*La relación médico–paciente: una aproximación al problema de la autonomía**

The doctor–patient relationship: an approach to the problem of autonomy

*Laity Velásquez Fandiño***

Resumen

La siguiente reflexión intenta relativizar las consideraciones implícitas en el principio de autonomía que han servido de fundamento a las modernas relaciones médico–paciente. Sitúa el análisis desde tres aspectos: (1) los límites que marcan los principios de dignidad y vulnerabilidad como sus fundamentos; (2) la dinámica implícita en el consentimiento informado; (3) la salida desde la facultad de discernir y el principio de beneficencia.

Palabras clave: autonomía, dignidad, vulnerabilidad, consentimiento informado, beneficencia.

Abstract

The following reflection attempts to relativize the considerations implied in the principle of autonomy which served as the basis for the modern doctor–patient relationships. Places the analysis from three aspects (1) the limits set by the principles of dignity and vulnerability as its basis; (2) the underlying dynamics in the informed consent; (3) the output from the power to discern and the principle of beneficence.

Key words: autonomy, dignity, vulnerability, informed consent, beneficence.

Introducción

Es indudable que el principio de autonomía rige la relación médico–paciente y su expresión, el consentimiento informado, ha significado un avance en el logro de los derechos humanos, su nivel de institucionalidad en las declaraciones internacionales, la Constitución y las leyes de Colombia, parecen aseverarlo, detrás de este principio se encuentran otros valores morales que contribuyen a su fundamento.

Este trabajo pone de relieve dichas valoraciones, coloca la reflexión en los principios de dignidad y de vulnerabilidad como los pilares dentro de los cuales se puede estimar estará la valoración de la autonomía que circunscribe el espacio de actuación estableciendo sus límites.

* Ensayo. Documento entregado el 28 de febrero de 2012 y aprobado el 28 de mayo de 2012.

** Profesora de Tiempo completo de la universidad Militar Nueva Granada. Filósofa de la Universidad de la Salle. Magíster en Educación de la Universidad Pedagógica Nacional. Estudiante del Doctorado de Bioética de la Universidad El bosque. Correo electrónico: laity.velasquez@unimilitar.edu.co

El consentimiento informado, paradigma del principio de autonomía, se encuentra signado por las condiciones en las cuales se origina y por la consideración implícita que le hace el basarse en el principio de dignidad.

Por lo que un recurso será no dejarlo todo al paciente y recurrir a viejos principios éticos que equilibren y sitúen el actuar médico, tal es el caso de la ley del doble efecto, "al enfermo no hay que hacerle daño sino bien (primum non nocere) [primero no hacer daño] y protección de la salud del "otro", es decir, su bien, su beneficio" [1].

1. El principio de autonomía

1.1 Límite superior, el principio de dignidad

En el informe Belmont va ligado al principio del respeto a las personas, se reconoce en ellas su capacidad de autogobernarse, por lo cual deben aceptarse sus opiniones, como válidas[2]. Dicho principio, la autonomía está anclado en un conjunto de condiciones históricas que han posibilitado la mirada hacia una concepción de ser humano que caracteriza una época, dice M. Kottow que "se le adscribe a cuatro raíces culturales (…) el humanismo que celebra al individuo, el protestantismo que internaliza la experiencia religiosa, la emergencia del capitalismo con su acentuación de la iniciativa personal, y la instauración del pensamiento democrático con el advenimiento del discurso sobre los derechos ciudadanos"[3].

El desarrollo del principio de autonomía se debe a I. Kant, el ser humano como un ser autónomo está sujeto a su propia legislación (el imperativo categórico), como ley de la razón práctica. Es el único ser natural, con posibilidad de representar esa ley de la naturaleza en su razón, y en consecuencia obrar acorde con ella. De allí su vínculo con la naturaleza y su responsabilidad ética y moral. Los seres humanos no son medios sino fines en sí mismos, aquello -dice Kant- que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor intrínseco, esto es, dignidad[4].

Etimológicamente, dignidad viene del latín dignus, dignum, que corresponde, en griego, a axios: valioso, apreciado, precioso, merecedor.

