

# Primer consenso colombiano sobre la práctica de endoscopia digestiva “Acuerdo en lo fundamental” (Segunda parte. Aspectos éticos)

## First Colombian Consensus on the Practice of Endoscopy “Fundamental Agreement” (Part two: Ethics)

Camilo Blanco Avellaneda, MD,<sup>1</sup> Diego Aponte Martín, MD,<sup>2</sup> Alix Yineth Forero Acosta, MD,<sup>3</sup> Nadia Sofía Flores, MD,<sup>4</sup> Raúl Cañadas, MD,<sup>5</sup> Arecio Peñaloza Ramírez, MD,<sup>6</sup> Fabio Leonel Gil, MD,<sup>7</sup> Fabián Emura, PhD.<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Magíster en Educación, Instructor Asociado Universidad El Bosque, Profesor de Cátedra Pontificia Universidad Javeriana, MD Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva. Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Internista, Gastroenterólogo y Endoscopista, Presidente ACED. Bogotá, Colombia

<sup>3</sup> Magíster en Educación, Profesora de Cátedra Pontificia Universidad Javeriana, Fonoaudióloga. Bogotá, Colombia

<sup>4</sup> Magíster en Educación, Docente de Cátedra Universidad La Gran Colombia, Asesora Pedagógica de Investigación, Centro de Investigaciones de la Universidad Pedagógica Nacional, Licenciada en Educación Infantil. Bogotá, Colombia

<sup>5</sup> Profesor de Gastroenterología Pontificia Universidad Javeriana, Internista, Gastroenterólogo y Endoscopista. Bogotá, Colombia

<sup>6</sup> Instructor Asistente Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Internista, Gastroenterólogo y Endoscopista. Bogotá, Colombia

<sup>7</sup> Internista, Gastroenterólogo y Endoscopista, ex presidente Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva. Bogotá, Colombia

<sup>8</sup> Especialista en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Profesor Asociado. Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Bogotá, Colombia

Fecha recibido: 08-10-12  
Fecha aceptado: 31-01-13

**Directores (o sus representantes) de programas de postgrado (gastroenterología y endoscopia digestiva, cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva, coloproctología) acreditados en Colombia:** Arango Lázaro (Universidad de Caldas); Hani Albis (Pontificia Universidad Javeriana); Oliveros Ricardo (Universidad Militar Nueva Granada-Instituto Nacional de Cancerología); Peñaloza Ramírez Arecio (Universidad de Ciencias de la Salud); Rey Tovar Mario (Universidad del Rosario); Sabbagh Luis Carlos (Fundación Universitaria Sanitas); Salej Jorge (Universidad Militar Nueva Granada-Hospital Militar Central); Santacoloma Mario (Universidad de Caldas).

**Presidentes (o sus representantes) de Asociaciones científicas de enfermedades digestivas en Colombia:** Aponte Diego (Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva); Archila Paulo Emilio (Asociación Colombiana de Medicina Interna); Galiano María Teresa (Asociación Colombiana de Gastroenterología); Ibáñez Heinz (Asociación Colombiana de Coloproctología); Landazábal Gustavo (Asociación Colombiana de Cirugía).

**Ex presidentes Asociaciones científicas de enfermedades digestivas en Colombia:** Alvarado Jaime; Aponte Luciano; Cuello Eduardo; Gil Parada Fabio Leonel; Peñaloza Rosas Arecio; Plata Guillermo; Rojas Elsa; Roldán Luis Fernando.

**Vicepresidente Asociación Iberoamericana de Enfermería en Gastroenterología y Endoscopia (ASIEGE):** Ruiz Flor Alba.

**Train the Trainers - Organización Mundial de Gastroenterología:** Emura Fabián; Valdivieso Rueda Eduardo; Vargas Rómulo.

**Docentes y líderes de opinión:** Blanco Camilo; Cañadas Raúl; Solano Jaime; Unigarro Iván; Vélez Fausto.

**Jefes de Residentes de Programas acreditados en gastroenterología:** Preciado Javier (Cirujano); Herrán Martha (Internista); Imbeth Pedro (Internista); Suárez Juliana (Cirujana).



Código QR.  
Intervención Padre Llano.

## Resumen

**Propósito del trabajo:** La práctica de la endoscopia digestiva implica conocimientos teóricos, prácticos y éticos. A los dos primeros se les da amplia difusión o importancia en los procesos educativos. A la ética siempre se le menciona, se le asume pero poco se le investiga o indaga. La Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva (ACED) dedica la segunda parte del consenso "Acuerdo sobre lo fundamental" a los aspectos éticos en la práctica de la endoscopia digestiva, abordados desde el análisis de la resolución de dilemas reales que se presentan en los diferentes escenarios que configuran el ejercicio endoscópico. Es esta una forma de apropiar conceptualmente los principios éticos y los valores morales que deben permear el ejercicio profesional de los especialistas que se apoyan en la endoscopia digestiva. Es importante precisar que el resultado final no pretende normatizar las conductas de los médicos; por el contrario, se propone la realización de una reflexión permanente sobre los continuos conflictos que atañen a esta especialidad, los cuales no deberían resolverse por fuera de profundas consideraciones éticas y morales.

**Material y métodos:** El presente consenso es un estudio de investigación social, descriptivo, transversal, de enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), basado en el método Delphi. La información se obtuvo durante el evento "Acuerdo en lo fundamental", citado el 23 de junio de 2012 por la Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva (ACED). Los datos cualitativos se tomaron de las discusiones en 4 mesas redondas en las que los 34 participantes abordaron los 21 dilemas éticos propuestos; los datos cuantitativos, de la votación final, individual, privada y electrónica de la encuesta, definiendo que 75% o más, constituían consenso. Para el análisis cualitativo, se empleó análisis de discurso orientado desde cinco variables relacionadas con aspectos éticos y morales de la práctica de la endoscopia digestiva. Para el cuantitativo, se usó estadística descriptiva básica centrada en porcentajes.

**Resultados:** Algunos de los consensos obtenidos fueron: con 80,65% se estuvo de acuerdo en consultar con el grupo previo cuando se va a entrar a reemplazarlo en una determinada institución; con 80,54%, de acuerdo en considerar que el tipo de contratación limitaba desarrollos investigativos, educativos, institucionales y hasta personales; con 78,12% se estuvo de acuerdo al plantear que el reconocimiento del trabajo grupal prevalecía sobre los individuales en la producción intelectual; con 100% de acuerdo al considerar que la escritura y publicación debía conceder los créditos respectivos a cada persona interviniente en un trabajo. Con 80,64% se estuvo de acuerdo al considerar que el tipo de vinculación del paciente al sistema de salud determinaba el tipo de atención que se le otorga; y en relación a si la calidad de la atención se veía afectada por el número de pacientes que se obliga a atender, se obtuvo consenso de acuerdo de 90,82%.

**Conclusiones:** El consenso colombiano acuerda que para la resolución de dilemas éticos que se presentan en escenarios reales en la práctica de endoscopia digestiva, se deben tener presente tanto principios éticos como valores morales que muestran cierta especificidad de acuerdo con la situación particular a la que se puede enfrentar el especialista. De esta manera, los conflictos que se relacionan con aspectos contractuales o laborales han de considerar a la dignidad y al respeto por los colegas, y a la igualdad y a la justicia como valores y principios que prevalecen dentro de estos escenarios. Para el caso de la propiedad intelectual son la responsabilidad y la honestidad los valores orientadores cuando se deben enfrentar a situaciones de reconocimiento grupal o individual. Las relaciones profesionales del endoscopista con los pacientes pueden enmarcarse con valores y principios éticos como la prudencia, la humanidad, la veracidad y el mal menor. A su vez, las relaciones del especialista con el equipo de trabajo habrían de respetar al colegaje, la autonomía, el derecho al buen nombre, la dignidad y la igualdad. Finalmente, en cuanto a la formación en ética prevalece la promoción de cultura ética, la responsabilidad, la humanidad y la beneficencia.

## Palabras clave

Principios éticos, valores morales, consenso en endoscopia, ética en gastroenterología y endoscopia digestiva, formación en ética, ética médica, Colombia.

## Abstract

**Purpose:** The practice of endoscopy involves theoretical, practical and ethical knowledge. The first two are given widespread distribution and great importance in education. Ethics is always mentioned, but is little studied or investigated. The Colombian Association of Digestive Endoscopy (ACED) devotes the second part of the "Fundamental Agreement" consensus to the ethical practice of gastrointestinal endoscopy. We approach this topic from an analysis of the resolution of real dilemmas that arise in endoscopic scenarios shaping our practice. This is the way of conceptually appropriating ethical principles and moral values that should permeate the practice of specialists who rely on endoscopy. It is important to note that the end result is not intended to standardize the conduct of doctors. To the contrary, we propose to carry out an ongoing reflection about the continuous conflicts that arise in our specialty which should not be resolved without profound ethical and moral consideration.

