicio se pueden constituir en fallas en la prestación del servicio comprometiéndose sin proponérselo en faltas de atención con calidad. Igual situación se señala en la declaración de posición de las enfermeras del CIE, en función de la enfermera en el cuidado a los prisioneros y detenidos cuando señala: "Los prisioneros y detenidos tienen derecho a cuidados de salud y a un trato humanitario independientemente de su estatuto jurídico"⁹. Es claro, entonces, el compromiso que debe

asumir el profesional como garante de derechos, independiente del servicio a ofrecer, y que las falencias que se presentan, muchas veces relacionadas con los procesos de sensibilización y capacitación, son las que podrían estar dificultando el acceso de las mujeres a un servicio legal como la IVE.

Cada época del desarrollo en la historia de la humanidad ha necesitado que los vinculados a las profesiones, que velan por la salud física y mental, se revistan de características propias del momento de desarrollo en que se den; sin embargo, la solidaridad, la no exclusión, el sentido de humanidad y la vocación en el servicio han sido inamovibles en los vaivenes de los cambios políticos, económicos, sociales y culturales. Esto ha permitido la universalidad de la profesión de Enfermería, independientemente de las condiciones sociales y culturales del sitio donde brinde sus servicios como profesional; total: mientras exista el dolor humano se requerirá el servicio y la Enfermería estará allí para dar respuesta a las necesidades de cuidado, con sólidas bases científicas.

El modelo actual de Seguridad Social en Salud¹¹, caracterizado por fragmentación en la prestación de los servicios, con múltiples barreras de acceso que limitan la autonomía del usuario y la atención integral y oportuna, establece en sus lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente de los regímenes contributivo y subsidiado, como un derecho para el usuario el poder disfrutar y mantener una comunicación plena y clara con el personal de salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, y siendo la IVE un procedimiento relativamente nuevo, que genera discusión, debería ser atendido con el mayor profesionalismo.

En el protocolo de atención para IVE se enuncia: "Una de las principales barreras para el acceso a la IVE ha sido la dificultad de los profesionales de la salud y de la rama judicial para reconocer y aceptar los casos dentro de las causales establecidas en la Sentencia"¹². Comprender, con una mirada amplia y contextualizada, desde el concepto moderno de la salud, es una urgencia para todos los profesionales de la salud, sobre todo cuando de una IVE se trata. Las enfermeras, como responsables del cuidado, están llamadas a facilitar este proceso, pues

es evidente que en esta situación generalmente se encuentran de manera inequitativa las mujeres, con vulnerabilidades de todo tipo.

Las demoras en autorizaciones, el exigir requisitos diferentes a los definidos en la Sentencia y retrasar la prestación del servicio, es generar no solo angustia para la demandante del derecho sino riesgos para su salud. El dilatar, posponer, remitir, exigir exámenes más allá de los considerados en el protocolo, las puede llevar a procedimientos más complejos y de mayores riesgos para su salud e incrementar costos para las instituciones, que cuando se actúa tempranamente.

Una mirada retrospectiva a la dinámica de la historia evidencia la incorporación de costumbres que en su momento parecerían inalterables, inmutables y que se llamaron naturales, que poco a poco desafiaron aun en lo cultural (métodos anticonceptivos, formas y maneras de dar a luz, baños o no frente al manejo de enfermedades, diversidad sexual, orientación frente a la crianza de los hijos, etc.), invitan a reflexionar en cómo cambian las concepciones y siguen su devenir, al punto que hoy nadie se atrevería a no reconocer la necesidad de estos avances para el mundo moderno.

La Enfermería como profesión, que avanza y asume nuevos desafíos, necesariamente conlleva interrogantes, en los que es necesario seguir profundizando a partir de la práctica profesional: ¿Cómo asumen las enfermeras en ejercicio el compromiso de informar y acompañar a las usuarias frente al IVE?, ¿cuál es su compromiso frente a las concepciones propias y de las demás profesionales del equipo de salud?

Cualquier respuesta a estos interrogantes, necesariamente lleva a consideraciones éticas que individualizan el pensar y el sentir de cada profesional como los siguientes: ¿Cómo no violar la intimidad humana?, ¿cómo velar por esas vidas?, ¿cómo cuidar de ellas sin equivocarse?, ¿cómo no asumir esa trasgresión desde lo que se cree y se piensa tan íntimamente y tener que postular lo dicho por una ley que se asume superior, muchas veces (casi siempre) alejada de la realidad del diario vivir y, sobre todo, del caso particular que se atiende?, ¿confrontar acaso a las autoridades que norman desde lo político, social y religioso?, ¿asumir una voz de testigos

y no de pensadoras?, ¿lo personal no se desconecta de lo colectivo ni lo privado de lo político?

La IVE es un asunto sin terminar, es un proceso frente al que la enfermera debe asumir un compromiso mayor, amparada en la legislación y en la solidaridad propia de quienes en el día a día se ponen en sus manos, esperando respuestas ciertas a sus problemas de salud física, mental, social y espiritual.

Enfermería: retos éticos en defensa de la salud y de la vida de las mujeres

Las enfermeras han estado presentes en la guerra y en la paz, aportando a la solución de los problemas sanitarios, con vocación de servicio. De aquí que cuanto se expresa en estas líneas, desde la humildad del querer y del sentir, de lo vivido y recogido en la experiencia del diario trajinar, se tenga en cuenta como eso: la expresión de lo elemental del día a día.

El nuevo director general de la OMS, en una intervención durante el Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras (2017), manifestó su gratitud a la profesión de Enfermería, reconociendo su inestimable contribución y sacrificios en primera línea de los servicios de salud en todo el mundo. Así mismo, puso énfasis en el papel clave que desempeña el liderazgo de enfermería a la hora de aportar atención sanitaria de calidad y asequible a las comunidades en todo el mundo. Estas afirmaciones tan sentidas de la máxima autoridad de salud convoca a una reflexión sobre el quehacer frente a los retos en materia de salud, y siendo la IVE un asunto aun en discusión, sin que se haya develado plenamente el alcance de la necesidad de su aplicación, merece que no solo se piense, sino que se actúe en concordancia con la necesidad de avanzar en la cobertura, la oportunidad, la seguridad y la calidad del servicio, en la defensa de un derecho que presenta muchos detractores. Las enfermeras pueden ser aportantes en esas diferencias, siempre al lado de las usuarias.

Objeción de conciencia en IVE

La objeción de conciencia es la negativa del individuo, por razones de conciencia, al cumplimiento de una obligación que, en principio, le resulta jurídica-

mente exigible. Con ella no se pretende justificar el incumplimiento de los mandatos legales por la satisfacción de un capricho o un interés egoísta, sino que se busca la protección del derecho fundamental de libertad de conciencia. La Corte Constitucional, al hallarse frente a dos derechos: la objeción de conciencia y la IVE, que pudieran ser optativos y soportar el contradecirse y, en últimas, llegar a reñir con el derecho a la salud, a la dignidad, a la autonomía, a la posibilidad de asumirlo frente a un embarazo, legalizó mediante la Sentencia T-388 de 2009 la posibilidad de que un profesional de la salud optara por el derecho a la objeción de conciencia, sin perjuicio para la usuaria, que puede asumir su derecho a la IVE de un no objetante, para practicar la interrupción de un embarazo en las circunstancias cobijadas por la ley¹³.

El profesional autorizado (médico), si bien puede ejercer la objeción de conciencia, debe remitir la paciente a otro profesional o institución, para garantizarle el derecho.

Según lo definido en la misma Sentencia, solo es posible reconocerlo a personas naturales, de manera que no pueden existir clínicas, hospitales o centros de salud que presenten objeción de conciencia a la práctica de un aborto cuando se reúnan las condiciones señaladas en la Sentencia. En lo que respecta a las personas naturales, no se trata de poner en juego la opinión del médico en torno a si está o no de acuerdo con el aborto, y tampoco puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres; por lo que, en caso de alegarse por un médico la objeción de conciencia, debe proceder inmediatamente a remitir a la mujer a otro profesional o institución que pueda garantizarle la atención.

Es claro, entonces, que ambos derechos están regulados por la ley, que no se excluyen, que debe priorizarse la atención a la mujer en situaciones de urgencia y que no puede negarse la atención, optando por objeción de conciencia, pero sobre todo que pueden asumirse con la debida proporcionalidad.

Si bien es cierto que no es la enfermera quien autoriza o no la IVE, la situación de poder que ocupa en el ámbito institucional podría constituirse en un momento dado en factor definitivo en el acceso al

goce efectivo del derecho de quien lo demanda, ya sea por acción o por omisión, facilitando o entorpeciendo, exponiendo su modo de pensar y de sentir o simplemente en estricto cumplimiento de la orientación institucional, al no realizar suficientemente lo requerido para que quien lo solicite logre consolidar su decisión de una manera libre y responsable.

En este orden de ideas, la falta de claridad frente al deber en una profesión autónoma que lo compromete a actuar frente a la sociedad como garante de derechos, podría ser definitivo en la actuación con quien opta por interrumpir o no su proceso de gestación en condiciones legítimas.

Los primeros encuentros institucionales de la comunidad frecuentemente pasan por el profesional de Enfermería, mucho antes incluso de quienes tienen la responsabilidad de definir, pero son estos momentos de confianza, de acompañamiento y de cuidado, los que usualmente definen no solo la toma de decisiones, sino que afianzan la seguridad de las mujeres, que en muchas ocasiones deben acudir solas a los servicios de salud.

El cuidado de enfermería y la objeción de conciencia

El compromiso con el cuidado de enfermería frente al otro implica para el profesional no solo estar actualizado en aspectos legales y académicos, sino enfrentarse a su sentir y a su pensar con el deber ser, recordando el mandato legal de asumir posiciones siempre al lado de quienes más lo necesitan. Como bien refieren Vélez y Vanegas:

“El cuidado tiene su génesis en la subjetividad humana, y se consolida a partir de la intersubjetividad, como el acto que regresa al ser humano mismo o que trasciende a otras personas. De tal manera el cuidado tiene su origen en el sujeto mismo, pero no solo como instinto sino como reconocimiento de la propia existencia”¹⁴.