La dignidad es equivalente a "valor" a cualidad, a estatus, y se refiere por tanto a lo que merece estimación y honores. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), señala el valor la dignidad como fundamento de los derechos del ser humano, de la misma manera la declaración Universal Sobre Derechos Humanos y

[1] Consagrado en el artículo 35 de la Ley 1164 de 2005 así: De causa de doble efecto: Es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo, si: a) La acción en sí misma, es decir, sin tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente; b) La intención es lograr el efecto bueno; c) El efecto bueno se da al menos con igual inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo; d) Debe haber una razón urgente para actuar y el bien que se busca debe superar el mal que se permite. No es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor; e) Si el efecto bueno pudiera obtenerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.

[2] Una persona autónoma es un individuo capaz de reflexionar con respecto a sus metas personales y de actuar bajo la dirección de dicha reflexión. Respetar la autonomía es dar peso a las opiniones de las personas autónomas, y a su vez evitar obstruir sus acciones a menos de que vayan en claro perjuicio de otros. Mostar falta de respeto a una persona autónoma significa repudiar sus opiniones, negarle la libertad de actuar basándose en tales criterios u opiniones, o retener información necesaria para hacer un juicio adecuado, sin tener razones de peso para hacerlo. INFORME BELMONT. Consultado en Agosto de 2011. Texto disponible desde: http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/4-3/v4n3ce1.pdf

[3] KOTTOW, Miguel. Participación informada en clínica y en investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 2007. Consultado en Octubre de 2011. Disponible desde: http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161853s.pdf

[4] KANT, Immanuel. La fundamentación de la metafísica de las costumbres. San Juan (Puerto Rico): Edición de Pedro M Rosario Barbosa, p. 51. Libro electrónico. Esta obra está publicada bajo una licencia de Creative Commons. Consultado en junio de 2011. Disponible desde: http://pmrb.net/books/kantfund/fund_metaf_costumbres_vD.pdf

Bioética (2005) la establece en su artículo 1°de objetivos y fines, también en la ley colombiana 1374 de 2010[5].

Para Juliana González "autonomía y dignidad son tan cercanas que en muchos sentidos pudieran verse como equivalentes: la dignidad del hombre corresponde ciertamente a esa nota distintiva esencial que es su capacidad de ser autónomo, de darse a sí mismo (autos) su propia ley (nomos), su propio sitio en el mundo"[6]. En la Constitución política colombiana según estudio de Colciencias en cabeza de Selva Velásquez[7], está instituida en su artículo primero en [...] conexidad con los artículos 5, 11, 13, 15, 16, como pilar del Estado colombiano, el respeto a la dignidad humana se encuentra en estrecha relación con los derechos sociales, económicos y culturales y con los derechos colectivos y del medio ambiente establecidos en el Capítulo Segundo y Tercero del Título primero de nuestra Constitución Política.

De acuerdo con las Sentencias de la Corte Constitucional Colombiana, la dignidad humana es la posibilidad diseñar con autonomía un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera), son ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien), es la intangibilidad de los bienes no patrimoniales o la integridad física o integridad moral (vivir sin humillaciones). La dignidad humana es un principio fundamento del ordenamiento jurídico y por tanto del Estado la dignidad como valor es un principio constitucional y un derecho fundamental autónomo[8].

En conclusión en "conexión y correspondencia con otros valores humanos se alcanza la más cabal comprensión de la dignidad, con los valores o principios éticos fundamentales de autonomía, de persona, de igualdad y de no instrumentalidad, de respeto. Todos ellos forman una especie de constelación axiológica por la cual se complementan y esclarecen recíprocamente revelando aquello que constituye ese núcleo específico e inviolable de la naturaleza humana, fundamento de todos sus derechos"[9].

1.2 Límite inferior, el principio de vulnerabilidad

El informe Belmont que expresa el principio del respeto a las personas condiciona este a dos aspectos, el primero atañe a la autonomía de las personas el reconocimiento a la capacidad de autogobernarse y tomar decisiones libremente, y el segundo proclama la protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada. La declaración Universal sobre Bioética y derechos humanos en su artículo octavo establece: "al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberá tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberán ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos"[10]. Significa lo anterior que estamos ante la otra mirada a la moneda, que centra el principio de vulnerabilidad y señala el respeto de las personas con autonomía disminuida.