**Materials and methods:** This consensus is a social research study. It uses a descriptive and cross-sectional approach which mixes qualitative and quantitative analysis and is based on the Delphi Method. The information used was obtained during the "Fundamental Agreement" event held on June 23, 2012 by the

Colombian Association of Digestive Endoscopy (ACED). Qualitative data were taken from four roundtable discussions in which the 34 participants discussed the 21 proposed ethical dilemmas. Quantitative data used include the final voting, individual private electronic surveys. Consensus was defined as agreement of 75% or more of participants. Speech analysis was used for qualitative analysis. It was oriented around from five variables related to moral and ethical aspects of the practice of endoscopy. For quantitative analysis, basic descriptive statistics centered on percentages were used.

**Results:** Some of the consensus obtained were: 80.65% agreed to consult with the group that they replace in a particular institution; 80.54% shared the opinion that the type of contract limited research, educational, institutional and even personal development; 78.12% agreed that recognition of group work prevails over recognition of individual work in intellectual production, 100% agreed every individual involved in writing and publication should receive individual credit for their work; 80.64% agreed that the relationship of the patient to the health system determined the kind of attention that is given, and 90.82% agreed that the quality of care was affected by the number of patients who require care.

**Conclusions:** The Colombian consensus agrees that resolution of ethical dilemmas that arise in real-world scenarios in the practice of endoscopy should consider ethical and moral values specifically related to the particular situation faced by the specialist. Thus, conflicts related to contractual or employment issues have to consider the dignity of, and respect for, colleagues. Similarly, equality and justice as values and principles that prevail within these scenarios must be considered. Intellectual property rights require responsibility and honesty as guiding principles when situations of group or individual recognition are confronted. Endoscopists' professional relationships with patients should be framed within values and ethics including prudence, humanity, truthfulness, and choosing the lesser evil. In turn, the specialist's relations with her or his team should respect collegiality, autonomy, the right to an individual's good name, dignity and equality. A culture that promotes ethics, responsibility, humanity and charity must prevail for ethical training.

### Key words

Ethical principles, moral values, consensus on endoscopy, ethics in gastroenterology and endoscopy, training in ethics, medical ethics, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

El presente reporte de investigación corresponde a la segunda parte de los hallazgos obtenidos durante el Primer consenso nacional "Acuerdo en lo fundamental" en la práctica de la endoscopia digestiva en Colombia, convocado por la Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva y realizado el 23 de junio de 2012 en Bogotá.

La primera parte de la investigación fue publicada en octubre de 2012 y en ella se presentaron los acuerdos en aspectos básicos y mínimos a tener en cuenta en la formación de especialistas para ejercer con calidad la endoscopia digestiva, que se concretaron en cinco puntos: primero, la endoscopia digestiva debe entenderse como un elemento de apoyo dentro de la práctica diagnóstica y terapéutica para el manejo de las enfermedades digestivas; segundo, la formación en endoscopia digestiva de calidad requiere sólidos conocimientos teóricos, desarrollo de habilidades y destrezas técnicas e implementación de juicios, raciocinios y conductas científicas, sociales y éticas; tercero, el requisito formativo para acceder a capacitarse en endoscopia digestiva debe ser el pertenecer a un programa de subespecialidad (clínico o quirúrgico) en enfermedades digestivas, de adultos o niños; cuarto, la responsabilidad de formación en endoscopia digestiva es del docente cualificado como

tal, perteneciente a un programa universitario, especialista en gastroenterología (clínica o quirúrgica) y endoscopia digestiva y que enseñe en un escenario universitario o avalado por una universidad; y, finalmente, el tiempo de formación mínimo para endoscopia digestiva básica debe ser de dos años; para endoscopia avanzada debe tener por lo menos un año adicional de formación y con un direccionamiento hacia campo avanzado específico; estos tiempos deben cumplirse dentro de programas de subespecialización gastroenterológica (1).

Este informe centra su atención en el segundo momento del Consenso, el cual indagó aspectos éticos que atañen al ejercicio de la endoscopia digestiva y, aunque para los participantes fue un ejercicio novedoso toda vez que no es una temática que se aborde en la gran mayoría de actividades académicas, sí es pertinente pues son muchas las decisiones médicas en endoscopia en la que se toca lo ético y lo moral.

Por otra parte, el abordaje de lo ético en la endoscopia digestiva y la gastroenterología se ha realizado desde diferentes perspectivas, unas centradas en lo teórico y otras en lo práctico.

La perspectiva teórica reciente enfatiza su análisis en la comprensión de los quiebres que se han dado en la concepción de la ética, en la medida que hoy se puede distinguir entre la ética de la atención directa al paciente y la ética de

la investigación (y el conocimiento que de allí se genera). Este último es de especial relevancia porque cuestiona la “epistemología endoscópica” (generación, aceptación y validez de su conocimiento), amenazada por intereses especialmente de las industrias farmacéutica y de equipos médicos (2).

La perspectiva práctica a su vez, se acerca a la ética desde la resolución de los llamados “dilemas éticos”, que son múltiples en el ejercicio de las especialidades que se sirven de la endoscopia. Es así como se pueden mencionar por los menos 10 actos médicos concretos (la obtención del consentimiento informado para procedimientos específicos; consentimiento y capacidad de dar consentimiento; hablar con la verdad; calidad en la atención al final de la vida; conflicto de interés en el cuidado del paciente; manejo de malignidades gastrointestinales; ética y educación; ética en la investigación; aspectos éticos en nutrición artificial; eutanasia y suicidio asistido) que son motivo de discusión, reflexión y decisión ética y moral, en los que se ha encontrado que el orden de significación e importancia se modifica en el profesional, en la medida que se pasa del estatus de estudiante de postgrado al de especialista graduado, mostrando que la realidad de la práctica modifica la relevancia con la que se aprecia cada dilema (3).

En nuestro medio, las actuaciones médicas están enmarcadas conceptualmente en una normatividad precisa. La Ley 1164 de 2007 “por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud” dedica el capítulo VI a la “prestación ética y bioética de los servicios”; sus artículos 34 a 38 enfatizan en “... el cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano y en la promoción del desarrollo existencial... sin distinción de ninguna especie...”; además, exigen que “... 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” (4).

De acuerdo con Sánchez (5) la ética médica es “... la disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral...” calificándolos como buenos o malos, siempre y cuando se realicen de forma voluntaria, consciente e individual. Como disciplina entonces, la ética médica es estructurada y sistematizada y, tal como un edificio “... posee cimientos, muros y acabados...”, que corresponden, respectivamente, a los principios éticos generales, a los valores morales y a las normas; edificio construido sobre el “... terreno fértil y necesario...” que corresponde al hombre, quien a su vez es el arquitecto de su ser y responsable de su actuar ético.

De esta forma, los principios éticos están unidos a principios morales (“aquellos que permiten o facilitan que los actos sean buenos”); así, cuando se apela a ellos, adquieren

la misma importancia que “... cuando en la ciencia se apela a una ley”. De esta forma, los principios se convierten en los que “... autorizan acciones cuyas consecuencias sean mejores que las que pudieran derivarse de cualquier otro tipo de acción alternativa...”. Así visto, se puede entender el carácter general e incluyente que adquieren tanto los principios éticos generales (autonomía, justicia, beneficencia-no maleficencia) como aquellos asociados a los actos médicos (veracidad, igualdad, mal menor, totalidad, causa de doble efecto) (5).

Por otra parte, se entienden los valores como las cualidades que poseen algunas realidades (llamadas bienes), que además son estimables. Para que una cualidad sea aceptada como “valor moral”, se menciona que debe cumplir características como: ser valente (tener un valor a pesar de no ser tangible, por ej.: la responsabilidad); tener objetividad (a pesar de no ser reales, son objetivos en cuanto son deseables, valiosos y aprehendibles, por ej.: la generosidad); tener polaridad (tener un contrario o valor negativo, por ej. la honestidad o la deshonestidad); tener cualidad (el patrimonio del valor es su cualidad, a pesar de no poderse cuantificar por ej.: la prudencia); tener jerarquía (hay valores superiores o inferiores, que permiten tener una tabla que sirve de incitación permanente a la elevación moral, por ej.: igualdad, humanidad y consideración) (5). De esta manera, se comprende la significación e importancia de valores que ha de caracterizar a los actos médicos que se llaman éticos.

En la intención de no centrar la discusión en estos aspectos teóricos de la ética general o médica expuestos previamente, la investigación actual enfocó su indagación en la reflexión sobre la resolución de dilemas éticos presentes en los escenarios reales del ejercicio de la endoscopia digestiva, llegando incluso más allá de situaciones referentes estrictamente a la atención de los pacientes y acercándose a hechos polémicos en escenarios laborales, formativos e investigativos en los que se ejerce la endoscopia digestiva en el país.

La reflexión propiciada y consensos obtenidos en los 21 dilemas abordados, pretenden constituirse en un marco general de referencia en el que se desenvuelva el ejercicio ético y también moral de las especialidades que tienen que ver con la endoscopia digestiva. Desde su postura incluyente están denotando, a partir de sentires personales, unas formas consensuadas de “ser social” que bien pueden permear comportamientos y constituirse en recomendaciones para otras áreas del ejercicio médico.

## OBJETIVO GENERAL

Establecer consensos sobre aspectos básicos y mínimos referentes a principios y valores éticos, con los que se puedan abordar dilemas presentes en la práctica médica de especialistas que ejercen en disciplinas relacionadas con la endoscopia digestiva.