El consentimiento informado, veraz, oportuno, que garantice la toma de una decisión desde la autonomía, debe considerarse un deber ético, tal como se precisa en el Artículo 2 de la ley deontológica de Enfermería cuando relaciona los principios de *beneficencia, no maleficencia, autonomía, veracidad, soli-*

daridad, lealtad y fidelidad, como orientadores de la responsabilidad deontológica del profesional de la Enfermería en Colombia.

El profesional de Enfermería si bien es cierto no participa de manera directa en la autorización y en el procedimiento según lo avalado por la ley y justificado médicamente, por lo general en casos como la IVE, eutanasia, manejo atípico del dolor, trasplante de órganos, transfusiones, que están inmersas en las posibilidades de ser objetadas por pacientes y personal de salud, sí debe estar atenta y dispuesta a dar el manejo justo y legal, dentro de los protocolos establecidos, que garanticen el derecho del intervenido.

La ley aún no ha avanzado lo suficiente en lo atinente a las realidades en el manejo de un asunto tan evidente. Pero el contexto mundial avanza en el reconocimiento de un derecho que compete a las mujeres en su vulnerabilidad frente a un embarazo no deseado por disímiles y variadas razones. Hacer frente a esta realidad es una constante en las luchas que se dan en el mundo frente a las problemáticas de salud, que debe ser asumida como un asunto de salud pública, y Enfermería como profesión liberal está llamada a adoptar una posición que favorezca la salud y la vida de las mujeres.

La IVE puede representar para el profesional de Enfermería, frente a los médicos, un asunto no siempre fácil de determinar, pero su responsabilidad y compromiso para con las dos partes (usuaria y profesional de la salud), lo hace en un momento dado vulnerable, frente a la actitud que puedan tomar sus superiores cuando hacen uso del derecho de objeción, especialmente cuando no se cuenta con personal médico suficiente para garantizar la oportunidad del servicio; es aquí cuando el profesional embestido de su autonomía deberá apoyarse en principios y valores éticos claramente definidos para la toma de las mejores decisiones, que favorezcan a las mujeres.

La intervención en el derecho ajeno, justificado por apreciaciones o convicciones personales, desconocimiento o simplemente siguiendo patrones institucionales, se puede constituir en barreras o formas de interrumpir el acceso a un derecho como la IVE. De allí la urgencia de asumir la IVE como una

decisión exclusiva de las mujeres, en una sociedad que avanza en asuntos de derechos.

Los procesos de formación, actualización y capacitación para quienes optan por desempeñarse en el campo de enfermería, deben propender por un profesional que valore a las mujeres y reconozca sus derechos sexuales como los más humanos, ligados a la defensa de la vida digna y responsable; los derechos como ciudadanía, como individuos libres y democráticos, como una comunidad defensora de libertades que en última instancia lucha por la plenitud de la vida y la felicidad del ser humano, deben orientar el desempeño de una profesión esencialmente humana como la Enfermería.

Crear dificultades o no facilitar el acceso a la salud es una forma de violencia al interponerse en la búsqueda de soluciones. La información falsa u omisión se constituye en manipulación, al igual que el silencio o las barreras para acceder a exámenes y procedimientos, comentarios que generen ansiedad o depresión cargados más hacia la presentación de los riesgos relacionados con una intervención del embarazo pueden incidir en la toma de decisiones por parte de las mujeres que no necesariamente pudieran ser las más saludables.

En el caso de atención a menores, tal como se precisa en diferentes resoluciones y sentencias, se respetará el interés de la menor frente al de los padres; a la enfermera, como veedora y defensora de personas en condición de vulnerabilidad, le corresponde estar atenta a que sus derechos no sean vulnerados.

Reflexiones finales

Es urgente continuar avanzando en respuestas a problemas reales como la difícil decisión de continuar o no con un embarazo y la IVE sin lugar a dudas es una oportunidad para acompañar a las tantas mujeres que de no obtenerlo de manera legal podrían estar poniendo en riesgo su salud y su vida.

La existencia de factores sociales y valores morales inciden en la interpretación sobre la asequibilidad a un derecho como la IVE, según lo expresado en la Sentencia C-355 del 2006³; esto se evidencia de manera especial en lo referente a la causal salud (las otras dos causales que hacen referencia

a la salud del feto o violación de la mujer ,podrían brindar elementos más objetivos para decidir y defender) por lo que Enfermería deberá estar atenta a que cualquier decisión del profesional se sustente en criterios técnicos, de derechos humanos y éticos. Las creencias personales y las convicciones religiosas no pueden ser el fundamento para impedir o retrasar el acceso de las mujeres a la IVE.

Un país con inmensas inequidades como Colombia, insta a la profesional de Enfermería, como líder reconocida del equipo de salud, a asumir posiciones a favor del más desprotegido. El promulgar y favorecer la garantía de los derechos debe constituirse en una prioridad para las enfermeras; atender el llamado de quienes a veces con resignación y otras por convicción o por una de las miles de razones que pueden acompañar una decisión como la IVE, que siempre, pero siempre será difícil, puede ser definitivo para la toma de una determinación libre, saludable y responsable. La enfermera deberá revestirse como defensora de la salud física, mental y social de las mujeres, amparada en la Sentencia que las cobija y las protege.

Referencias

1. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo de junio 8 de 1994. ; (citado el 20 de abril de 2018): Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf.
2. Naciones Unidas, CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo en Montevideo de agosto de 2013(citado el 4 de mayo de 2012. p.13. Disponible en : <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9232.pdf?view=1>
3. Sentencia C-355, [En línea]. Bogotá. Corte constitucional de Colombia. 2006. Revisado 12 de febrero de 2020. Disponible en :<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer.1edición. Bogotá: UNPHA; 2014.p.41-32. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>
5. Prada E, Susheela L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Vol 1.1ª ed. Nueva York: Guttmacher Institute; 2008.p.6-7. <http://www.clacaidigital.info:8080/bitstream/handle/123456789/160/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Gonzales Vélez AC . La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2004 [citado 14 Feb 2013];21(2):624-628. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/30.pdf>
7. Congreso de la República. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996. Disponible en: https://www.mineduacion.gov.co/1759/articulos-105002_archivo_pdf.pdf7.
8. Congreso de la República. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Colombia. Disponible en: https://www.mineduacion.gov.co/1621/articulos-105034_archivo_pdf.pdf
9. Internacional council of nurses. La función de la enfermera en el cuidado a los prisioneros y detenidos. Declaración de posiciones [revista en internet], 2011. [acceso febrero 16 de 2020]; 3:1, Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A13_Cuidados_prisioneros_detenidos-Sp.pdf
10. Sentencia T585 [En línea].Bogotá. Corte constitucional. 2009. Revisado 12 de febrero de 2020. Disponible en: 2010. http://legal.legis.com.co/document?obra=jurcol&document=jurcol_956be6fbc8010e0430a0101518010
11. Congreso de la República de Colombia. Ley 100/ 2004 de Diciembre 23, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social en Colombia, (Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993). Revisado el 12 de febrero de 2020 .Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/base-doc/ley_0100_1993.html
12. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Prevención del Aborto Inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud. Primera edición . Bogotá . 2014.p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/>

Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf.

13. Sentencia T-388. [En línea]. Bogotá. Corte constitucional. 2009. Revisado 12 de febrero de 2020. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-388-09.htm>
14. Vélez C, Vanegas JH. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Volumen 16, No.2, julio - diciembre 2011, págs. 175 189, Manizales. ISSN 0121-7577 (Internet). (citado 2 Feb 2017);1-15. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a13.pdf>

Capítulo 7

SISTEMATIZACION DE QUEJAS, ANÁLISIS Y RESULTADOS

DOI: 10.25100/peu.907.cap7

 **Nancy Landazábal García**

nlandazabal@hotmail.com

 **Sonia Quebradas Jiménez**

soquebradas@gmail.com

Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental (2005-2017)

Introducción

El Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental inició sus labores en el año 2002 y recibió la primera queja en el año 2005, posterior a la promulgación de la Ley 911 de 2004¹. Hasta diciembre de 2017, recibió 121 quejas, las cuales fueron investigadas a la luz de la mencionada Ley.

El código de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, establece el régimen disciplinario correspondiente y contempla en sus tres primeros Títulos aspectos relacionados con:

- Título I: Principios y valores éticos del acto de enfermería.
- Título II: Fundamentos deontológicos del ejercicio de la enfermería.
- Título III: Responsabilidad del profesional de enfermería en la práctica.

El análisis de las quejas, se enmarcó en los tres Títulos anteriores que se refieren a la declaración de principios y valores éticos, el acto de cuidado, las condiciones para el ejercicio de la enfermería, las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado, con los colegas y otros miembros del recurso humano en salud, con las instituciones y la sociedad, en la investigación y la docencia y con los registros de enfermería.

Con las situaciones presentadas por los quejosos y dentro del marco de la Ley 911 de 2004, se clasificaron las conductas que presuntamente implicaban al profesional de enfermería, sistematizando la información, con el fin de determinar los aspectos más frecuentes que motivaban las quejas y así contribuir a un mejor ejercicio profesional.

Analizar las situaciones que conducen a errores en la práctica, permite concientizar al profesional en la responsabilidad deontológica del ejercicio de la enfermería en los diferentes ámbitos del desempeño.

Análisis de quejas recibidas

Para el análisis del material obtenido de las quejas presentadas en el periodo comprendido entre el año 2005 al 2017, se hizo la tabulación, a partir de la información que reposa en los archivos del Tribunal.

El haber realizado un análisis retrospectivo desde las quejas iniciales, ha permitido reconocer los avances y ganancias, en términos de poder precisar con mayor claridad, los artículos de la Ley 911 de 2004 vulnerados con mayor frecuencia y orientar propuestas para disminuir las faltas deontológicas.