---

5 Ley 1374 de 2010: que crea el Consejo nacional de Bioética en el artículo segundo, parágrafo, numeral b) "La valoración de la dignidad de la persona humana y el respeto por el pluralismo étnico, religioso, de género y cultural".

6 GONZÁLEZ, Juliana. Dignidad Humana. En: TIALDI, Juan Carlos (Director). Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 277.

7 VELÁSQUEZ FANDIÑO, Selva. Proyecto de Ley por el cual se establecen normas para la investigación en salud en el ser humano y se establecen normas para la gobernanza de la ciencia y la tecnología y la innovación en salud. Documento de Estudio. Programa nacional de Ciencia y Tecnología en Salud. Colciencias. Febrero de 2011. (Documento de estudio). p. 18.

8 CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencias T 556/1998, T881/2002.

9 GONZÁLEZ, Juliana. *Op. cit.*, p. 277.

10 UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [en línea]. Consultado en Junio de 2011. Disponible DESDE: http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf

Pero dicha mirada que es muy válida, oculta la condición de vulnerabilidad es de suyo de todos los seres humanos por el hecho de poseer vida y existencia, como lo evidencia la violencia, la enfermedad, la vejez, el sufrimiento, la muerte, y la necesaria dependencia unos de otros.

La condición de vulnerado, como acto de la vulnerabilidad, es susceptible de ser alcanzada en cualquier momento por cualquier ser humano. Pero se consideran poblaciones vulnerables en sentido estricto aquellos que en situación especial de vulnerabilidad o de hecho situación de vulnerados "los sujetos o los grupos sociales que tienen un nivel superior de exposición al daño o al abuso, debido a que su condición de personas autónomas se encuentra menoscabada"[11].

Así las cosas, existen otros factores que disminuyen la capacidad de autonomía como lo es la pobreza, que para A. Sen no es solamente carencia material, sino que la define como un déficit de libertad para ejercer capacidades en la consecución de una vida materialmente protegida y abierta a la satisfacción de capacidades, para M. Kottow: "en la visión de Sen queda muy claro que los desempoderados padecen de algún déficit existencial que toda sociedad justa o decente debe intentar subsanar mediante la organización de instituciones sociales terapéuticas que otorguen a los desposeídos lo necesario para empoderarlos, lo cual ha de suceder a nivel tanto social como político"[12]. Otro factor, que debe ser considerado es la violencia política que en un país como el Colombia crea condiciones que dan otro escenario a la condición de vulnerado y la vulnerabilidad.

1.3 El umbral de la autonomía

Las consideraciones de Corine Pelluchon[13] iluminan el papel de las representaciones que se derivarían del uso del principio de autonomía, que ella mira desde las dos caras de la moneda, por un lado la creencia en los pacientes que la medicina puede estar al alcance de sus deseos y por lo tanto solicitar al médico cualquier procedimiento que corresponda a su idea de felicidad, lo que conlleva a una heteronomía y por la otra la sobrevaloración de los efectos de la autonomía basados en una imagen de ser humano relacionada con los atributos que se derivan de la racionalidad:

> (...) Esta ética de la autonomía es elitista y discriminatoria, como lo son todos los pensamientos de factura metafísica (y no obligatoriamente teológica), en donde la humanidad del ser humano se define por la posesión de ciertos criterios, en donde la esencia del ser humano es ser un animal pensante que tiene memoria, lenguaje articulado, etc. En esta lógica, la dignidad del individuo depende de la posesión de sus atributos y se mide en función de su estado: memoria alterada, carencia de lenguaje articulado, menos dignidad, etc. En estas condiciones, se entiende porque parece sensato, según los partidarios de esta ética de la autonomía, solicitar que a estas personas se les practique la eutanasia o desear que puedan expresar su última voluntad que es, en el fondo, la voluntad de los otros: en este contexto, es muy probable que el anciano que pierde la memoria y tiene un gran apartamento, tenga ganas de desaparecer, porque todo a su alrededor lo convence de que sobra y de que su eutanasia social ya ocurrió[14].

[11] GARZÓN DÍAZ, Fabio. Aspectos bioéticas del consentimiento informado en investigación bioética con población vulnerable. Colección bioética 1. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada, 2010. p. 96.

[12] KOTOW, Miguel. *Op. cit.*, p. 46.