## Objetivos específicos

- Identificar comportamientos y actitudes al enfrentar dilemas éticos en diferentes escenarios contractuales.
- Establecer consideraciones sobre el respeto a la propiedad intelectual del trabajo en endoscopia digestiva.
- Caracterizar los principios y valores que orientan las relaciones actuales entre los especialistas y los pacientes.
- Significar las interacciones que se dan dentro de los equipos de trabajo.
- Reconocer la importancia de la formación en principios y valores éticos para la práctica de la endoscopia digestiva.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal, con enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo).

### Participantes

Al primer Consenso colombiano sobre la práctica de la endoscopia digestiva “Acuerdo en lo fundamental” fueron invitados y participaron una enfermera (vicepresidenta de una asociación iberoamericana de enfermería en gastroenterología); 4 jefes de residentes (estudiantes de postgrado) en programas de gastroenterología y endoscopia digestiva; y 29 médicos especialistas (internistas, cirujanos generales, gastroenterólogos, coloproctólogos, cirujanos gastrointestinales), dentro de ellos 8 de los 9 directores (o representantes) de los programas de postgrado acreditados en el país; 5 presidentes (o sus representantes) de asociaciones científicas de enfermedades del tracto digestivo y 11 ex presidentes de las mismas; maestros de la endoscopia; docentes y directores de institutos de endoscopia digestiva, considerados líderes de opinión.

El grupo de investigación pedagógica estuvo constituido por 3 magister en Educación y una auxiliar investigativa, quienes realizaron el diseño metodológico, implementación, sistematización, análisis y escritura del documento.

El 83% de los participantes fueron de género masculino y 17% de género femenino; 80% tenía edad mayor a 40 años; 63% tenía un tiempo de práctica profesional de más de 20 años; y 13%, entre 15 y 20 años.

### Técnica de recolección de información

En la recolección de datos se utilizó el método Delphi (1, 6) que permitió, desde la expresión de opiniones, lograr mayorías o consensos, para formular recomendaciones.

En el trabajo general se definieron dos variables (o dimensiones) principales: lo Formativo y lo Ético. En el presente artículo se están presentando los consensos alcanzados respecto a la segunda variable “Aspectos éticos”.

Se elaboró la encuesta No. 2 (figura 1) con 21 afirmaciones (a manera de dilemas), que se distribuyeron en 5 grupos, de acuerdo con las siguientes variables (o categorías) secundarias:

- Escenarios contractuales
- Propiedad intelectual
- Relación con los pacientes
- Relaciones con el equipo de trabajo
- Formación en ética.

Cada pregunta se evaluó de acuerdo con una escala de Likert de 1 a 5, así: 1 Totalmente en desacuerdo; 2 Desacuerdo; 3 Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo); 4 De acuerdo; y 5 Totalmente de acuerdo.

Se realizó pilotaje de la encuesta en dos momentos, con 8 gastroenterólogos pertenecientes a la Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva (ACED) quienes la respondieron en forma autónoma y privada. Al terminar su diligenciamiento, se discutió con todos acerca de la claridad, la pertinencia y la intencionalidad de cada pregunta. Con sus observaciones, se realizaron los ajustes correspondientes hasta llegar a la encuesta final aplicada durante el consenso.

A las cuatro mesas redondas en que se distribuyeron los 34 participantes (cada mesa con moderador, secretario y orientador del grupo de investigación), se explicaron las fases del consenso (presentación del problema; primer lanzamiento del cuestionario con respuesta escrita individual; segundo lanzamiento de encuesta, para discusión verbal y en grupo; socialización grupal de los consensos de cada mesa; y por último, votación final del cuestionario, en ejercicio individual, privado y electrónico) (7).

## METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS

La parte cuantitativa, manejada con estadística descriptiva, se centró en la determinación de porcentajes, considerando “consenso” a la obtención de 75% o más de la votación final, individual y privada. Finalmente se decidieron 3 grupos que definirían el consenso: el primero, con la sumatoria de los porcentajes obtenidos como “Totalmente de acuerdo” y “De acuerdo”; el segundo, a la sumatoria de los porcentajes de “Totalmente en desacuerdo” y “Desacuerdo”; y el tercer grupo, con el porcentaje obtenido de “Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo)”.

La parte cualitativa se abordó desde el método de Análisis de contenido, recuperando las discusiones de las mesas redondas grabadas en audio. El eje del análisis estuvo orientado por las categorías definidas y expuestas previamente (8).

Pregunta	1	2	3	4	5
<b>1. Ética y escenarios contractuales. Usted considera que:</b>					
Ha ocupado u ocuparía espacios laborales que han quedado libres, cuando el grupo de trabajo previo no ha llegado a acuerdos con los contratantes.	1	2	3	4	5
Consultaría con el grupo previo las condiciones contractuales, en especial, las económicas, por las cuales no hubo acuerdos.	1	2	3	4	5
El ingreso a ciertos escenarios (universidades, EPS, IPS) limita la autonomía para el ejercicio y desarrollo profesional.	1	2	3	4	5
El tipo de contratación limita desarrollos investigativos, educativos, institucionales y hasta personales.	1	2	3	4	5
El lugar de trabajo determina la relación entre colegas.	1	2	3	4	5
<b>2. Ética y propiedad intelectual (entendido como el reconocimiento de un derecho particular a favor de un autor-autores sobre las obras del intelecto humano (ideas, teorías, prácticas, publicaciones, inventos (objeto, técnica, proceso, instrumentos, tecnologías)). Usted considera que:</b>					
Los reconocimientos de trabajo grupal prevalecen sobre las distinciones individuales.	1	2	3	4	5
La autoría intelectual reconocería solo aportes teóricos y prácticos.	1	2	3	4	5
El reconocimiento de una idea original es tan importante como el hecho de publicarla.	1	2	3	4	5
La escritura y publicación deben conceder los créditos respectivos a cada persona interviniente en un trabajo.	1	2	3	4	5
<b>3. Ética y relación con los pacientes. Usted considera que:</b>					
El tipo de vinculación del paciente al sistema de salud determina el tipo de atención que se le otorga.	1	2	3	4	5
El número de pacientes determina la calidad de la atención.	1	2	3	4	5
El contacto humanitario va en contravía con el desarrollo endoscópico tecnológico.	1	2	3	4	5
El consentimiento informado tiene mejores alcances informativos que la explicación directa del médico.	1	2	3	4	5
La prescripción de tratamientos tiene intereses diferentes a las mejores prácticas reconocidas.	1	2	3	4	5
<b>4. Ética y relaciones con el equipo de trabajo. Usted considera que:</b>					
Los tipos de relación (profesionales, laborales, personales, contractuales) están determinados por el estatus (posición particular asignada por la sociedad, grupo y cultura) individuales dentro del grupo de trabajo.	1	2	3	4	5
El ambiente de trabajo grato es una consecuencia de acogerse a prácticas endoscópicas seguras.	1	2	3	4	5
El respeto va más allá del reconocimiento profesional del otro.	1	2	3	4	5
Los especialistas médicos y quirúrgicos son, por naturaleza, incompatibles o por lo menos tensionantes.	1	2	3	4	5
<b>5. Ética y su formación. Usted considera que:</b>					
Los principios éticos son heredados y no son corregibles.	1	2	3	4	5
La resolución de dilemas éticos se aprende desde la práctica cotidiana.	1	2	3	4	5
El desarrollo endoscópico tecnológico favorece la formación en reflexiones éticas.	1	2	3	4	5

**Figura 1.** Encuesta 2. Aspectos éticos en endoscopia digestiva.

## Aspectos éticos

Los participantes fueron informados de los objetivos del consenso y de la investigación, en especial sobre la confidencialidad con que se manejarían los datos obtenidos.

Igualmente, se solicitó la autorización por escrito (a manera de consentimiento) para que todas las sesiones (mesas redondas y encuentros generales de todo el grupo) fueran grabados en audio y video. Estos registros se mantienen en custodia y bajo salvaguarda.

## RESULTADOS

La forma de presentación que se muestra a continuación, está organizada de acuerdo a las categorías principales y secundarias. Se utiliza una gráfica de sumatoria de porcentajes obtenidos, resaltando con negrilla las votaciones que obtuvieron un resultado de consenso (75% o más). A continuación de la gráfica, se exponen los principales argumentos (a manera de voces textuales) con los cuales se sustentan los acuerdos y se soporta el análisis cualitativo hermenéutico de la investigación.