Tabla 7.1. Quejas recibidas, por departamento (2005-2017)³

Departamento	Procesos	%
Valle del Cauca	79	65,28
Huila	17	14,04
Nariño	11	9,09
Cauca	9	7,43
Caquetá	1	0,82
Putumayo	0	0,00
Devueltos al Tribunal Nacional por competencia	3	2,47
Acumulados	1	0,82
TOTAL	121	100

En la Tabla 7.1, se presenta el número de quejas recibidas de cada departamento de los que conforman el Tribunal Departamental Ético de enfermería Región Suroccidental desde el año 2005, en que se recibió la primera queja, hasta diciembre de 2017. Como se puede observar, el mayor número de quejas corresponde al departamento del Valle del Cauca, con un porcentaje de 65,28%; seguido del departamento del Huila, con un porcentaje de 14,04%; Nariño, con un 9,09%; Cauca, con 7,43% y Caquetá con 0.82%. Llama la atención que del Departamento de Putumayo no se ha recibido ninguna queja, a pesar de que este Departamento entró a formar parte del Tribunal Departamental de Ética de Enfermería de la región Suroccidental en diciembre del año 2005. En estos porcentajes puede estar influyendo la ubicación de la sede del Tribunal Región Suroccidental, que desde su inicio está ubicada en la ciudad de Cali, capital del Valle del Cauca. En este periodo fueron devueltas al Tribunal Nacional 3 quejas (2,47%) pues no eran competencia del Tribunal de la Región Suroccidental y 1 (0,82%) fue acumulada a una queja que ya se tenía por la misma causa y en la misma institución.

Tabla 7.2. Quejas según frecuencia (2005 - 2017)³

Tipo de queja	Frecuencia	%
Maltrato a paciente o familiares *	23	19,66
Técnica inadecuada en la realización de procedimientos	19	16,23
Administración de Medicamentos	16	13,7
Ausencia o Demora en la atención	14	11,96
Maltrato Laboral	9	7,7
Otros	9	7,7
Muerte menor	8	6,84
Irregularidades en la atención del Triage	5	4,27
Presunto Abuso Sexual	4	3,42
Falsedad en Documento	4	3,42
Caída de Paciente	3	2,56
Irregularidades Administrativas en la atención Home Care	2	1,7
Violación Secreto Profesional	1	0,85
TOTAL	117	100

* Se refiere a comentarios o acciones que el paciente o familiar interpreta como agravio, ofensa, insulto, humillación, injuria, ultraje.

Como se observa en la tabla 7.2, del total de quejas las más frecuentes tienen que ver con maltrato al paciente o a sus familiares, con un 19,66%, seguida por la técnica inadecuada en la realización de procedimientos, con un 16,23%, la administración de medicamentos, con un 13,7%; y la ausencia o demora en la atención, con un 11,96%. Estas cuatro quejas, suman el 61,55% del total de quejas, lo cual representa un alto porcentaje y permite identificar y orientar acciones para disminuir las presuntas faltas en que incurren los profesionales de enfermería. Es importante tener en cuenta que en un 45,29% de las quejas están involucradas auxiliares de enfermería, sobre todo en las que tienen que ver con maltrato al paciente o a sus familiares, técnica inadecuada en la realización de procedimientos, administración de medicamentos, ausencia o demora en la atención y muerte de menor. En algunas de estas quejas,

después de iniciar el proceso deontológico y hacer apertura de investigación preliminar, se pudo comprobar que no había profesionales de enfermería implicados.

La sistematización de la información anterior, se realizó siguiendo el método tradicional donde las quejas se clasificaban según lo manifestado específicamente por el quejoso y se identificaba o no, la presunta falta ética.

Tabla 7.3. Responsabilidades Deontológicas de Enfermería según Ley 911 de 2004. Artículos presuntamente vulnerados (2005 - 2017)²

Responsabilidades deontológicas de Enfermería	Artículos presuntamente vulnerados
Con los sujetos de cuidado	9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18
Con sus colegas y otros miembros del Recurso humano en salud.	19,20,21
Con las instituciones y la sociedad	23, 24, 25
En la investigación y docencia	32, 33
Con los registros de enfermería	35, 37, 38

Como se puede observar en la Tabla 7.3, en el total de quejas recibidas en este Tribunal, el mayor número de artículos presuntamente vulnerados, están relacionadas con los sujetos de Cuidado, en los artículos 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Estos artículos están relacionados con los principios éticos definidos en la Ley 911 de 2004, entre ellos los de Beneficencia y No-Maleficencia, las condiciones para el ejercicio de la enfermería y los requisitos básicos, el déficit de las condiciones para el ejercicio de la enfermería, la responsabilidad del profesional por el cuidado o por la administración del cuidado, el deber del profesional de enfermería de respetar y proteger el derecho a la vida, la garantía de cuidados de calidad a quienes reciben los servicios, la administración de medicamentos, la actitud del profesional de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información con el sujeto de cuidado, hacer pronósticos o evaluaciones con respecto a diagnósticos, procedimientos, intervenciones o tratamientos prescritos por otros profesionales,

atender las solicitudes del sujeto de cuidado dentro de su competencia profesional, proteger el derecho de las personas a la comunicación y mantener lazos afectivos con la familia y el secreto profesional.

También se analizó la frecuencia con que se vulnera cada uno de los artículos.

Tabla 7.4. Artículos presuntamente vulnerados, según frecuencia (2005 - 2017).

Artículos	Frecuencia	%
9	95	32,3
11	86	29,2
10	41	13,9
16	37	12,5
14	16	5,4
19	9	3,0
20, 21	4	1,3
37, 24	3	1,0
13, 23, 25,35, 38	2	0,6
15, 17, 18, 32, 33	1	0,3

En la Tabla 7.4, se puede observar que, en las 117 quejas recibidas, los artículos presuntamente vulnerados con más frecuencia relacionados con los sujetos de cuidado son el Artículo 9 en el 32,3% de las quejas, el Artículo 11 en el 29,2%, el Artículo 16 en el 12,5%, el artículo 10 en el 13,9 y el Artículo 14 en el 5,4%.

En relación con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud, los Artículos presuntamente vulnerados con más frecuencia son el 19, en el 3,0% de las quejas, el 20 y 21, en el 1,3%.

En cuanto a la responsabilidad del profesional de enfermería con las instituciones y la sociedad, en la investigación y la docencia y con los registros de enfermería, los artículos presuntamente vulnerados se presentan en el 2,9% de las quejas.

Si se tiene en cuenta que el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión y es en las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado donde se encuentra el mayor porcentaje de artículos presuntamente vulnerados, es claro que corresponde profundizar desde diferentes instancias en el proceso de formación y desempeño de los profesionales.

Tabla 7.5 Quejas de maltrato y artículos presuntamente vulnerados (2005 - 2017).

Queja de maltrato	Frecuencia	%	Tipificación
Maltrato a paciente o a sus familiares	23	71,87	Artículos 1, 9, 10, 11, 14, 16
Maltrato laboral	9	28,13	Artículos 19, 20, 21
TOTAL	32	100	

Al clasificar las quejas relacionadas con el maltrato (Tabla 7.5), se encuentra que el 71,87% corresponden a quejas en las cuales el paciente o el familiar se han sentido maltratados y, de acuerdo con la Ley 911 de 2004 se estarían presuntamente vulnerando los artículos 9, 10, 11, 14 y 16 que tienen que ver con la afectación a los derechos, a la dignidad humana y a lo relacionado con el acto de cuidado y como se analizó en la tabla anterior tienen un alto porcentaje de frecuencia.

Estos artículos hacen referencia a: Artículo 1: Respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos sin ningún tipo de discriminación; Artículo 9: El respeto y protección del derecho a la vida; Artículo 10: Abogar por que se respeten los derechos, especialmente los de quienes pertenecen a grupos más vulnerables; 11: Garantizar cuidados de calidad a quienes reciben los servicios.

Es de resaltar, que cada vez se cuenta con un ciudadano más informado y empoderado de sus derechos; por lo tanto, los familiares juegan un papel primordial en el proceso de atención, quienes en su condición de acompañantes pueden generar expectativas que no siempre pueden ser resueltas, aspectos que debe tener en cuenta el profesional en el proceso de atención, y más hoy, cuando las condiciones y estilos de vida, sumados al sistema de salud preponderantemente sustentado en aspectos económicos y de contratación, priorizan criterios diferentes a los técnicos.

El otro 28,13% de las quejas por maltrato, corresponde a situaciones relacionadas con el trato laboral, ya sea con colegas, otros profesionales o personal auxiliar. En estos casos se estarían presuntamente violando los artículos 19, 20 y 21 del Código Deontológico que se refieren al trato respetuoso que está obligado a brindar el profesional de Enfermería al equipo de trabajo.

De estos artículos, el presuntamente violado con más frecuencia es el 19 en el 100% de los casos, el cual hace referencia a que las relaciones del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros deberán fundamentarse en el respeto mutuo, independiente del nivel jerárquico. Le siguen en proporción los artículos 20 y 21, con un porcentaje de 42,85% cada uno, que hacen referencia a: Artículo 20: El profesional de enfermería se abstendrá de censurar o descalificar las actuaciones de sus colegas y demás profesionales de la salud en presencia de terceros; y el Artículo 21: Evitar la competencia desleal entre profesionales.

Tabla 7.6. Quejas de administración de medicamentos y artículos presuntamente vulnerados (2005 - 2017).

Administración de medicamentos	Frecuencia	%	Tipificación
Inyección IM	9	56,25	Artículos 1, 9, 11, 13, 16
Aplicación de vacunas	4	25	
Líquidos EV	3	11,53	
TOTAL	16	100	

En relación con la tercera causa más frecuente de quejas que es la administración de medicamentos, el 56,25% corresponde a inyecciones intramusculares (IM); el 25% a aplicación de vacunas; y el 11,53% a administración de líquidos endovenosos (EV). (Tabla 7.6).

Los artículos presuntamente vulnerados con mayor frecuencia son el 9 y el 11 en el 93,75% de las quejas, y tienen relación con el deber del profesional de Enfermería de respetar y proteger el derecho a la vida, su dignidad e integridad y el deber de garantizar cuidados de calidad. Los artículos 13 y 16, aunque presuntamente vulnerados en menor proporción, tienen que ver directamente con la administración de medicamentos. El 13 está relacionado con exigir la correspondiente prescripción médica y el 16 con atender las solicitudes del sujeto de cuidado.

Es importante tener en cuenta que en el 62,5% de estas quejas, el medicamento fue aplicado por auxiliares de enfermería, situación que corresponde con la competencia certificada al personal auxiliar de enfermería.