[13] PELLUCHON, Corine. El ejercicio de la medicina: valores de los pacientes, normas de los profesionales, conflictos y deliberación pública. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 6 (2): 139–159, 2011.

[14] *Ibídem.*, p. 10.

La mirada crítica de lo humano sospecha del fundamento de la dignidad solamente relacionado con la racionalidad y nos coloca ahora ante la vulnerabilidad de la vida, que sitúa a lo humano desde su corporeidad. El cuerpo como dimensión de lo humano, aun cuando ha dejado de existir aquello que llamamos conciencia de lo humano o dignidad, se hace patente en la vejez, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, el hambre , la fatiga o en las acciones en que la crueldad humana ha ejercido sometimiento. Al pensar la autonomía bajo esta representación y no solamente bajo las capacidades cognitivas se posibilita otras opciones y se incluyen otros estados que amplían la comprensión de lo humano, desde lo que nos evidencia lo inhumano, instituido por fuera en nuestra cultura desde Platón, cuando se ha delegado el cuerpo en favor del espíritu. Al respecto, la mirada de Engelhardt que considera que del número de individuos que conforman al grupo de los seres humanos, sólo aquellos que ostentan la categoría de personas son sujetos morales, es decir, agentes morales que pueden tomar las opciones que alivian el peso de las responsabilidades médicas, nos sirve para mirar la concepción de persona, que nos interpela y pone en blanco y negro valoraciones sociales implícitas que actúan como sustratos en las prácticas médicas:

> Ver las cosas desde este ángulo, exige dar un paso conceptual importante y admitir que la mera vida humana biológica tiene escaso valor moral en y por sí misma. Exige reconocer que el eje de toda preocupación moral es la vida de la persona humana en sentido estricto. También significa hacer frente a toda una serie de nuevos problemas. Hemos de decidir la consideración que nos merecen los niveles de vida humana mental que aún no son la vida de una persona, y en particular, hemos de decidir la consideración que nos merece la posición de los niños pequeños, de los gravemente dementes, de las personas que han sufrido lesiones cerebrales[15].

2. El consentimiento informado: paradigma del principio de autonomía

La expresión del principio de autonomía es el consentimiento informado. El término hace referencia a la acción que por parte de un sujeto se realiza para permitir y aceptar determinados procedimientos médicos sobre sí. Esta práctica reciente en la medicina se origina a partir de un cambio en las relaciones médico paciente al reconocer al paciente como capaz de tomar determinaciones sobre su cuerpo y su salud. Las intervenciones que los profesionales de la salud hacen en sus pacientes se denomina clínica y puede ser: práctica clínica e investigación clínica. Se llama práctica clínica a todo acto realizado en el cuerpo de un paciente con el objeto de diagnosticar y tratar enfermedades. Se entiende por investigación clínica la actividad encaminada a conocer el posible carácter diagnóstico o terapéutico de una intervención[16].

Una u otra acción según el esquema contemporáneo necesitan del consentimiento informado. Para Garzón[17] el cambio efectuado al interior de la clínica, basado en la medicina de la evidencia, relieva el papel de la investigación de tal manera que la práctica clínica se supedita a los desarrollos de la investigación y sólo se consideran prácticas clínicas aquellas validadas o en proceso de validación.

> La nueva lógica y nueva metodología estaba dando lugar al surgimiento de una nueva ética: el modelo clásico insistía en que la investigación tenía que resultar necesariamente beneficiosa para el paciente concreto; el nuevo modelo insistirá en que el principal criterio es el respeto a la autonomía de los sujetos de investigación hasta el punto de que se

[15] ENGELHEARDT, H. Tristam. Fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidos, 1995. p. 261.

[16] GARZÓN DÍAZ, Fabio. *Op. cit.*, p.18.

[17] *Ibidem.*, p. 30.

> justifican los experimentos que pusiesen en riesgo la vida de los sujetos, si estos previamente habían dado su consentimiento (…) El cambio de criterio ético, es decir el paso de la beneficencia a la autonomía hizo mucho más fácil la realización de investigaciones clínicas e igualmente la aparición de nuevos abusos[18].