Respecto a la *primera categoría*, que buscaba aclarar las acciones y consideraciones de los participantes del consenso frente a dilemas generados en espacios laborales y contractuales, los resultados fueron (figura 2):

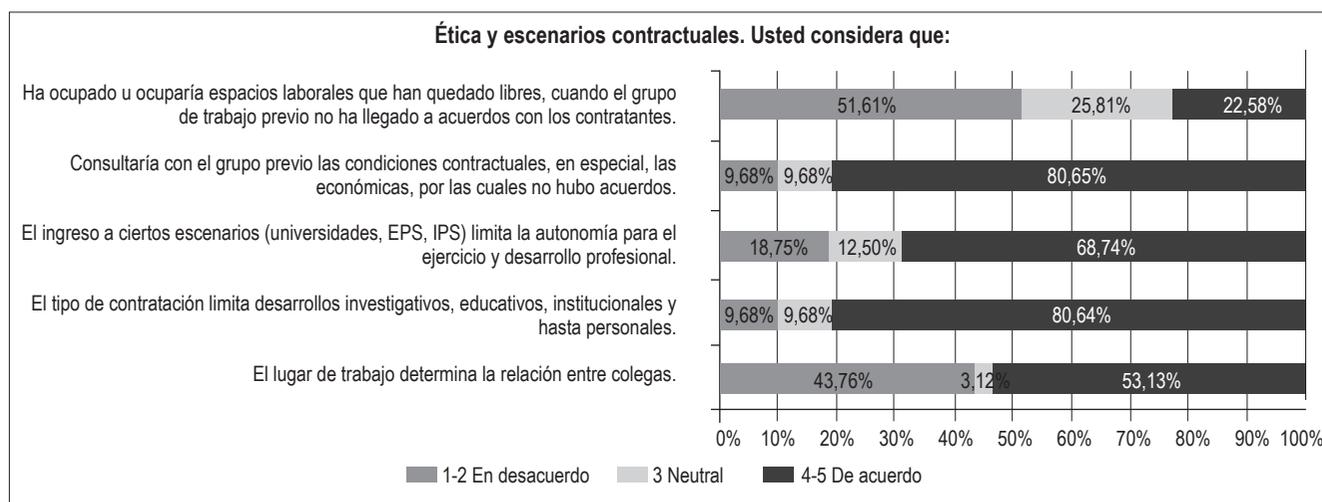
Hubo consenso *de acuerdo* (80,65%) respecto a consultar con el grupo previo cuando se va a entrar a reemplazarlo en una determinada institución; en especial sobre las circunstancias por las cuales estos últimos no llegaron a un acuerdo con el empleador: "...de todas maneras consultaría cuál había sido el motivo de salida, las condiciones y la situación especial por la que se abandonó el espacio laboral"; pero se hace claridad que si la consideración del desacuerdo entre las partes fue solamente económica "... ir a ofrecer un peso menos, eso no lo haría ..." o "... ir a ofrecer menos para que me lo den a mí y saquen al otro..." se incurriría en una *competencia desleal*, no ética. Y es diferente con otra posición en que "... puede ser que a la otra persona le puede parecer que le estaban pagando poquito y para mí no me parece poquito, y yo lo puedo hacer por ese precio... entonces eso es válido... eso es otra historia..."; por consiguiente aquí se respetaría la *autonomía* por la cual cada profesional le asigna valor a su trabajo.

Se considera pertinente, entonces, el conocer con profundidad el entorno laboral al cual se va a acceder ya que "...si se ha hecho una *injusticia* con alguien... no se debería patrocinar eso ... si alguien está trabajando bien, que hace las cosas bien, yo no voy a reemplazar a ese y a solucionarle el problema al administrador (por ej. Una injusticia tarifaria)...".

Sobre el tercer dilema que indagaba si el tipo de contratación limitaba desarrollos investigativos, educativos, institucionales y hasta personales, se obtuvo consenso *de acuerdo* (80,64%), al igual que se obtuvo mayoría *de acuerdo* (68,74%) en el cuarto dilema respecto a si el ingreso a ciertos escenarios afectaba o influía en la autonomía y el desarrollo profesional del especialista que utilizaba la endoscopia.

Así, se mencionó que a pesar "... del tipo de contratación, la persona proactiva puede lograr hacer cosas investigativas...", es claro para la mayoría que en el escenario real "... la contratación sí limita ... especialmente a los que trabajamos en EPS... hay restricciones y no hay ningún tipo de aliciente para ayuda académica, desarrollo de investigación ... ni estímulo para innovación o calidad..." puesto que todo está centrado en la asistencia: "... no puede uno demorarse pasando una revista o discutiendo casos ni nada... lo que usted tiene es que producir".

De esta forma, las *libertades y posibilidades* son diferentes según el sitio en el que se labora: por un lado, quienes tienen vinculación a una universidad consideran que "... nunca la universidad me ha limitado... la universidad es la que menos limita...". Por el contrario, "... en una EPS... que no debería limitar la *autonomía* ... en la práctica sí la limita, sea directa o indirectamente..." por ej.: "... al no aceptar algún tipo de tratamiento o al colocar un número abultado de consultas por hora ...usted de 2 a 7 pm debe



**Figura 2.** Ética y escenarios contractuales. Se obtuvo consenso *de acuerdo* en dos de los cinco dilemas y mayoría en los otros tres.

ver 20 pacientes... o sea 20 min por paciente... y en tu ética consideras que deben ser 45 min por consulta... o lo haces en 20 min o te vas... eso es lo que les pasa hoy a la mayoría de trabajadores de la salud...”

Sin embargo, se acepta que la autonomía profesional tiene límites que van más allá de la actividad individual; en especial, se entiende que el sistema de salud vigente enmarca la práctica de la endoscopia en normatividades que deben ser comprendidas y respetadas: “...no se debe entender la autonomía como la libertad completa mía: hacer lo que yo quiero; es que como yo lo hago me funciona, así tenga un bajo nivel de evidencia; no me adhiero a un protocolo ... (por el contrario) debería haber cierto control y limitación...”, todavía que el sistema quiere “...tener control en el gasto, daños colaterales, en complicaciones, etc... eso exige limitar la autonomía... pues no podemos llegar al esoterismo... qué pena, pero si hacer lo que uno quiera es autonomía, por mi parte, que acaben con la autonomía”.

Frente al dilema de ocupar espacios laborales que han quedado libres cuando el grupo de trabajo previo no ha llegado a acuerdos con los contratantes, se obtuvo mayoría *de acuerdo* (51,61%). La discusión fue amplia en la medida que es en los escenarios contractuales donde se “...ponen a prueba los valores éticos en su máxima expresión, de los cuales es fácil desprenderse...”, toda vez que los intereses que se mueven pueden interferir con “...la visión ética que se tiene del ejercicio profesional...”, especialmente cuando estos valores no se tienen solidificados, por ej.: el *colegaje* porque “...una buena relación entre colegas debería prevalecer por encima de lo que sea...”.

En hipótesis como las planteadas, las respuestas varían según los contextos particulares y en este sentido sería pertinente y válido conocer los motivos de desacuerdo y retiro de un grupo; de esta forma, no sería antiético el ocupar estos espacios si “...los motivos de salida fueran algo *razonable*... por ej.: porque estén estableciendo que hagan algo en contra de lo *legal* o de lo *ético* en el accionar de esos médicos...”. Por el contrario, no se deberían ocupar estos espacios laborales si la razón del desacuerdo fuera por presión institucional, donde “...el grupo renuncia porque le obligan a hacer cosas antiéticas... a hacer endoscopias con poco tiempo de reprocesamiento... porque se reutilicen, fuera de normas legales, aditamentos de endoscopia... o porque les exijan una carga de productividad exagerada...”.

El quinto dilema, que indagó si el lugar de trabajo determinaba las relaciones entre colegas, obtuvo mayoría *de desacuerdo* (53,13%), ya que no se considera que dicho espacio genere una relación de causalidad, hacia lo positivo o lo negativo, en lo que respecta al *colegaje*. Pero se acepta que “...el ambiente en los diferentes sitios es disímil porque hay personas que son muy hostiles... usted entra a un lugar donde todo mundo está estresado... por mal ambiente de

trabajo... entonces sí afecta...”. Pero el tipo de relación con el colega médico no debería cambiar “...trabaje donde trabaje...”; aunque se debe ser consciente que “...la forma en que tú trabajes sí afecta a los colegas que trabajan contigo... si eres de los que usas un lenguaje soez, afecta... ahora, si tú trabajas en un lugar armónico, esto influye positivamente...”.