Si bien el profesional de enfermería no es el responsable directo del hecho, hay que analizar que la Ley 266 de 19963, entre las competencias definidas para el profesional de enfermería hace referencia a:

- Art 17. Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
- Art 19. Punto 4. Los profesionales de enfermería dirigirán, controlarán y evaluarán los servicios de enfermería.

Entre sus deberes se mencionan:

- Art. 20: Orientar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería y del personal que intervenga en su ejecución.

De acuerdo con lo anterior y mirándolo a la luz de la ley de 266, si es responsabilidad del profesional estar atento al desempeño del personal a su cargo y a las quejas que puedan generarse como resultado de la prestación de las actividades delegadas. No bastan los procesos de certificación que validan la competencia para que el personal auxiliar de enfermería asuma responsabilidades directas de atención y administración en los programas asignados. Este tipo de quejas debe generar análisis y planes de mejoramiento, por un lado, en la supervisión, seguimiento y control y, por otro lado, en la formación del personal auxiliar.

Tabla 7.7 Fallos de los procesos (2005-2017)³

Tipo de fallo	Total	%
Resoluciones inhibitorias	72	61,53
Resoluciones de preclusión	15	12,82
Resoluciones sancionatoria	8	6,83
Resoluciones de prescripción	6	5,12
Procesos vigentes	16	13,67
Total procesos	117	100

Después de abrir investigación a las 117 quejas recibidas, se observa en la Tabla 7.7 que en el 61,53% se profirió Resolución Inhibitoria, lo cual quiere decir que no hubo falta deontológica cometida por algún profesional de Enfermería. En el 12,82% Re-

solución de Preclusión, que quiere decir que a pesar de que se identificó un profesional de Enfermería en la presunta falta deontológica, dicha falta no se cometió. En el 6,83% se profirió fallo sancionatorio que, a pesar de ser un porcentaje bajo, son 8 profesionales de Enfermería a los cuales se les hizo algún tipo de sanción de las establecidas en la Ley 911. En el 5,12% se dictó Resolución de Prescripción, es decir que vencieron los términos, la mayoría de ellos por haber llegado la queja al Tribunal con muy poco tiempo para surtir todas las etapas del proceso deontológico. La ley 911 de 2.004 en su artículo 70, define que la acción deontológica disciplinaria profesional prescribe a los 5 años, contados desde el día en que se cometió la última acción u omisión constitutiva de falta contra la deontología profesional. Es pertinente señalar que el quejoso puede radicar su inconformidad en otras instituciones y estas hacerla llegar al Tribunal Departamental Ético de Enfermería después de transcurrir un tiempo. La prescripción también se puede dar por la tardanza en obtener respuesta a la solicitud de pruebas por parte de las instituciones o testigos involucrados en la queja. A 31 de diciembre de 2017 el 13,67% de los procesos, se encuentran en curso; es decir, en alguna de las etapas investigativas.

Después de surtir todas las etapas del proceso ético-disciplinario a las 117 quejas recibidas, en la Tabla 7.8 se muestran los 8 fallos sancionatorios. Se concluye que fue un profesional de enfermería quien cometió la falta y se define la sanción a la luz de la Ley 911 de 2.004. Según la tabla, los artículos vulnerados son 9, 11, 16, 19, 20, 35 y 38. El artículo vulnerado en el mayor número de fallos es el 11 en el 50% de los fallos, que tiene que ver con garantizar cuidados de calidad; así mismo, los Artículos 35 y 38 relacionados con los registros de enfermería; el Artículo 16, relacionado con la atención de las solicitudes del sujeto de cuidado; y los Artículos 19 y 20 que tienen que ver con las relaciones del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud.

Teniendo en cuenta que en el 62,5% de los fallos, la falta está relacionada con las responsabilidades con los sujetos de cuidado, se concluye que es de suma importancia replantear y fortalecer desde lo ético, los procesos de formación en este componente.

Tabla 7.8. Faltas a la Deontología. Fallos sancionatorios. (2005 - 2017).

N° proceso	Queja	Falta a la deontología según TFDE	Artículos violados de la Ley 911	Sanción
36	Quemadura recién nacido	II. Acto de cuidado de enfermería IV. Registros de enfermería	8 y 35	Amonestación escrita de carácter público. Ejercicio pedagógico de capacitación sobre "Actualización en el protocolo del baño del recién nacido"
41	Atención inadecuada a menor de edad en traslado en ambulancia	II. Acto de cuidado de enfermería IV. Registros de enfermería	11 y 38	Primera instancia: Censura escrita de carácter público Segunda instancia: Amonestación escrita de carácter privado
47	Dispensación de medicamento a menor de edad en dosis subterapéuticas	II. Acto de cuidado de enfermería	11 y 16	Amonestación escrita de carácter privado
48	Maltrato laboral	V. Docencia, investigación, equipo de trabajo y colegas	19 y 20	Amonestación verbal de carácter privado
49	No realizó el registro oportuno de un medicamento	IV. Registros de enfermería	35 y 38	Amonestación verbal de carácter privado y ejercicio pedagógico de capacitación sobre "Responsabilidad del personal de enfermería en los registros de enfermería"
76	Registro en la historia clínica de visitas domiciliarias que no se realizaron	II. Acto de cuidado de enfermería IV. Registros de enfermería	11 y 38	Amonestación escrita de carácter privado
84	Maltrato laboral	V. Docencia, investigación, equipo de trabajo y colegas	19 y 20	Amonestación escrita de carácter privado
95	Falta de prudencia y diligencia al no verificar la falta de un medicamento	II. Acto de cuidado de enfermería	11	Amonestación verbal de carácter privado

Reflexiones finales

El análisis de las quejas más frecuentes, a la luz de los artículos del Código Deontológico de Enfermería más vulnerados, permitió elaborar unas reflexiones finales, para contribuir a la disminución de faltas y brindar un cuidado de Enfermería, acorde a las responsabilidades del profesional de Enfermería en la práctica definidas en la Ley 911, para lo cual es necesario:

1. Abordar desde cualquier intervención el respeto por los derechos humanos, debe ser una prioridad para el Profesional de Enfermería.
2. Continuar fortaleciendo el componente de humanización en la prestación de los servicios y el respeto por la dignidad humana, con enfoque de derechos en todas las instancias en que se desempeña el profesional de Enfermería.
3. Fortalecer las relaciones con las instituciones formadoras del recurso humano en

donde el concepto de lo ético sea una constante en todo el currículo.

4. Sensibilizar a docentes de las Instituciones de formación para el trabajo (Técnicos laborales en Enfermería) frente a su responsabilidad deontológica en la formación del talento humano.
5. Incluir en la formación universitaria del profesional de Enfermería, la Ley 911 de 2004, acordando espacios académicos con intervención de las Magistradas del Tribunal de Ética de Enfermería.
6. Socializar las quejas recibidas en el Tribunal y que este sea el tema central en las capacitaciones que se adelantan en cada departamento. Taller de análisis con sus propios casos.
7. Elaborar materiales educativos con temas alusivos al trato humanizado.
8. Continuar con las actividades de socialización de la ley 911 de 2004 en los diferentes departamentos de la región suroccidental y

en espacios y en los cuales participe la sociedad civil.

Desafíos

Con el análisis realizado, es indiscutible que el Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental, se enfrenta a unos retos o desafíos que lo lleven no solo a posicionarse como uno de los Tribunales de Ética más reconocidos en la región, con autoridad para realizar el proceso deontológico disciplinario de las quejas recibidas en las cuales se encuentre vinculado un profesional de enfermería, sino también, a impactar en la disminución de las faltas a la deontología, brindando un acto de cuidado a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano sujeto de cuidado, la familia o grupo social en las distintas etapas de la vida, la situación de salud y el entorno, tal como menciona el Artículo 3 del mismo código cuando señala el acto de cuidado de enfermería como el ser y la esencia de la profesión, a través de:

1. Facilitar el acercamiento permanente con instituciones de salud y profesionales de Enfermería utilizando los diferentes medios de comunicación y nuevas tecnologías, tendiente al reconocimiento de la Ley 911 de 2004 y sensibilización frente a las posibles faltas en las que pueden estar comprometidos los profesionales en el ejercicio o desempeño profesional.
2. Fortalecer las relaciones con las otras organizaciones de Enfermería buscando un trabajo conjunto por la profesión y el gremio.
3. Fortalecer la Gestión desde el Tribunal con el fin de lograr un mayor compromiso de los departamentos que hacen parte de la Región Suroccidental, en la asignación de los recursos económicos, para la movilidad de los Magistrados y generar estrategias de divulgación y empoderamiento de la Ley 911 de 2004 por parte de los profesionales de Enfermería.

4. Generar procesos de cambio e innovación en las instituciones de salud, a partir de lo establecido en la Ley 911 de 2004.
5. Aplicar la Ley 911 de 2004 para fortalecer la unidad de la comunidad de Enfermería, basada en el colegaje, respeto y apoyo mutuo fundamentado en principios y valores.
6. Basados en la Ley 911 de 2004, trabajar en la lucha y defensa de los derechos de todas las personas, familias y comunidades, especialmente las que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad de recibir cuidado de enfermería profesional, con criterios de calidad.

Bibliografía

1. Ley 911 de octubre 5 de 2004. Diario oficial, n.º 45693, 6 de octubre de 2004
2. Tribunal Departamental Ético de Enfermería Región Suroccidental. Archivo de procesos deontológicos ético-disciplinarios. Cali: 2005-2017
3. Ley 266 de 1996. Diario oficial, n.º 42.710, 5 de febrero de 1996
4. MontesV., María Marlene, Valbuena Tenorio, Martha Cecilia, et al. La práctica del deber ser en enfermería. Consideraciones éticas. Universidad Santiago de Cali, 2014

Capítulo 8

EL CONOCIMIENTO Y LA CIENCIA: UN RETO ÉTICO PARA ENFERMERÍA

DOI: 10.25100/peu.907.cap8

 **María Elena Mejía Rojas**

maría.elena.mejia@correounivalle.edu.co

 **Lucy Esmeralda Osorio**

lucyesmeraldaosorioacosta@gmail.com

“La enfermería es un arte y si se pretende que sea un arte requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor, pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las Bellas Artes; casi diría, la más bella de las Bellas Artes”

Florence Nightingale

Pensar en Enfermería como ciencia solo ha ocurrido a partir de los últimos decenios del siglo pasado a través del estudio científico de los fenómenos que integran el cuidado de la salud humana.