Por lo que tenemos un primer elemento, que vincula la investigación clínica inicialmente con el consentimiento y una postura que involucra al paciente. Pero el camino en la determinación del concepto consentimiento informado, será todavía muy tortuoso y estará impregnado por la necesidad de frenar inicialmente las relaciones y prácticas de poder, que conllevan la clínica, no sólo por el abuso que se puede hacer de ellas cuando van relacionadas por el poder autoritario, como ocurrió en la Alemania Nazi, sino también por el eminente papel del paternalismo médico. Será hacia 1972 que en aras de establecer una regulación a la investigación clínica, que se trabajará hacia una ética de la responsabilidad en el llamado informe Belmont, se actualiza e introduce las condiciones del consentimiento[19] dando prioridad a la información, la comprensión y la voluntariedad.

En tal sentido Ovalle[20] considera que,

> (…) una garantía de que el CI se lleve a cabo de una manera adecuada es, constatar que se dio dentro de una nueva cultura del desarrollo de la relación del profesional de la salud y el paciente la cual permite que el proceso de información se dé en forma amplia y comprensible; se respete la autonomía de los sujetos que se encuentran libres para decidir y se indague por la capacidad de los sujetos para entender la información. Se considera que sólo reunidas todas estas condiciones es posible que el paciente tome una decisión razonable[21].

La historia de la regulación del término consentimiento informado va mucho más de la mano de la preocupación por las consecuencias que se han generado en la experimentación y la investigación clínica, y de allí ha irradiado su requerimiento a la práctica clínica.

3. A manera de conclusión: un recurso, una línea de fuga

El principio de autonomía estará circunscrito dentro de los límites que le establecen los principios de dignidad y vulnerabilidad, que pueden relativizar la libertad en las decisiones que tome el paciente, que siempre podrán estar en entredicho por las condiciones que impone el consentimiento informado, por las mismas exigencias que involucra de información, comprensión y voluntariedad para que la decisión sea verdaderamente libre. Por lo tanto conllevan a considerar la necesidad de recabar una fortaleza al otro lado de la relación médico-paciente.

En esta parte quiero referirme, al recurso que siempre estará a la mano del médico y referido a sí mismo, relacionado con la capacidad de discernimiento, que es una aspiración que debería estar en todas las personas, dada su implicación en la toma de decisiones y en el peso que tendría para la conformación de sociedades libres, pluralistas y democráticas, pero para el caso que nos ocupa es necesario que se relieve su importancia.

Para Beauchamp y Childress, la capacidad de discernir está ligada con el procedimiento para tomar las decisiones, pero sin dejar de tener en cuenta el objetivo del proceso, que no sólo está encaminado a emitir un buen juicio sino a efectuar

[18] *Ibídem.*, pp. 29–31.

[19] Históricamente este proceso se inicia en 1947 con el código de Nüremberg.

[20] OVALLE GÓMEZ, Constanza. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Colección Bios y Oikos volumen 7. Bogotá: Policromía Digital, Universidad del Bosque, 2009.

[21] *Ibídem.*, p. 23.

la consecuente acción, por lo que en dilemas y situaciones controvertidas se necesita del coraje[22].

Para Aristóteles el discernimiento es sabiduría práctica que hace que se actúe como lo haría el hombre prudente, la persona sabia, en la práctica, comprende cómo actuar con la intensidad de sentimientos adecuados, de la manera justamente correcta, en el momento preciso, con un adecuado equilibrio entre la razón y el deseo. Es así como el discernimiento necesita de la valentía para afrontar una decisión cuando es producto de un buen juicio, necesita además acompañarse de la prudencia.

Actuar o no en conciencia es un recurso que sería complementario a la hora de no estar totalmente convencido, después de efectuar un profundo y sutil discernimiento, es un tribunal al que se recurre en segunda instancia. Los principios relevantes a la hora de tomar una posición y presentar una objeción de conciencia, estarían dados por las consideraciones que introducen los principios de no maleficencia, benevolencia y justicia[23], que inducen a reconsiderar la posición inicial, por lo que es importante resaltar el derecho a no actuar y decidir hasta donde actuar.

Recurrir a la conciencia como tribunal de justicia, la libera de toda contaminación y la sitúa fuera del tiempo y el espacio, sin embargo las representaciones del yo, el otro como otro yo, las circunstancias y el mundo son construcciones del afuera mediante las cuales el sujeto se representa así mismo, al otro y al mundo. Tal consideración, debe ser la balanza que permita hacer o dejar de hacer una acción mediante el recurso de la objeción de conciencia, basado en el ejercicio de la crítica que invita a aún a reconsiderar nuestra posición inicial.