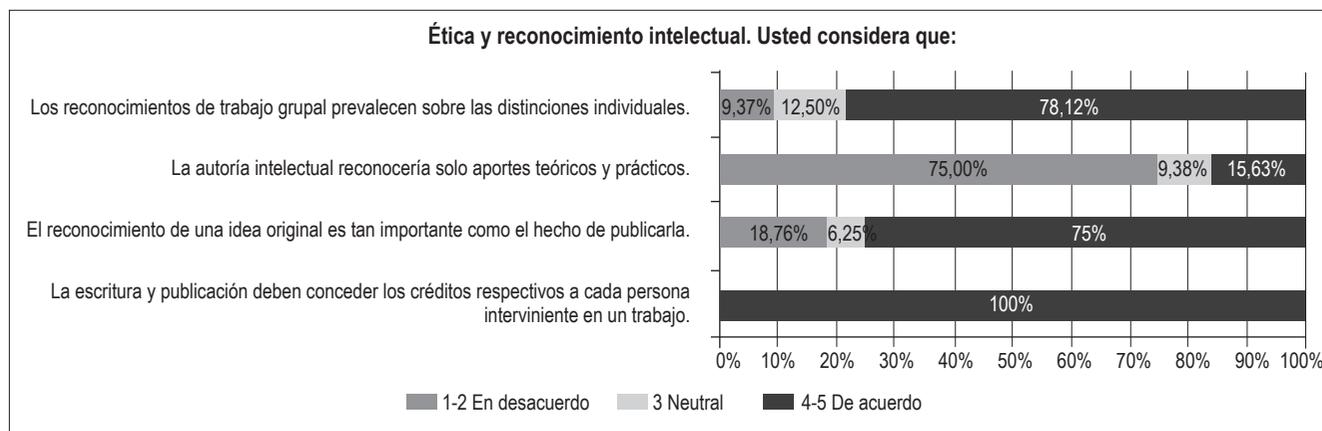
En este orden de ideas, ciertos ambientes de trabajo generan poco contacto con los colegas y sus relaciones son muy políticas, muy distantes y muy frías, especialmente cuando “...la carga laboral, exigencias administrativas, la presión, la necesidad de tener indicadores de producción...” distancian a los profesionales. Pero el *colegaje* no solo podría resentirse por el ambiente laboral: también se estimularía desde el *aprecio, el respeto, el querer al colega*, es decir moviendo “...principios que están por encima de esos ambientes tensionantes... pues uno debe poder ser buen colega independiente del sitio donde esté... porque si el sitio me obliga a ser mal colega, yo me debo salir del sitio”.

Respecto a la *segunda categoría*, referente a dilemas relativos a ética y reconocimiento intelectual, se encontró (figura 3):

En el primer dilema, que indagaba si los reconocimientos del trabajo grupal deberían prevalecer sobre los individuales en los trabajos de orden profesional e intelectual, se obtuvo consenso *de acuerdo* (78,12%), puesto que para los participantes es importante reconocer el papel realizado por todos los miembros del grupo, mantener un *equilibrio* entre la labor del grupo y la individual toda vez que cuando se “...trabaja en grupo debe haber una cabeza... pero debe haber reconocimiento para todos los miembros... (en la medida que) cada miembro aporta algo que es importante para el grupo”. De manera que lo ideal es “...el *reconocimiento* del trabajo grupal y también de los aportes que individualmente cada uno hace... lo que predomine será un juicio de valor... que se debe dar en el interior de los grupos... desde la *autocrítica* y *madurez* interna del grupo”.

El dilema acerca de si la escritura y publicación debe conceder los créditos respectivos a cada persona interviniente en un trabajo, obtuvo un consenso *de acuerdo* total (100%), resaltando la importancia de dar reconocimiento a los aportes individuales de cada miembro del grupo, tal como se encuentra “...recientemente en algunos artículos (donde) aparece la contribución particular de cada autor...”.

Se precisa cómo “...las normas de autoría internacionales exigen que cada persona que aparezca como autor debe haber contribuido (de una y otra forma)... a la planeación, al análisis, al cuidado de los pacientes, a la vigilancia en el texto final, comentarios del trabajo...”, de manera que reflejen las funciones establecidas internamente por el grupo y que muestren realmente los “...aportes en el trabajo, (donde) debe haber participación real y no nominal... en



**Figura 3.** Ética y reconocimiento intelectual. Se obtuvo consenso *de acuerdo* en tres dilemas y *de desacuerdo* en solo uno.

el diseño, planeación y ejecución del artículo y del trabajo (más allá de lo administrativo) ...”.

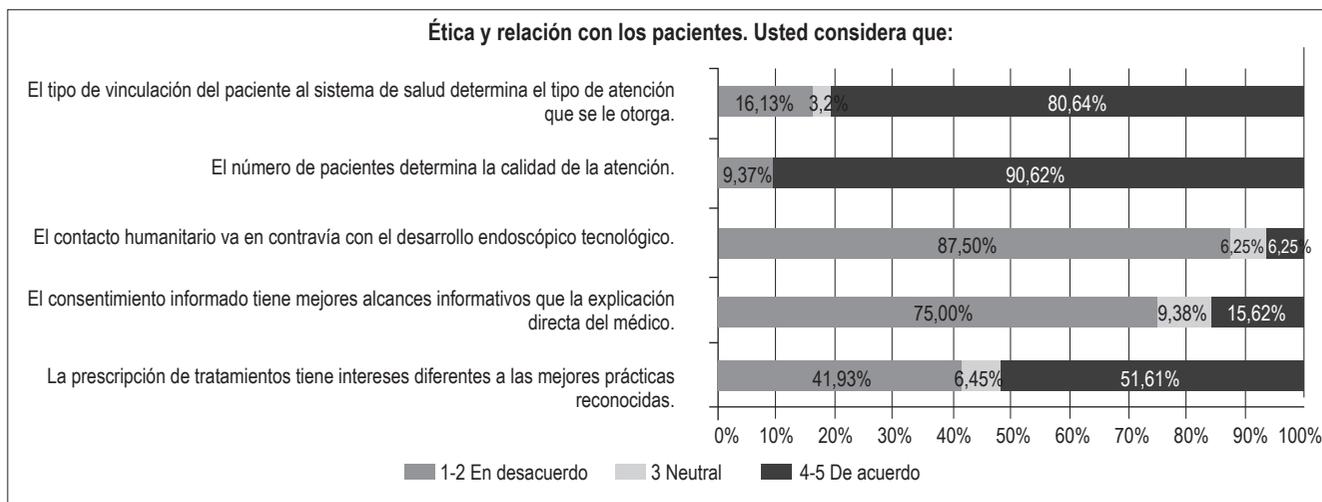
El dilema de si el reconocimiento de una idea o práctica original es tan importante como el hecho de publicarla obtuvo consenso *de acuerdo* (75%), porque la importancia de reconocer la idea original acarrea un valor de *honestidad* frente a quien la ideó. Sin embargo, se resalta la importancia de publicarla toda vez que aunque “...de ella es de donde se parte todo, ella solo es reconocida si usted la patenta ... pues si en una charla usted menciona una idea pero yo la tomo y la desarrollo por varios años, no puedo reconocer eso ... su sola idea de investigación es genial pero usted no arrancó el proyecto, pero la idea fue suya...”. Por ende, se insiste que frente a una idea, lo que se debe hacer es publicarla puesto que “... mientras no se publique, no existe ... la publicación es un requisito para que la idea se cristalice...”.

En el mismo sentido, el dilema de si la autoría intelectual reconocería solo aportes teóricos o prácticos, obtuvo

consenso *de desacuerdo* (75%) porque “...hay ideas que son muy importantes, no solamente más allá de lo que está escrito y lo que está dicho... hay ideas y, especialmente, prácticas que no están publicadas, de mucho tiempo atrás ... que deben ser reconocidas como una obra de la vida...”. Así, debe existir un equilibrio entre lo que aporta una idea y lo que se materializa en una práctica o en una publicación, ya que así como “... a veces las ideas no alcanzan a tener solidez... muchas prácticas son una obra en construcción permanente (como escuela) ... toda una obra de vida, que es la que se reconoce por sus múltiples acciones durante muchos años...”.

Sobre la *tercera categoría*, referente a dilemas relativos a *Ética y relación con los pacientes*, el consenso mostró (figura 4):

El primer dilema, que interrogaba si el tipo de vinculación del paciente al sistema de salud determina el tipo de atención que se le otorga, obtuvo consenso *de acuerdo*



**Figura 4.** Ética y relación con los pacientes. Se obtuvo consenso *de acuerdo* en dos dilemas, *de desacuerdo* en otros dos dilemas y mayoría *de acuerdo* en un dilema.

(80,64%), en la medida que se considera que "...la ley 100 y su sistema de salud, los intermediario... han hecho mirar en forma diferente a los pacientes de las distintas modalidades... la atención francamente es diferente entre los pacientes del régimen subsidiado a los del régimen contributivo o a los de medicinas prepagadas o al paciente que cubre sus propios costos... no debería ser diferente pero lo es en la calidad de la atención... es una realidad".

La normatividad impuesta al médico en el sistema en general (y en sentido particular, en cada uno de los regímenes mencionados previamente) ha hecho que, por ej.: frente a procedimientos endoscópicos el médico "...empieza a actuar a la defensiva... o usted hace un diagnóstico... o una formulación... o un determinado procedimiento..."; pero, de acuerdo al tipo de afiliación que tenga el paciente "...usted tiene que hacer estrictamente lo que le mandaron, según lo que le van a reconocer (económicamente) por lo que hace... y usted tiene que *hacer lo mejor que pueda* dentro de eso... entonces el sistema sí afecta el tipo de atención que se le otorga...".

Lo anterior no implica que no haya *conciencia* sobre los riesgos al desempeño ético de la profesión en estas condiciones particulares del sistema de salud colombiano actual; de allí que se abogue por mantener principios y valores centrales como "...el *hablar con el paciente* (lo cual) está por encima de todo... por eso uno no puede trabajar donde no pueda hablar con el paciente...". Esta acción básica de comunicación está permeada por el valor ético de la *veracidad* que puede ser amenazada por hechos reales como que "...en muchos sitios, el doctor no sabe ni cómo se llama el paciente y le pone un tubo adentro". Hay afectación entonces, tanto de la atención del paciente como de la práctica profesional, la cual "...se fragmenta entre diferentes entidades y profesionales, pues se envía al paciente a un médico, luego a otro al procedimiento, luego a otro al control, a otro médico a que lo opere...". Es así como la normatividad, en algunos escenarios puede ser tan extrema, que se alcanzan a percibir riesgos hasta de la vinculación laboral: "...si usted pasa al general por encima del soldado y usted salva al soldado y no al general... al otro día lo votan del hospital, ¿o no?..."; indudablemente, la ética está en permanente dilema.