Enfermería como ciencia humana

La ciencia que subyace en la disciplina de la Enfermería se ha descrito como una ciencia humana y como tal tiene varias propiedades, cada una de ellas significativa en el modelamiento de su perspectiva y en la selección de estrategias apropiadas para desarrollar el conocimiento. Las siguientes afirmaciones son algunas de las perspectivas señaladas por Meleis¹ :

Una ciencia humana se enfoca en seres humanos como totalidades y busca entender las particularidades en términos del todo.

- Una ciencia humana tiene en su núcleo el entendimiento de las experiencias tal como las viven los miembros.
- Una ciencia humana tiene que ver con los significados tal como los ven y perciben sus miembros. Los significados comprenden a aquellos que se adhieren a respuestas, símbolos, eventos y situaciones.
- Para poder entender significados y experiencias un científico debe entrar en un diálogo significativo con los participantes. La interacción es la fuente suprema de significados y percepciones de las experiencias.
- El alcance de generalización de una ciencia humana es limitado. Se tiene que hacer una generalización dentro de un contexto y por eso las genera-

lizaciones se pueden presentar en términos de patrones.

- Algunas condiciones, situaciones, comportamientos y eventos son reducibles con el propósito de describirlos.

Se concluye que la Enfermería como ciencia humana tiene que ver con las experiencias de los seres humanos y con asuntos de salud y enfermedad. Puesto que estas experiencias son confirmadas por la historia, por los otros significativos, por las políticas, las estructuras sociales, género y cultura, las enfermeras también tienen que ver con la manera como estas perspectivas dan forma a las acciones y a las reacciones de los seres humanos. Precisamente es ese interés lo que hace de la Enfermería una disciplina de práctica que a su vez ayuda a definir su perspectiva¹.

La Enfermería, como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

La ciencia de la Enfermería² se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. Roger en 1967 planteó: "Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional"³.

La Enfermería se ha definido como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano⁴. Es una disciplina joven y en continua estructuración.

La disciplina, como lo plantean Monti y Tingen⁴, constituye una comunidad de interés que se organiza alrededor de un grupo académico o profesional, representa un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar el fenómeno central, que en el caso de Enfermería está relacionado con el cuidado de la salud. Además de los conocimientos la

disciplina involucra el método de la ciencia en su actividad, adaptado a las peculiaridades del objeto disciplinar, un lenguaje propio y una estructura jerárquica estructural del conocimiento⁴.

"La disciplina de enfermería está conformada por la ciencia de enfermería, que constituye el cuerpo de conocimientos científicos que guía la práctica de enfermería, y por los fundamentos profesionales que son los conocimientos acerca de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de la profesión y de la práctica profesional"⁵.

El conocimiento que sustenta la ciencia de Enfermería no ha sido estático; al contrario, ha sufrido grandes procesos evolutivos, partiendo inicialmente de

"acciones derivadas de la cultura familiar y las costumbres para aliviar molestias, heridas, accidentes... en donde se utilizaron elementos y sustancias que derivan de la creencia cultural y que de una u otra forma muestran ser efectivos, hasta llegar a la discusión actual sobre utilización y evaluación de modelos conceptuales y teorías"⁶.

En efecto, el conocimiento de Enfermería se remonta primariamente a las prácticas de cuidado en las sociedades tradicionales, las cuales se relacionaron básicamente con el aseguramiento de la vida, a través de la satisfacción de las necesidades básicas. Dichas prácticas con el paso del tiempo fueron el fundamento de las costumbres y los modos de vida característicos, perpetuados por medio de ritos y creencias. La Enfermería, a pesar de que surgió como ciencia a mediados del siglo pasado, en su etapa pre científica se ha nutrido a lo largo del tiempo con conocimientos que parten del contexto cultural del cuidado. A partir de Florence Nightingale, a finales del siglo XIX, se dieron los primeros intentos de constituir un cuerpo de conocimientos, diferenciándolo del de medicina. Esta definición, a pesar de que fue olvidada en años posteriores, refleja claramente el intento de brindar una conceptualización teórica y dar pautas claras para la investigación y la práctica⁷. Después de un largo periodo, en la década de los cincuenta se reanuda la discusión y se

presentan nuevos aportes al conocimiento de Enfermería, inicialmente con elementos provenientes tanto de las ciencias físicas y biológicas, como de las del comportamiento, humanísticas y sociales, llamadas “teorías prestadas”; y posteriormente con aportes propios creados por las mismas enfermeras, llamados “teorías propias”. Esta construcción del conocimiento de Enfermería ha tenido gran influencia de los enfoques filosóficos preponderantes, tales como el positivismo lógico, la visión paradigmática de la ciencia⁸, y últimamente enfoques filosóficos humanistas.

El positivismo lógico ve la ciencia como un cuerpo de conocimientos que constituyen un valor libre, independiente del científico, obtenido del uso del método científico⁹. La meta del positivismo lógico es explicar, predecir y controlar la naturaleza. En el caso de Enfermería, disciplinas como la fisiología y otras ciencias básicas, son claros exponentes del enfoque positivista lógico. Como crítica a la visión del positivismo lógico, Kuhn¹⁰ introdujo en 1970 la concepción paradigmática de la ciencia. Este enfoque fue el resultado de la falla del método deductivo para alcanzar las metas en la predicción y el control de las ciencias humanas.

“El paradigma es una visión abstracta o perspectiva de una disciplina, un conjunto de creencias sistemáticas, una visión del mundo y una teoría”⁴, compartidos por los miembros de una comunidad científica. De acuerdo con la visión paradigmática, la “ciencia normal” es un proceso ordenado y funcional firmemente basado en uno o más logros científicos pasados que son reconocidos por una comunidad científica. La ciencia normal es un proceso dinámico interrumpido por crisis explosivas intermitentes que revolucionan la ciencia y cambian la dirección del crecimiento dentro y alrededor de los paradigmas disciplinarios. Los valores y creencias son reconocidos como integrales en dirigir el descubrimiento, el conocimiento y la explicación del fenómeno¹⁰.

El desarrollo de la Enfermería como profesión se puede promover mediante medidas que prodigan incentivo en la actividad científica de nuestros profesionales, crecimiento científico, avances en la tecnología y en la ciencia. No debemos llegar a la rutina de nuestro quehacer, a la encapsulación del

pensamiento de Enfermería; y entonces nos preguntamos...

¿Qué nos está pasando con el conocimiento?

El proceso de conocer comienza cuando el ser humano se encuentra con el mundo y empieza a formar parte de él. Se logra a través de la observación, la percepción y la experiencia. Este proceso plantea la necesidad de describir e interpretar los fenómenos circundantes, incluyendo la predicción, con cierto grado de exactitud. Se puede entonces pensar que conocer es un proceso, y que el conocimiento es el producto derivado de dicho proceso⁸.

Además, Benoliel refiere: “Conocer puede interpretarse como ser consciente, de forma particular e individual, de las complejidades de una situación dada y allegar recursos internos experimentados anteriormente para darle significado”⁸. Es difícil expresarlo por el discurso, ya que la experiencia se vive de acuerdo con características únicas y personales. El conocimiento, como producto, se expresa por alguna forma de comunicación, bien sea formal o informal. Según Thomas Kuhn¹⁰, la ciencia no es un proceso de acumulación de descubrimientos e inventos científicos que se realiza de una forma lineal desde un pasado borroso hasta nuestros días. Con el fin de restablecer la ciencia a su lugar, Kuhn elabora una serie de elementos que estructuran su teoría de las revoluciones científicas, cuyo concepto principal es la noción de *paradigma*. Un paradigma no es más que un modelo o ejemplo que una comunidad científica sigue para descubrir los problemas que tiene que resolver, y cómo se van a dar las soluciones. Un paradigma comporta una especial manera de entender el mundo, de explicarlo y manipularlo¹⁰.

En nuestra profesión nos encontramos con muchos paradigmas. Debemos romper con ellos. Es hora de hacer el cambio, de mirar hacia adelante y buscar otras oportunidades. *El Principito*, de Antoine de Saint-Exupéry, es uno de esos libros a los que se vuelve con nuevos rumbos cada cierto tiempo, para renovar promesas hechas al joven comprometido y vibrante que fuimos. Regresamos a él cuando la absorbente maquinaria del mundo, la dinámica de trabajo, el dinero, las influencias y las posesiones, nos han vuelto tan áridos, tan posesivos y tan

inhumanos, que no sabemos si volveremos a estar vivos en otros momentos.

La clave y la importancia de todo es compartir libremente la información. Cada vez más los gobiernos se están dando cuenta de los beneficios del conocimiento libre y de la tecnología abierta que soporta su difusión e intercambio. En nuestro medio observamos archivos digitales, y bibliotecas que cumplen un papel fundamental en la infraestructura de datos abiertos, sobre los que podrán trabajar comunidades y científicas, compartiendo no sólo la información, sino las herramientas necesarias, virtuales tecnológicas y de aplicaciones abiertas.

Cuando no tenemos metas claras en la vida somos como un barco a la deriva, sin rumbo fijo, sin ninguna ilusión; pero cuando de vivir hablamos, hay dos principios únicos: el principio del placer y el de la disciplina. Ambos llevan a un estilo de vida que define nuestro presente y arrastra nuestro futuro. Para lograr ser más, debemos definir metas claras, apoyadas en un buen plan de vida.

Es muy cierto que cada quien lleva su vida como le parece, pero la realidad debe enfrentarse tarde o temprano, y cuando esto pasa, encontramos una serie de dudas sobre cómo definirnos unas metas claras. Hay momentos en que la vida nos dice: "¡Alto!". Es tiempo para la madurez, que por lo general es cuando enfrentamos etapas en la vida que ameritan nuevas metas y otras formas de lograrlas.