¿Dónde reside la virtud?, si se tiene en cuenta la doble implicación que existe entre las prácticas profesionales generadas por la ciencia dentro de los contextos sociales y las determinaciones que tienen las prácticas sociales y culturales sobre las profesiones, "los médicos, no son de palo"[24]. ¿Pueden sustraerse de decidir lo que es necesario hacer o dejar de hacer, en los casos en que los pacientes no pueden tomar la decisión por sí mismos y se encuentran en situación de abandono? ¿Cómo proceder cuando deja de existir la persona? ¿La muerte se basa en todo el cuerpo o en todo el cerebro o en las funciones superiores del mismo? ¿Cuál es la clase de vida cuya muerte hay que determinar? ¿Cómo y dónde se encarna la vida? ¿Cuántas determinaciones de muerte positivamente falsas o negativamente falsas, se pueden tolerar?

Todos los anteriores aspectos conllevan decisiones, y éstas serán categorizadas como éticas o no éticas, meritorias o no meritorias, dignas de alabanza o rechazo, interiorizadas y justificadas socialmente, lo que las sitúa en una orilla u otra, estará determinado por los avances del conocimiento, la legislación del país[25] y la ca-

[22] BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principios de ética biomédica. 4ed. Barcelona: Masson S. A, 1995. p. 451.

[23] *Ibídem.*, pp. 235–360.

[24] En frase muy suya, García Márquez en el Amor en los tiempos del cólera pone en boca de uno de sus personajes este crudo concepto para señalar cuán humana es la condición del médico: "La ética se imagina que los médicos somos de palo". Precisamente, por no ser de palo, ahora ni nunca, es que los médicos en cierne necesitan que se les ayude a fortalecer su contextura moral, de suyo tan frágil por naturaleza. Y a las escuelas médicas les corresponde hacerlo, por ética educativa. SÁNCHEZ, TORRES Fernando. Temas de ética médica. Libro digital. Consultado en Octubre de 2011. Disponible desde: http://www.encolombia.com/etica-medica-capitulo-V-parte2.htm

[25] Al respecto la Ley 1164 de 2007 Capítulo VI. De la prestación Ética y Bioética de los servicios. En sus artículos 34, 35, 36, 37 que a la letra dicen: Artículo 34. Del contexto ético de la prestación de los servicios. Los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano, y en la promoción de su desarrollo existencial, procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, y de un medio ambiente sano. La conducta de quien ejerce la profesión u ocupación en salud, debe estar dentro de los límites del Código de Ética de su profesión u oficio y de las normas generales que rigen para todos los ciudadanos, establecidas en la Constitución y la ley. Artículo 35. De los principios éticos y bioéticos. Además de los principios rectores consagrados en la Constitución Política, son requisitos de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto (…)Artículo 37. Delos derechos del talento humano en salud. El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el derecho a la objeción de conciencia, a la protección laboral, al buen nombre, al

pacidad de permear las prácticas profesionales y cotidianas.

El principio de autonomía estará circunscrito a los límites que le establecen los principios de dignidad y vulnerabilidad, que pueden relativizar la libertad del paciente. Además que siempre podrá estar en entredicho, dadas las condiciones que impone el consentimiento informado: información, comprensión y voluntariedad para que la decisión sea verdaderamente libre. Por lo que siempre podrá recurrirse a lo instituido desde el nacimiento de la medicina, por el principio de beneficencia guiado por la regla del doble efecto[26] que ha sido el paradigma de la profesión y por extensión de todas las profesiones.

compromiso ético y al ejercicio competente.(…) Artículo 38. De los deberes del talento humano en salud. El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el deber de la protección de los lazos afectivos del paciente, la promoción de una cultura ética, la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidas, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud.