El segundo dilema, de si la calidad de la atención se afectaba de acuerdo al número de pacientes que se obliga a atender, obtuvo consenso *de acuerdo* (90,82%), en concordancia y relación con el dilema expuesto antes. Las exigencias del sistema de salud actual afectan la calidad de la atención, no solo por el tipo de vinculación; también "...influyen muchos otros aspectos: tipo de pacientes, condiciones del sitio, tiempos de lavado de equipos... creo que un endoscopista debe hacer cuantos procedimientos pueda éticamente hacer con orden... pero en las instituciones

están programando un número mayor de pacientes de los que se deberían ver por hora...".

En este punto central, se considera un pacto sobre protocolos de atención en el que "...debería haber un acuerdo sobre el número máximo de procedimientos a hacer por hora... entre los contratantes y los médicos, teniendo en cuenta la situación particular..."; pacto que también interprete las necesidades institucionales, ya que no son iguales las prácticas endoscópicas en escenarios universitarios donde "...yo no puedo trabajar de carrera... necesito mínimo treinta minutos para cada uno, para así hablar con el paciente..."; o en escenarios exclusivamente asistenciales donde en ocasiones "...se pasan los límites de los protocolos... pues se imponen unos tiempos y estos son violados por el número excesivo de pacientes... el concepto *humanitario* va en contravía de esto...".

Ante un sistema ineficiente donde, por un lado está, por ej.: la alta incidencia en cánceres digestivos diagnosticados tardíamente; y por el otro, el gran retraso y falta de oportuno acceso a la atención endoscópica, se escucharon planteamientos ampliamente discutibles para resolver el grave dilema de la atención como: "...ante nuestra realidad... prefiero una endoscopia 90% bien hecha y no una endoscopia demorada 180 días..." en referencia a continuar aceptando la realización de endoscopia digestiva por especialistas con solo un año de entrenamiento.

El tercer dilema preguntaba si se contraponen o van en distinto sentido el contacto *humanitario* con el paciente y el desarrollo endoscópico tecnológico inherente a la práctica de la endoscopia digestiva actual. Se obtuvo consenso *de desacuerdo* (87,5%): no tendría por qué haber disociación entre ambos aspectos toda vez que "...yo seguiría cerca de mi paciente, le explicaría lo que le voy a hacer... lo mejor (humano y tecnológico) que tengo... y le tengo que decir todo eso y se lo hago...". De esta forma el trato humanitario no puede ser reemplazado o rebasado por diferentes avances tecnológicos los cuales, por el contrario, deben estar al servicio *del bienestar de la dignidad y el respeto total del paciente* y de los cuales el paciente debe recibir la suficiente información respecto a su nivel de desarrollo, alcances y limitaciones, riesgos y ventajas.

El cuarto dilema preguntaba si el consentimiento informado escrito tenía mayores alcances informativos que la explicación directa del médico, el cual obtuvo consenso *de desacuerdo* (75%) y se adujo que el alcance del consentimiento informado "...puede ser ético o legal; pero el verbal es más ético, lo escrito es más legal...". En ese sentido, se plantea que puede haber "...consentimiento tácito que existe cuando se tiene una buena relación, uno lo puede comprobar a través de las enfermeras... lo hace como si fuera un contrato verbal..."; sin embargo, se acepta que "...cuando se asiste como peritos frente a una demanda, lo que vale es lo que está escrito y con letra tangible...".

Esta consideración por lo legal se enfrenta a percepciones como que, en algunos casos “...el paciente queda más tranquilo cuando uno le habla y no cuando le pasa las dos hojas... uno le habla aunque sea dos palabras...”; se considera que el paciente tiene más claridad cuando el médico tratante le explica con detalles cada uno de los procedimientos a llevar a cabo, y en la mayoría de los casos que “... muchos pacientes no leen el consentimiento, no lo entienden... y lo firman porque si no, no lo atienden... (por eso) en nuestro servicio en colangio (CPRE) hasta le hacemos el dibujito y nos tomamos el tiempo (así el anestesiólogo esté furioso) *explicando todos los riesgos posibles*, incluyendo la muerte...”.

La anterior postura está en concordancia con la normatividad colombiana donde “...el código de ética (Ley 23 de 1981- Normas en materia de ética médica. Art. 11) dice que uno no debe preocupar innecesariamente al paciente asustándolo demasiado, pero a la vez tiene que explicarle todo... debe haber un *equilibrio*... (creo que) es más fácil que llegue (mediante) el lenguaje hablado que el escrito... ahí si depende de que el paciente lea... (pero) aquí no leen, como sí en EE.UU. donde (los pacientes) leen y se informan...”.

No ha de olvidarse que la tecnología permite el uso de videos para ambientar el conocimiento que el paciente debe tener del procedimiento que se le va a realizar, teniendo en cuenta que también se le puede “... entregar en la consulta (los días anteriores) para que lo mediten en la casa... y hasta con el abogado...”. Del mismo modo, es de gran importancia la presencia de un testigo al diligenciar el consentimiento informado y lo mejor es que “... siempre tenga que ir con un familiar (el más cercano)... y él también escucha esa explicación... porque cuando el paciente se complica, el que sale a las peleas es el familiar...”.

Se insiste que, en relación con el consentimiento informado, lo verbal y lo escrito no se excluyen y que por el contrario “... la *ley praxis* y la ley médica dice que deben usarse ambos métodos, es obligatorio darlo por escrito y explicárselo delante de testigos, porque lo que está escrito no es del todo válido pues el paciente luego puede decir que no entendió y que lo forzaron a firmar algo que no entendía...”, pretendiendo invalidar lo que el especialista da por hecho.

El último dilema de esta categoría hacía referencia a si la prescripción de tratamientos tenía intereses diferentes a las mejores prácticas reconocidas; obtuvo mayoría *de acuerdo* (51,61%) con una divergencia marcada dada por la percepción de la intervención de la industria farmacéutica y de equipos médicos en el apoyo que reciben muchos gastroenterólogos, especialmente en las actividades de educación continua (usualmente con la asistencia a congresos de la especialidad); sin embargo se es claro que “...el *bienestar del paciente no debe verse afectado por intereses comerciales*, por ningún tipo de interés... el acto médico debe velar

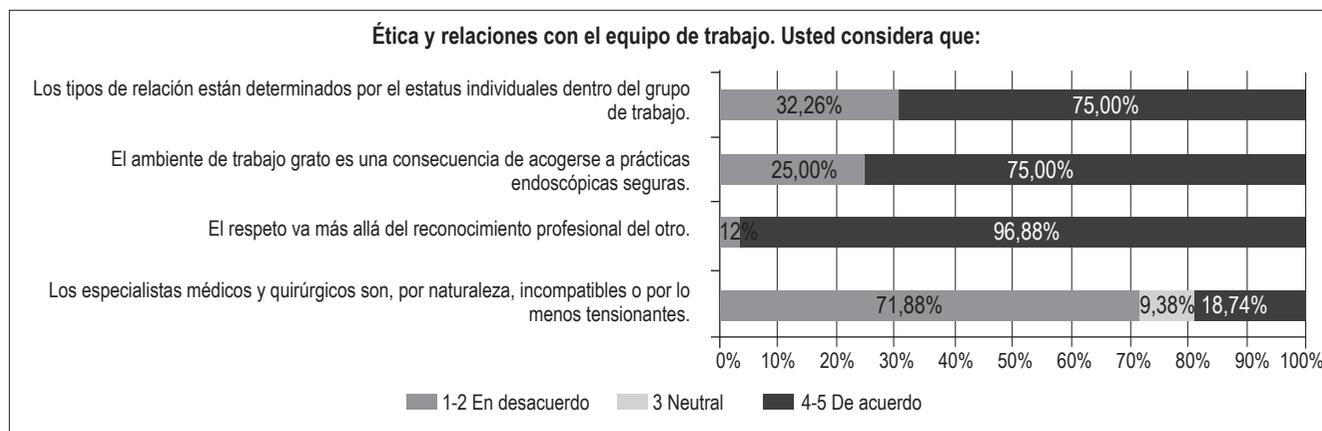
exclusivamente por su único objetivo que es el bienestar del paciente, sin distinguir por cultura o economía...”.

Hay quienes perciben que la realidad de la relación con la industria farmacéutica “... es que nos presiona para prescribir... y entonces debemos tener una ética y un comportamiento para hacerlo...”; y se presentan incluso ocasiones en que intereses diferentes a la educación continua sobresalen y se acercan al *lucro* “... que son amenazas contra la ética... elementos muy poderosos... viajes, congresos, prebendas personales que no deben interferir pero son amenazadas... incluso en las EPS, por ej.: los tratamientos para programas No-POS...”. La comprensión, tanto de los intereses de la industria farmacéutica como del marco ético del comportamiento profesional pueden ir de la mano en la medida que el acto médico nunca se desprenda de valores centrales que protegen al paciente y que tienen que ver con “... el *beneficio* que se obtiene con la seguridad, la *veracidad*, la *eficiencia*, la *eficacia*, la *equidad* y la *oportunidad*... por ende no hay nada más importante que velar por valores como el *respeto*, la *humanidad* y la *dignidad* del paciente...”.