Existen dos estilos de vida basados en los principios del placer y de la perseverancia. El del placer suele comprometer nuestra vida con el fracaso y la dependencia familiar. Una persona que tiene este paradigma vive la vida en el presente, y todo gira alrededor del hoy. En cambio aquellos que se caracterizan por la perseverancia, viven alrededor de rutinas establecidas con resultados a mediano o largo plazo, y cada rutina es redefinida en la medida en que se definen nuevas metas.

Es cierto que las metas aseguran el éxito, sobre todo cuando queremos un cambio significativo en nuestras vidas. Estos resultados son progresivos, no inmediatos, algunos a largo plazo.

Si queremos llevar a cabo nuestras metas, debemos tener en cuenta los siguientes pasos:

- Definirlas claramente.
- Fijar un plazo.

- Agruparlas por categorías: personales, de relaciones, de desarrollo profesional.
- Definir el tiempo real, establecer una fecha en particular.

Todos estos parámetros nos llevan a pensar que definitivamente debemos tener unos objetivos claros en nuestro diario vivir para no sumergirnos en metas absurdas y difíciles de alcanzar. Como lo dice Carl Sagan en la película *Cosmos*: "Llevamos 15 mil millones de años de evolución cósmica, y los seres humanos tenemos dos caminos que podemos elegir: el de enriquecer la vida y conocer el universo... o el de autodestruirnos sin sentido"¹¹.

Referencias

1. Meleis A I. *Theoretical Nursing: Development and Progress: Third Edition* 2005. Lippincott – Williams & Wilkins. Philadelphia Chapter 6, p 93-101.
2. León Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer* 2006; 22(4).
3. Kérrouac S. *El Pensamiento Enfermero*. España: Masson S.A.; 1996.
4. Monti E, y Tinggen M. Paradigmas Múltiples de la Ciencia de Enfermería. *Advances in Nursing Science*, 1999, 21 (4), pp. 64 – 80.
5. Durán de V, MM. *Disciplina de Enfermería*. En: *Enfermería Desarrollo Teórico e Investigativo*. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Primera Reimpresión. Unibiblos. Bogotá, 2001, p. 23.
6. Durán de V, MM, de Ruales E. Jerarquía Estructural del Conocimiento, la Escalera de la Abstracción. *Guía de Trabajo n.º 7. La Enfermería como Ciencia: Desarrollo teórico conceptual*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Doctorado en Enfermería, p 4.
7. Durán de V, MM. *Disciplina de Enfermería*. En: *Enfermería Desarrollo Teórico e Investigativo*. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Primera Reimpresión. Unibiblos. Bogotá, 2001, p. 40.
8. Durán de V MM. *Desarrollo Teórico e investigativo*. Primera edición. Bogotá.1998, p 25 - 39.
9. Riegel, B; Omery A, Calvillo E y otros. *Moving Beyond: A Generative Philosophy of Science*. In A. Omery C. E.

Kasper & G. G. Page, In search of Nursing Science. Gayle G. 1995, p 58-71.

10. Kuhn, T. Estructura de las revoluciones científicas Primera reimpresión 2007. México DF. Editorial Fondo de cultura económica, p 1-318.
11. Sagan C. *COSMOS* .Editorial Planeta. Estados Unidos.1997, p 1-575.

Capítulo 9

ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

DOI: 10.25100/peu.907.cap9

 **María Elena Mejía Rojas**

maría.elena.mejia@correounivalle.edu.co

“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 7, 1966

La investigación en las ciencias médicas y sociales involucra seres humanos como participantes en experimentos, encuestas, entrevistas, estudios cualitativos, cuantitativos entre otros.

Existen tres principios fundamentales de la ética en la investigación: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Vemos cómo a través de la historia sucedieron investigaciones con experimentos poco éticos:

- Experimentos nazis en la Segunda Guerra Mundial: resistencia del cuerpo humano al frío hasta que moría la persona, resistencia a grandes altitudes, efectos de la malaria, efectos del gas mostaza, quemaduras por aplicación de fósforo, efectos de las sulfamidas y el agua de mar, ablación de músculos, castración y esterilización, observación directa de la muerte del corazón¹.
- Experimentos en Estados Unidos durante la guerra y años posteriores: Antídotos contra la malaria en prisioneros y pacientes psicóticos; experimentos de vacunación contra la gripe en enfermos mentales.
- En Manchuria, Japón experimentó bárbaramente con prisioneros chinos en la Segunda Guerra Mundial. Se probó la resistencia humana a botulismo, ántrax, brucelosis, cólera, disentería, fiebre hemorrágica, sífilis, rayos x, congelamiento, entre otras.
- La universidad de Vanderbilt (Tennessee, Estados Unidos) llevó a cabo investigaciones con radiaciones a mujeres pobres embarazadas a las que se les daba dosis 30 veces superiores a las consideradas inocuas¹.
- Empleo de la Talidomida (1958). Se usó antes de haber investigado en seres humanos. Se usó como sedante y antídoto para náuseas en las primeras semanas de embarazo. Causó deformidades en 8000 niños.

- En la Segunda Guerra Mundial, bajo el régimen nazi, se cometieron atroces crímenes y se sacrificaron miles de personas en aras de la investigación científica.
- Se usaron enfermos mentales.
- Niños deformes.
- Se hicieron esterilizaciones en masa.
- Se inyectó suero en los ojos de niños para observar los cambios de color.
- Se unieron mellizos para ver si se comportaban como siameses.
- En la ciudad de Nueva York, en 1963, en un hospital judío de enfermos crónicos de Brooklyn, 22 pacientes ancianos fueron inyectados con células cancerígenas, sin su consentimiento, para descubrir la capacidad de rechazo.
- Se suspendieron las licencias a los investigadores y luego se les excusó, quedando bajo vigilancia.
- En Alabama (1932-1972) se realizó un estudio de la historia natural de la sífilis en 400 pacientes negros a quienes no se les informó de su enfermedad y no se les indicó tratamiento con penicilina cuando estuvo disponible¹.
- Los investigadores publicaron 13 artículos en revistas médicas de importancia.
- La investigación concluyó que el estudio había sido "injusto éticamente" y no determinó sanciones. En cambio, se les dijo que tenían "la sangre mala" y se les negó el acceso a tratamiento, aun por años después de que la penicilina se empezó a usar, en 1947.
- Cuando se descubrió lo que había ocurrido en 1972, 28 hombres habían muerto de sífilis, 100 habían muerto de complicaciones colaterales, al menos 40 viudas habían sido infectadas y 19 niños habían contraído la enfermedad al nacer¹.

Evolución del concepto a través de la historia

1. Ética clásica (Hipócrates - médica).
2. Ética en investigación biomédica (Núremberg - jurídica).
3. Bioética en investigación biomédica (Helsinki, CIOMS - médico/social).
4. Bioética en investigación en salud con seres humanos (propuesta OPS - interdisciplinar).

Existen algunas fuentes principales de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas:

NUEVO PARADIGMA: Se articula sobre tres principios bioéticos:

- **Autonomía:** Representado por la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente.
- **Beneficencia:** Necesidad de evaluar la relación riesgo-beneficio.
- **Justicia:** Selección equitativa de los sujetos que participarán en la investigación.

Fuentes principales de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas

1. Código de Núremberg (1947)² - Decisión jurídica que condena atrocidades de médicos nazis. Participación voluntaria de sujetos.
2. Declaración de Helsinki (1964)³ - Lagunas en investigación clínica, Balance riesgo-beneficio, Comités de evaluación ética y científica independientes.
3. Informe Belmont⁴ (1978) - Marco filosófico, principios. Respuesta a escándalos de Tuskegee y Willowbrook.
4. Normas CIOMS (1982)⁵ - Aplicación a los países en vías de desarrollo.

El Informe Belmont (1978)

Basado en una revisión exhaustiva llevada a cabo por el gobierno federal (USA) sobre los experimentos con seres humanos, revisando todas las consideraciones éticas y de derechos humanos.

- Es la forma más enérgica de protección para los seres humanos que participan en investigaciones.
- Le da mayor respeto a la autonomía individual, atiende la beneficencia o caridad y la justicia⁴.
- El informe Belmont tiene en cuenta estos tres principios:
- Respeto por las personas: Por medio del consentimiento informado.
- Beneficencia: Evaluación de los riesgos y beneficios.
- Justicia: Justa selección y distribución.

En cuanto a los lineamientos sobre el respeto por las personas

- Tratar a los individuos como entes autónomos.
- No hay que usar a los sujetos como un medio para justificar el fin.
- Permitir a los sujetos escoger con entera libertad.
- Darles mayor protección a aquellos que tienen una autonomía limitada (niños, ancianos)⁴.

Beneficencia o caridad

- Actuar con benevolencia o caridad por encima de cualquier cosa.
- Obligaciones que se derivan de la beneficencia:
 - No hacerle daño al sujeto.
 - Prevenir el daño.
 - Evitar la malicia.
 - Promover la bondad.

Justicia

- Tratar a los sujetos imparcialmente.
- Compartir con imparcialidad la carga y los beneficios de la investigación.
- Distinguir la justicia de los procedimientos de la justicia distributiva.

Reglamentos:

- Beneficencia
 - Diseñar el proyecto de investigación de la mejor manera posible.
 - Incluir solo investigadores competentes.
 - Resultado favorable del análisis de los riesgos vs. los beneficios.
- Respeto por las personas
 - El consentimiento informado.
 - El respeto a la privacidad y la confianza.
- Justicia
 - Selección equitativa de los sujetos para la investigación.

El Código de Núremberg

Se refiere a experimentos médicos permitidos. Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres

humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen generalmente la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otros métodos de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservar ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales².

- El consentimiento informado voluntario es fundamental - *sine qua non*.
- La investigación debe dar resultados útiles.
- Hacer la investigación basada en experiencias previas.
- Evitar el sufrimiento físico y mental.
- Que no haya probabilidades de muerte o lesiones que pueden dejar a un sujeto incapacitado.
- La importancia del estudio para el individuo y la sociedad debe ser superior al riesgo.
- Los sujetos deben ser protegidos contra todo daño.
- Solamente científicos calificados deben conducir la investigación.
- Los sujetos deben tener el derecho de retirarse del estudio.
- El investigador debe estar preparado para retirar a un sujeto.