[26] "El principio del doble efecto es una acción que tiene dos efectos, uno bueno y otro malo. Esta doctrina fue acuñada por Santo Tomás y elaborada posteriormente por los teólogos salmanticenses del siglo XVI. En medicina, como en cualquier profesión u oficio, toda acción debe sopesarse con sumo cuidado, ya que siempre existe la posibilidad de dañar. Primum non nocere -primero no dañar-, aconsejaba desde hace 24 siglos Hipócrates. El principio del doble efecto reúne cuatro condiciones: (1) La acción debe ser buena o, al menos, no mala; para algunos no mala es equiparable con indiferente o permitida. (2) La acción no busca producir malos resultados ni mal alguno. (3) El buen resultado no es consecuencia del mal. Es decir, no se usa un mal como medio para obtener algún resultado (para muchos éste es el punto de mayor importancia). (4) El resultado final es que lo bueno debe ser proporcionado. Es decir, las metas positivas deben ser mayores que los males acumulados como consecuencia de los actos. El principio del doble efecto -también conocido como el principio del voluntario indirecto- pone de manifiesto que la inmensa mayoría de los actos conllevan incontables ambigüedades y problemas. Lo anterior implica que entre una decisión y otra debe elegirse la que más se apegue a la "mejor ética", o la que produzca el mayor beneficio, y el menor daño, en caso de que no exista la posibilidad de no afectar". KLAUS, Arnaldo. Texto disponible en internet. Consultado en Noviembre de 2011. http://colegiodebioetica.org.mx/temas/docs-pdf/akraus/001.pdf. También consagrado en el artículo 35 de la Ley 1164 de 2005 así: De causa de doble efecto: Es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo, si: a) La acción en sí misma, es decir, sin tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente; b) La intención es lograr el efecto bueno; c) El efecto bueno se da al menos con igual inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo; d) Debe haber una razón urgente para actuar y el bien que se busca debe superar el mal que se permite. No es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor; e) Si el efecto bueno pudiera obtenerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.

Bibliografía

1. BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principios de ética biomédica. 4ed. Barcelona: Masson S. A, 1995. 502p.
2. CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T 556/1998
3. _____. T881/2002.
4. ENGELHEARDT, H. Tristam. Fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidos, 1995. 544p.
5. GARZÓN DÍAZ, Fabio. Aspectos bioéticas del consentimiento informado en investigación bioética con población vulnerable. Colección bioética 1. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada, 2010.
6. GONZÁLEZ, Juliana. Dignidad Humana. En: TIALDI, Juan Carlos (Director). Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 2008.
7. INFORME BELMONT. Consultado en Agosto de 2011. Texto disponible desde: http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/4-3/v4n3ce1.pdf
8. KANT, Immanuel. La fundamentación de la metafísica de las costumbres. San Juan (Puerto Rico): Edición de Pedro M Rosario Barbosa, p. 51. Libro electrónico. Esta obra está publicada bajo una licencia de Creative Commons. Consultado en junio de 2011. Disponible desde: http://pmrb.net/books/kantfund/fund_metaf_costumbres_vD.pdf
9. KOTTOW, Miguel. Participación informada en clínica y en investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 2007. Consultado en Octubre de 2011. Disponible desde: http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161853s.pdf
10. OVALLE GÓMEZ, Constanza. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Colección Bios y Oikos volumen 7. Bogotá: Policromía Digital, Universidad del Bosque, 2009.
11. PELLUCHON, Corine. El ejercicio de la medicina: valores de los pacientes, normas de los profesionales, conflictos y deliberación pública. Revista Colombiana de Bioética, volumen 6 (2): 139–159, 2011.
12. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1374 de 2010. Por medio de la cual se crea el consejo nacional de bioética y se dictan otras disposiciones. Enero 08 de 2010.

13. _____. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Octubre 03 de 2007.
14. _____. Ley 387 de 1997. Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Julio 18 de 1997.
15. SANCHEZ, TORRES Fernando. Temas de ética médica. Libro digital. Consultado en Octubre de 2011. Disponible desde: http://www.encolombia.com/etica-medica-capitulo-V-parte2.htm
16. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [en línea]. Consultado en Junio de 2011. Disponible DESDE: http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf
17. VELÁSQUEZ FANDIÑO, Selva. Proyecto de Ley por el cual se establecen normas para la investigación en salud en el ser humano y se establecen normas para la gobernanza de la ciencia y la tecnología y la innovación en salud. Documento de Estudio. Programa nacional de Ciencia y Tecnología en Salud. COLCIENCIAS. Febrero de 2011. (Documento de estudio).