En referencia a la *cuarta categoría*, sobre dilemas relativos a Ética y relaciones con el equipo de trabajo, se encontró (figura 5):

El primer dilema, que indagaba si los tipos de relación (profesionales, laborales, personales, contractuales) estaban determinados por los estatus individuales (entendidos como la posición particular asignado por la sociedad, grupo y cultura) de las personas dentro del grupo, obtuvo consenso *de acuerdo* (75%) en el sentido que, a pesar de que algunos consideran que las *relaciones* “... con *colegas*, *enfermeras* y con *todos deben ser igualitarias*...”, hay quienes sostienen que “... los tipos de relaciones están determinados por el estatus... a su vez condicionados por lo social, económico, relaciones de amistad o de parentesco... a su vez asignado por sociedad, grupo y cultura... esa es una realidad de Colombia... no es lo ideal pero es así...”.

El segundo dilema postulaba que el ambiente de trabajo grato es una consecuencia de acogerse a prácticas endoscópicas seguras y obtuvo consenso *de acuerdo* (75%). Aunque hay quienes no ven relación entre ambiente de trabajo y *prácticas seguras* en la medida que “... se puede tener muy buen ambiente de trabajo pero hacer muy mal una endoscopia... o puede tener buenas prácticas y un ambiente de trabajo pésimo...”, para otros participantes sí es consecuente que “... si se trabaja donde hay prácticas seguras, pues ahí debe haber un buen ambiente... pues si todos trabajan bajo los mismos preceptos, el grupo va a tener buenos resultados y el ambiente de trabajo será bueno...”. Aporta al buen ambiente de trabajo “... el hecho de saber que usted tiene un equipo de trabajo seguro, que llega a la unidad



**Figura 5.** Ética y relaciones con el equipo de trabajo. Se obtuvo consenso *de acuerdo* en tres dilemas y *de desacuerdo* en uno de los dilemas.

de endoscopia y los *protocolos se guardan* y se hacen en la regla... eso genera ambiente de tranquilidad...".

En el mismo sentido, el tener *buenas relaciones* que vayan más allá de lo social adquiere marcada importancia, porque nada se obtiene de "... tener buenas relaciones si no hay buena práctica... que induce al error diario o muy frecuente..."; porque esa deficiencia en la práctica profesional "... termina afectando el ambiente laboral... esta es también una consecuencia...". A este respecto, un ejemplo típico es la forma como en "... algunos hospitales estatales tienen un ambiente espectacular de trabajo... sin embargo, no siempre tienen las condiciones más seguras para el paciente... pero el ambiente de trabajo es fabuloso... porque la gente tal vez necesita trabajar con las uñas...". Pero las malas relaciones también pueden tener sus consecuencias en la *seguridad* de la práctica profesional pues "... en algunas clínicas privadas, donde hay todos los recursos pero hay pugna entre los médicos... y ambientes hostiles..." que pueden interferir en *decisiones acertadas o justas* para los pacientes.

El tercer dilema sobre si el respeto va más allá de reconocimiento profesional del otro, obtuvo consenso *de acuerdo* (96,88%) con argumentos que soportan la concepción general de la *igualdad entre seres humanos*, géneros, razas, creencias religiosas; muy por encima de las desigualdades entre los niveles formativos del profesional o del tipo de disciplina al que se dedica.

El último dilema indagaba por las diferencias ancestrales entre los especialistas gastroenterólogos clínicos y quirúrgicos y sobre su aparente natural incompatibilidad o tensión. Hubo mayoría *de desacuerdo* (71,88%), pues se considera que esta apreciación es "... un mito que se ha extendido... aunque claro que existe tensión entre ambos...".

Sin embargo, es claro que en algunos programas de formación se mantiene una exclusividad clínica, por eso "... yo no tengo problemas con los cirujanos, pero al servicio no los dejo entrar... nuestro servicio fue creado por y para

internistas...". Pero, al contrario, algunos programas de gastroenterología con énfasis quirúrgico son concientes que "... los cirujanos salen y (deben resolver y) hacer consulta de gastroenterología sin entrenamiento gastroenterológico clínico suficiente, pero te deben manejar con todo... deberían recibir formación de parte de internistas... por eso efectivamente los mandamos a rotar con ustedes (los internistas)...".

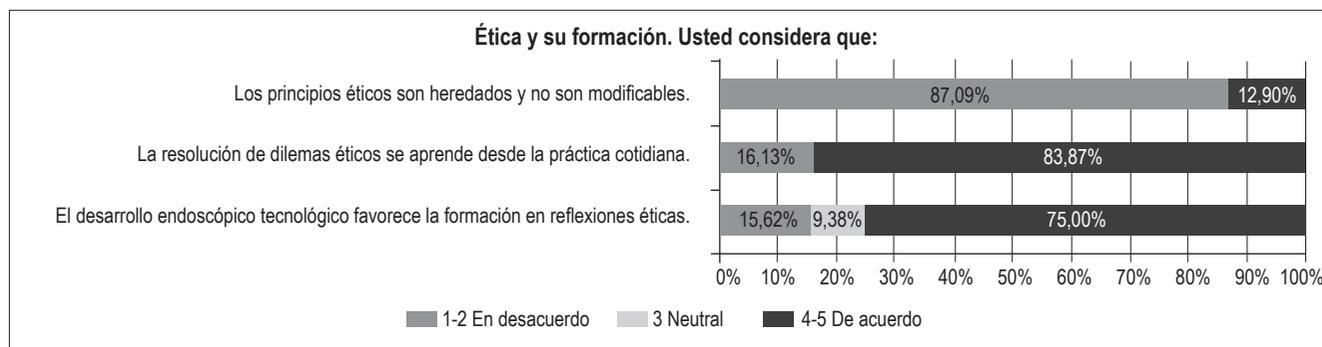
En ese sentido, se aprecia cómo en los grupos donde hay "... gente de ambas partes, eso fortalece... eso genera *ayuda mutua* que ha fortalecido al grupo..." donde se comparten conocimientos, se apoyan técnica y conceptualmente, de manera que ahora hay una tendencia a aceptar esa *complementariedad*.

Esa apertura propicia otra dimensionalidad a la *comunicación* entre internistas y cirujanos, toda vez que "... el respeto a las relaciones interpersonales afecta positivamente tanto el desarrollo de los sitios de trabajo como en el colegaje...", es un valor más importante que otros intereses o discrepancias que los alejen.

Finalmente, para la *quinta categoría*, sobre dilemas relativos a Ética y su formación, el consenso acordó (figura 6):

El primer dilema sugería que los principios éticos son heredados y no son modificables, lo que obtuvo un consenso *de desacuerdo* (87,09%) al considerarse que a pesar de que "... hay algo de transmisión que viene desde la cuna... también se tiene la capacidad de pensar, razonar, cambiar y mejorar sus cosas en el transcurso de la vida..." aceptando que el ser humano y sus experiencias le posibilitan discernir para modificar sus actitudes.

En el mismo sentido, la formación profesional médica, su práctica y por consiguiente su ética, que es inherente, debe ser permanente ya que lo ayuda a resolver dilemas y enfrentar situaciones de conflicto. Se debe tener siempre presente cuál es el objetivo de la profesión médica y mientras esta se



**Figura 6.** Ética y su formación. Se obtuvo consenso *de acuerdo* en dos dilemas y *de desacuerdo* en los otros tres.

ejerza, la ética debe ser una constante del devenir natural profesional.

Por otra parte, se entiende la importancia de la *formación en valores*, toda vez que “...el docente a sus alumnos les enseña no solo la endoscopia... además *enseña la moral*, cómo se saluda con su colega, cómo trata a los pacientes o a la niña que lleva el tinto... y no se hereda, se aprende... se resume en una sola palabra... *formación*...”.

Del mismo modo, asumir que los valores y principios éticos no son modificables es un contrasentido frente a la actividad docente de muchos de los gastroenterólogos puesto que “...la no posibilidad de modificar la carga (ética o moral) que se trae... es negar la postura de cualquier profesor... (lo cual) no es fácil... es como la colangiografía, que no es fácil, pero se aprende... igual es con los problemas éticos...”. Se considera entonces que la ética y su formación pueden no verse como una *enseñanza tangible o evidente* (como por ej.: hacer una colonoscopia en la que puede haber una comprobación visual e inmediata); pero la evidencia del *aprendizaje ético y moral* salta a la vista cuando el endoscopista se enfrenta a un dilema real, variable e impredecible.