En Núremberg, 20 médicos fueron condenados por crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad.

Historia de la Declaración de Helsinki

La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad. Deben adoptarse precauciones especiales en la realización de investigaciones que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en la investigación, puesto que es esencial que los resultados de las pruebas de laboratorio se apliquen a seres humanos para obtener nuevos conocimientos científicos y ayudar a la humanidad enferma. Esta Declaración

de Helsinki hace unas recomendaciones muy especiales como³:

1. Formación de los Comités de Ética, en 1953.
2. Repudia el Código de Núremberg como documento creado por juristas para establecer estándares para juicios criminales.
3. Necesidad de un documento para médicos hecho por médicos.

La Declaración de Helsinki, en 1964, hace referencia a³:

- Es una declaración de la Asociación Médica Mundial.
- Esta declaración es una norma mundial para el personal médico que hace investigación con seres humanos.
- Es una reinterpretación del Código de Núremberg.
- Esta declaración provocó reacciones por parte de la profesión médica.
- Las casas editoriales exigen que la investigación sea conducida bajo esta declaración; de lo contrario, no se publica.

En 1966, todos los proyectos de investigación patrocinados por el servicio de Salud Pública de (USA) debieron ser sometidos a una revisión para:

- Proteger los derechos y el bienestar del sujeto.
- Asegurarse de que el consentimiento informado haya sido firmado correctamente.
- Determinar un balance entre los riesgos aceptables y los beneficios.

De acuerdo con la Declaración de Helsinki, existen unos principios básicos en la investigación biomédica:

- Es deber del médico y del profesional de la salud proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- Conformación de Comités para verificar los principios científicos, bibliografía, experimentos de laboratorio y en animales.
- Evitar daño al medio ambiente.
- Aprobación por un Comité de Evaluación Ético y Científico.
- Cualificación científica de los investigadores.

- Ponderación de riesgos y beneficios.
- Beneficios reales para la población en que se investiga.
- Consentimiento informado de los participantes.
- Protección de la integridad, la confidencialidad y la privacidad de los sujetos.
- Protección de los pacientes sometidos a intervenciones médicas.

Nuevos aspectos de la Declaración de Helsinki:

- Se aumentan las exigencias para investigaciones hechas sin consentimiento informado, que deben ser la excepción.
- Debe ser esperable que las poblaciones sobre las que se desarrolla la investigación se beneficien de ella.
- Se deben declarar los conflictos de interés.
- Se refuerza el derecho de cada participante en la investigación a disponer del tratamiento disponible mejor probado.
- El uso del placebo queda reservado para el caso en que no haya ningún tratamiento disponible para la situación que se va a investigar.
- Los participantes en la investigación deberán tener, además, acceso al mejor tratamiento disponible, identificado por la investigación, después de que esta termine (regla del "best standard")³.

En resumen, se puede graficar qué es lo que hace ética a la investigación (Figura 1)

Las pautas "CIOMS 2016"⁶ en un solo texto funden las directrices éticas internacionales para la investigación biomédica con sujetos humanos de 2002 y las directrices éticas internacionales para estudios epidemiológicos de 2009.

El CIOMS en el año 2011 reunió un equipo de trabajo para revisar sus pautas éticas biomédicas y Epidemiológicas integrado por 10 miembros reconocidos internacionalmente. La constitución del grupo buscaba la representación de diversas perspectivas culturales y especialidades. El equipo se reunió tres veces al año desde septiembre de 2012 a septiembre de 2015. (CIOMS & WHO 2016). Diversos desafíos incitaron a CIOMS a revisar sus pautas éticas, según lo señalado en el prefacio de las mis-

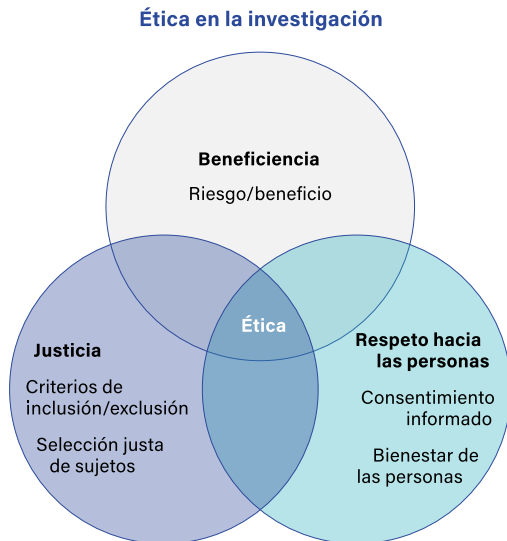


Figura 1. ¿Qué es lo que hace ética a la investigación?

mas. Johannes J.M. van Delden (2016) explica estos desafíos en los siguientes puntos:

1. Orientar la investigación científica hacia materias importantes para mejorar la salud.
2. Aclarar lo que se puede considerar justo beneficio en el desarrollo de investigación en comunidades de bajos recursos. Abordar la creciente necesidad de involucrar a las comunidades desde la planificación hasta la fase de implementación de las investigaciones.
3. Adecuar al cambio de perspectiva global sobre la inclusión de potenciales grupos vulnerables.
4. Advertir que el almacenamiento y uso de material biológico y datos de salud ha cambiado de un estudio de individuos hacia investigaciones centradas en infraestructuras como bancos de datos y biobancos.

Las siguientes son las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud:⁷

- Pauta 1 Justificación ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos.

- Pauta 2 Comités de evaluación ética.
- Pauta 3 Evaluación ética de la investigación patrocinada externamente.
- Pauta 4 Consentimiento informado individual.
- Pauta 5 Obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación.
- Pauta 6 Obtención de consentimiento informado: Obligaciones de patrocinadores e investigadores.
- Pauta 7 Incentivos para participar en una investigación.
- Pauta 8 Beneficios y riesgos de participar en un estudio.
- Pauta 9 Limitaciones especiales del riesgo cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado.
- Pauta 10 Investigación en poblaciones y comunidades con recursos limitados.
- Pauta 11 Elección del control en ensayos clínicos.
- Pauta 12 Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación.
- Pauta 13 Investigación en que participan personas vulnerables.
- Pauta 14 Investigación en que participan niños.
- Pauta 15 Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado.
- Pauta 16 Las mujeres como sujetos de investigación.
- Pauta 17 Mujeres embarazadas como sujetos de investigación.
- Pauta 18 Protección de la confidencialidad.
- Pauta 19 Derecho a tratamiento y compensación de sujetos perjudicados.
- Pauta 20 Fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica y de la investigación biomédica.
- Pauta 21 Obligación ética de los patrocinadores externos de proporcionar servicios para la atención de salud.

Las pautas CIOMS 2016 enfatizan la justificación ética que se otorga a la investigación en razón de su valor científico y social. Este último exige responder a los requerimientos de salud del país anfitrión.

También destaca la incorporación de las personas y de las comunidades en todo el proceso de desarrollo de un estudio desde su diseño hasta compartir los resultados de los mismos. Además, plantea un nuevo enfoque del tratamiento de la vulnerabilidad, o más precisamente, la inclusión de grupos potencialmente vulnerables⁷.

Para todas las investigaciones con seres Humanos debe quedar explícito en el Protocolo el Marco Ético de la Investigación.

Se debe tener en cuenta, en toda investigación, los pasos a seguir, que se convierte en el protocolo de la investigación⁸ los investigadores deben formular las siguientes preguntas:

Diseño del protocolo sobre beneficencia

¿Se puede mejorar el diseño del proyecto de investigación?

- ¿Cuáles son los riesgos?
 - ¿Cómo pueden minimizarse?
- ¿Cuáles son los beneficios?
 - ¿Cómo pueden ser llevados al máximo?

Diseño del protocolo sobre respeto por las personas

- ¿El proceso del consentimiento informado puede llevar al máximo la autonomía de los sujetos?
- ¿Cómo es que el protocolo maximiza la autonomía?
- ¿Qué elementos adicionales de protección pueden incluirse para las poblaciones vulnerables?
- ¿Cómo el estudio puede llevar al máximo la protección de la privacidad del sujeto?

Diseño del protocolo sobre Justicia

- ¿Cómo podemos asegurarnos de que para ingresar sujetos al estudio, la población escogida se beneficiará de la investigación?
- ¿Cómo podemos asegurarnos de que para ingresar sujetos al estudio, no vamos a escoger, injustamente, a una población particular?

- ¿Cómo se pueden hacer más justos los criterios de inclusión y de exclusión?⁵

Puntos clave de la ética en la investigación

Es muy importante para toda investigación tener presentes estos puntos:

- Entender claramente los términos "riesgo", "beneficio" y la ética del placebo en las pruebas clínicas controladas.
- Las relaciones del investigador con su personal.
- Las relaciones del investigador con el sujeto.

Se define riesgo como la probabilidad de que un sujeto sufra daño como resultado de la participación en una investigación.

Hay que tener en cuenta, para la evaluación del riesgo:

- Cuantificación por: probabilidad, magnitud.
- Tipos: Social, físico, legal, económico, psicológico.
- Puede aplicarse a: Individuo, sociedad.
- Estudiar bien si la probabilidad de que el beneficio ocurra es como resultado de la participación del sujeto en el estudio de investigación
- Un valor o un resultado esperado.
 - Una ventaja.
- El pago o compensación al sujeto no es un beneficio.

Con la finalidad de orientar al Investigador sobre los elementos que serán considerados, se indica el esquema básico que propone la Organización Panamericana de la Salud para escribir la propuesta y se describen brevemente sus componentes. Estos elementos son una guía y no necesariamente deben ser aplicados de manera rígida. Su aplicación dependerá del tipo de estudio y del abordaje metodológico que desarrolle cada investigador.

Esquema básico de un protocolo de investigación⁸

- **Título de la investigación**
- **Resumen**
- **Planteamiento del problema** (justificación científica)

- **Justificación y uso de los resultados** (objetivos últimos, aplicabilidad)
- **Fundamento teórico** (argumentación, respuestas posibles, hipótesis)
- **Objetivos de investigación** (general y específicos)
- **Metodología**
 - Tipo y diseño general del estudio
 - Definiciones operacionales
 - Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.
 - Criterios de inclusión y exclusión
 - Intervención propuesta (sólo para este tipo de estudios)
 - Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.
 - Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos
- **Plan de análisis de los resultados**
 - Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables
 - Programas a utilizar para análisis de datos
- **Referencias**
- **Cronograma**
- **Presupuesto**
- **Anexos** (Instrumentos de recolección de información. Ampliación de métodos y procedimientos a utilizar, etc.)

Los esquemas pueden tener sus variaciones de acuerdo a la opción de cada investigador. No obstante, la comunidad científica ha convenido que toda propuesta, debe contener como mínimo:

El planteamiento del problema y justificación de la investigación, los objetivos generales y específicos, el capítulo de metodología y el de plan de análisis, y el cronograma y presupuesto.

- **El título de la investigación** debe ser corto, preciso y conciso. Le debe dejar claro al lector (revisor) los objetivos y variables centrales del estudio. Estas se constituyen en las “palabras claves” para su clasificación e indización del

proyecto. Si es posible y no lo prolonga, en el título se podría anticipar el diseño. Es importante explicitar la población o universo que será investigado.

- **El resumen de la investigación** debe dar una idea clara al lector, sobre cuál es la pregunta central que la investigación pretende responder y su justificación. Debe *explicitar* las hipótesis (si aplica) y los objetivos de la investigación. Asimismo, el resumen debe contener un breve recuento de los métodos y procedimientos contenidos en el capítulo metodológica.
- **El planteamiento del problema** se constituye en la justificación científica del estudio, es decir, lo que fundamenta la necesidad de realizar una investigación para generar conocimientos que brinden un aporte al conocimiento existente. Requiere escribirse de manera tal, que además de brindar los referentes empíricos que describen la situación, quede muy claro y explícito, los vacíos de conocimiento existente sobre el problema y/o la controversia existente y la evidencia no conclusiva.
- **Justificación y uso de los resultados** describe el tipo de conocimiento que se estima obtener y la finalidad que se persigue en términos de su aplicación. Se indica la estrategia de diseminación y utilización de los hallazgos de la investigación de acuerdo a los potenciales usuarios del conocimiento producido. En la justificación, se responde a lo siguiente:
 - ¿Cómo se relaciona la investigación con las prioridades de la región y del país?
 - ¿Qué conocimiento e información se obtendrá?
 - ¿Cuál es la finalidad que se persigue con el conocimiento que brindará el estudio?
 - ¿Cómo se diseminarán los resultados?
 - ¿Cómo se utilizarán los resultados y quiénes serán los beneficiarios?

La justificación, puede escribirse como parte del planteamiento del problema o como una sección aparte, debe brindar un **argumento convincente** de que el conocimiento generado es útil y de aplicabilidad generalizable para el contexto regional.

- **FUNDAMENTO TEÓRICO (*Background*)** Se deriva del planteamiento del problema (presentación de evidencia empírica y pregunta central) y es la argumentación y demostración de que la “pregunta” tiene fundamento (piso), derivando en probable(s) respuesta(s) y/o hipótesis de trabajo.

Establecimiento de relaciones (identificación de las relaciones entre la variable independiente y variables respuesta) ¿Qué se sabe y cómo lo han explicado? ¿Los resultados son conclusivos? ¿Cuáles son los fundamentos de la pregunta?

¿Cómo se explican y argumentan las posibles respuestas a la pregunta? ¿Cuáles son los supuestos? ¿Cuáles son las relaciones? ¿Cuáles serían las hipótesis de trabajo?

El fundamento teórico, considerado el “piso” que sustenta la pregunta central del estudio, expone el Razonamiento y argumentos del investigador hacia la búsqueda de la evidencia que le dé respuesta a la pregunta y/o hipótesis. Requiere igualmente, una exhaustiva revisión de la bibliografía.

Objetivos de la investigación (General y específicos)

Es conveniente definirlos después que haya elaborado el fundamento teórico y se tenga clara la secuencia entre la pregunta central y las posibles respuestas a las preguntas y/o las hipótesis de trabajo. Dicha recomendación se basa en el hecho de que la definición de los objetivos no son más que una operacionalización de las respuestas y/o hipótesis que sugiere el investigador. Se constituyen en las actividades intelectuales que el investigador ejecutará en todo el proceso de la investigación.

- **Objetivo general:** Debe *explicitar* lo que se espera lograr con el estudio en términos de Conocimiento. Debe dar una noción clara de lo que se pretende describir, determinar, identificar, comparar y verificar (en los casos de estudios con hipótesis de trabajo).
- **Objetivos específicos:** Son la descomposición y secuencia lógica del objetivo general. Son un anticipo del diseño de la investigación.

Metodología

Es la explicación de los procedimientos que se aplicarán para alcanzar los objetivos. En este acápite, se debe describir con detalle la definición operacional de las variables, el tipo y las formas de medirla. Asimismo, debe contemplar el diseño del estudio, las técnicas y procedimientos que va. Se reconoce que no todas las investigaciones tienen formulación de hipótesis para verificación empírica ulterior. No obstante, siempre deben tener claramente explícitos sus objetivos general y específicos a utilizar para alcanzar los objetivos propuestos. A continuación, se describe lo que se espera que el investigador detalle en la metodología:

- Definición operacional de las variables
- Tipo de estudio y diseño general
- Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.
- Criterios de inclusión y exclusión
- Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos.
- Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Plan de análisis de los resultados

Si bien este punto se considera dentro de la metodología, se sugiere que el investigador lo desarrolle como una sección aparte. A continuación, se indica lo que se espera sea desarrollado como plan de análisis⁸.

- Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables
- Programas a utilizar para análisis de datos.

Este protocolo de investigación es el propuesto por la Organización Panamericana de la Salud, actualmente existen otros, cada investigador selecciona según corresponda y según el tipo de investigación a realizar. Un Protocolo de investigación de debe exceder las 20 páginas tamaño carta.

Como lo manifiesta el doctor Manuel Galán Amador⁹: “No debemos olvidarnos que la investigación ha generado progreso, también ha llevado destrucción y aniquilamiento; hay que preguntarnos, por ejemplo: ¿qué tan ético es permitir la creación

de un ser humano en probetas?, ¿la manipulación de los genes de un ser humano y la misma clonación? No podemos dejar de anotar que la cantidad efectiva de investigación está, a menudo, en contraste agudo con los deseos de la gente". También refiere que en toda investigación hay unos criterios éticos que se deben cumplir como son: la búsqueda de la verdad y la honestidad para que la presentación de los resultados de la investigación correspondan a los que se obtuvieron en el proceso, sin distorsionar los fenómenos hallados, para beneficio personal o por intereses de terceros⁹.

"Todo arte y todo saber, igual que todo lo que hacemos y elegimos, parece tender a algún bien; por esto se ha dicho con razón que el bien es aquello hacia lo que todas las cosas tienden."

Aristóteles

Conclusiones

Como conclusión principal, es muy importante tener en cuenta los requisitos éticos para experimentación con seres humanos:

1. Idoneidad científica de los investigadores.
2. Certeza de la inocuidad de las sustancias o técnicas probadas en animales.
3. Conocimiento riguroso del estado de salud o de enfermedad de los sujetos.
4. Consentimiento informado (voluntariedad, edad apropiada, capacidad, competencia).
5. Libertad para retirarse de la experimentación en cualquier momento.
6. Suspensión de la experimentación si aparecen daños a la salud debidos a la técnica o al fármaco nuevo.
7. Certeza de la salud mental de los participantes.
8. Aprobación por una Comisión de Evaluación Ética y Científica.

También es importante tener siempre presente la secuencia de los siete requisitos éticos:

1. Valor.
2. Validez.
3. Selección equitativa del diseño.
4. Favorable relación riesgo-beneficio.

5. Evaluación independiente.
6. Consentimiento informado.
7. Respeto por los participantes en el monitoreo.

Conclusiones:

- El posible avance en el conocimiento siempre conlleva a un grado de incertidumbre que se traduce en *riesgo para el sujeto de investigación*.
- Esto conlleva al modelo privatizado en Instituciones públicas: la industria farmacéutica contrata directamente a los investigadores y no a las Instituciones académicas.
- Para que la investigación pueda considerarse científica, se debe basar en una serie de valores que surgen del mismo carácter de la ciencia, cuyo fin es la búsqueda de la verdad.
- "En investigaciones con seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la Ciencia y de la Sociedad"³.

Referencias

1. Álvarez DJ. Uaqedvirtual. Historia de la ética de las investigaciones con seres humanos. [citado 12-08-18]. Disponible en: http://uaqedvirtual.uaq.mx/campus-virtual/filosofia/pluginfile.php/9969/mod_resource/content/4/Capitulo1.pdf
2. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947. [citado 25-07-18]. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
3. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.[citado 25-07-18] Disponible es: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
4. Informe Belmont .Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comporta-

mental National Institutes of Health. 1979. [Citado 25-07-18]. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/el-informe-belmont-principios-y-guías-éticas-para-la-protección-de-los-sujetos-humanos-de-investigación-18-abril-1979/>

5. Normas CIOMS. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos. Ginebra 2002. [citado 25-07-18] Disponible en : https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf
6. Cuello FM, Ramos VP, Echeverry BJ. Actualización de la pautas CIOMS. Revista de Ciencias Médicas. An ARS Medica. 2017; 42 (3):55-59.
7. Pautas Éticas CIOMS. Bioética y Derecho. Ginebra 2002. [Citado 25-07-18] Disponible en: <http://www.bioetica.org/bioetica/cioms.htm>
8. OPS. Guía para escribir un Protocolo de investigación. Washington. [Citado 16 -09 -18]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bal/ops_protocolo.pdf.
9. Galan AM. Ética en la Investigación. Revista Iberoamericana de Educación. 2010, p 1-2.



Programa ditorial

**Vicerrectoría de
Investigaciones**

Universidad del Valle

Campus Meléndez





Calle 13 N° 100-00, Cali

Tfons.: (57) 602 3212227 | 602 3212100 ext. 7687

Edificio Administración Central E01, espacio 1001

<https://programaeditorial.univalle.edu.co>

programa.editorial@correounivalle.edu.co

    | [programaeditorialunivalle](http://programaeditorialunivalle.edu.co)