El segundo dilema postulaba que la resolución de conflictos éticos se aprendía desde la práctica cotidiana, y logró consenso *de acuerdo* (83,87%); sin olvidar que la sola práctica cotidiana aporta un fragmento del aprendizaje de dicha resolución, es fundamental la precisión teórica de principios y valores de manera que “...hay que estarle recalando a la gente los valores... también requiere de educación... relacionando la experiencia con las motivaciones... mostrando el significado, coherencia y aceptación de unos verdaderos principios éticos... aprender a aplicarlos...”, de forma tal que en la práctica ética del endoscopista no se dé la posibilidad de ensayo-error, sino la madurez en la capacidad de decisión adecuada y responsable, siempre en *beneficio del paciente*.

El tercer dilema indagaba acerca de si el desarrollo endoscópico tecnológico favorecía la formación en reflexiones éticas, lo que obtuvo consenso *de acuerdo* (75%). Siendo

el desarrollo tecnológico un elemento que acompaña permanentemente a las prácticas médicas, es una necesidad que los profesionales estén en una constante actualización ya que “...en la medida en que la tecnología avanza, el médico debe tener un criterio mucho más completo y decidido de lo que va a hacer... la tecnología le permite a ese médico escoger...” sobre nuevas técnicas e indicaciones, que llevadas a contextos laborales y académicos “...exigen la necesidad que su equipo produzca... entonces ese desarrollo sí favorece una *reflexión ética* que es la que hacemos en nuestras reuniones de Gastroenterología...”, ya que hay avances o aditamentos con los que es necesario “...limitar ese uso y debe haber una reflexión sobre la ética del uso... porque si no, se empieza a usar la tecnología en lo que no debes usarla... la tecnología no me obliga... me obligan los propios valores... si no hay tentación, no hay reflexión...”.

Así como es importante el uso de nuevas tecnologías para ofrecer tratamientos óptimos a los pacientes, un valor moral central en la formación es el *colegaje*, proponiéndose que “...hay que tratar de tener menos ego (me lo sé todo, lo tengo todo, la verdad la tengo yo, yo soy el mejor) para ser más ético, para *respetar* más al otro, para entender el ser humano...”, que se constituye en la esencia del actuar no solo profesional sino personal.

Esas nuevas aplicaciones demandan reflexiones éticas sobre *beneficencia y seguridad* para los pacientes, por ej.: al enfrentar “...un desarrollo tecnológico que no está al alcance propio o la capacitación propia, lo ético es *abstenerse* de hacer ese procedimiento y pasárselo a ese colega y decirle... deme la mano que yo quiero hacer esto... en bien del paciente... no siempre hay que pensar en su fama o en su poder... o en la plata... hay que pensar en su paciente... ¿qué es lo mejor para él?”.

Se trae a colación la importancia del *papel formador* de los docentes y en especial, el propiciar su sólida formación pedagógica y ética, toda vez que en varios “...escenarios universitarios... los especialistas (recién egresados) automáticamente se vuelven profesores universitarios... tienen que dar docencia en teoría... y son obligados por las circuns-

tancias a soltarle una cirugía (o una endoscopia) a uno de esos muchachos... y asumen la *responsabilidad legal* sobre eso... y ni siquiera les pagan"; lo que desmotiva la labor docente y afecta la formación de los nuevos especialistas.

## DISCUSIÓN

La participación en un consenso de especialistas que utilizan la endoscopia digestiva como una herramienta diagnóstica y terapéutica adquiere una complejidad especial cuando uno de los temas a tratar tiene que ver con la ética en su ejercicio profesional.

Es claro que cuando se invita a reflexionar sobre dilemas éticos, no se busca dar soluciones ni recomendaciones puntuales. Pero sí se pretende llegar a plantear opciones y a proponer ideas desde el marco de las experiencias de los participantes.

Por esto, se invita a este tipo de consensos a personas con mucha experiencia en la práctica profesional puesto que desde la resolución de sus casos personales se facilita el enfoque del problema principal, llegando así a una mejor contextualización de un problema general. En este sentido, la participación conjunta de expertos, en eventos como este, permite plantear decisiones éticas maduras que de todas maneras no son la fórmula mágica para resolver dilemas porque siempre será muy difícil (por no decir impredecible) la forma como se reaccionará ante ellos.

El especialista que utiliza la endoscopia digestiva (al igual que probablemente todo el gremio médico), se encuentra entonces frente a incertidumbres éticas y morales cuando se ve confrontado a situaciones que le demandan una postura y que van más allá de los aspectos científicos, pues tocan también esferas sociales o tecnológicas, como se puede vislumbrar en los dilemas que ha mostrado esta investigación.

Las incertidumbres mencionadas se pueden deber, en parte, a la falta de preparación en ética, que le impide al médico tener un marco de referencia que delimite conceptualmente el problema planteado; por ende, que le facilite su comprensión y le posibilite dar propuestas de solución (9).

La ética puede variar en su definición de acuerdo al contexto en el que se analiza pero, en lo que se refiere a la ética médica, se encuentran y aceptan unos parámetros que han posibilitado su permanencia con el paso del tiempo y una aceptación que en general es de carácter universal. Estos parámetros, a manera de constantes, que han servido de eje al mantenimiento del concepto de la ética médica durante siglos son la práctica médica y el servicio al cuidado de la salud (9).

En este sentido, el presente trabajo aprecia como constantes estables a tres de las categorías planteadas: la relación con los pacientes, relaciones en los grupos de trabajo y a la formación en ética. Como constantes inestables, es decir

aquellas que pueden modificar el sentido ético del accionar y que están relacionadas con momentos sociopolíticos variables (como son por ej.: leyes o sistemas de salud orientados por una particular visión económica), se consideran las formas de actuar en escenarios laborales y segundo, los aspectos relacionados con la propiedad intelectual.

## Ética y escenarios contractuales

El enfrentarse a dilemas que se pueden presentar en escenarios laborales y relaciones contractuales involucra aspectos éticos que tienen que ver con tres situaciones valóricas especiales que se entrecruzan: la resolución de conflictos; el derecho al trabajo y a recibir pago por dichos servicios; y el colegaje.

Por una parte, en el sitio de trabajo puede haber conflictos de orden administrativo, o de remuneración o de atención de pacientes. Donde las políticas de funcionamiento y las instancias de decisiones usualmente sobrepasan el ámbito estrictamente médico, pero involucran al médico quien, frente a recursos limitados de salud o a lineamientos de atención centradas en la cobertura (tal como lo mencionaron los asistentes al consenso), debe adoptar posturas en las que deberían prevalecer los principios tutoriales de la ética médica, las cuales centran su interés en la protección del paciente.

Se ha sugerido que los desacuerdos entre administrativos y médicos no deberían ser ventilados frente al paciente, sino tratados en privado de acuerdo con un orden a seguir el cual sería:

- Intentar soluciones iniciales de la manera más informal posible, negociando directamente con el personal en desacuerdo.
- Obtener y respetar la opinión de todos los involucrados.
- Ofrecer una amplia gama de posibilidades de solución, explicitándole al paciente cuándo ciertas limitaciones son por recursos.
- Por último, respetar la decisión final de quien puede decidir, o acogerse a un arbitramento si definitivamente no hay acuerdos (10).

Cuando el desacuerdo entre administrativos y médicos conlleva al retiro o cambio de estos últimos, son variados los dilemas que deben enfrentar la persona o grupo que llega en reemplazo, dilemas que están ampliamente expuestos en la parte de resultados. Aquí mencionaremos, por ser elemento central en la decisión, el pago de honorarios profesionales. Está bien establecido que todo médico tiene derecho a recibir honorarios, toda vez que son "... un pago a la honra que el médico merece por sus servicios..." los cuales, para no ser fuente de abusos, se enmarcan en normas generales establecidas en cada sociedad, y que deben

tener en consideración aspectos como: no cobrar honorarios a los colegas; respetar las tarifas cuando han sido bien establecidas y acordadas; no exigir por adelantado parte o la totalidad del pago (“...no es conforme al decoro profesional...”) (11).

El caso contrario, de no cobrar honorarios, puede ser considerado antiético si lo que se busca con ello es un posicionamiento político o una vía de propaganda, situación por demás desleal con otros colegas que cobran tarifas justas. Igualmente, se considera contrario a la ética el mercantilismo de la profesión; y la dicotomía, en la cual el paciente es direccionado a determinado especialista, laboratorio o farmacia, quienes dan al médico un porcentaje del costo del servicio. Práctica que vulnera la autonomía y la justicia del paciente y la de otros profesionales no favorecidos. En este sentido, el médico no debe ser un intermediario pues no tiene derecho legal a reclamar un pago por los servicios que otros profesionales le prestan a su paciente (11).

De manera que, el percibir honorarios adecuadamente requiere que el médico sea talentoso, reflexivo y honorable, y que tenga como consideración principal el aportar bienestar al paciente, entendiendo que la remuneración más valiosa está mucho más allá del dinero que se pueda recibir (11). Es decir, independiente de las presiones del mundo moderno y globalizado, la profesión médica no debe perder nunca el altruismo; y enfrentados a negociar unos honorarios, se debería actuar con justicia y lealtad frente a los colegas que salen, sin desconocer que el nivel de remuneración y las condiciones laborales deben ser acordes con el prestigio y categoría que el individuo o grupo cree haber alcanzado.

El tercer elemento que coincide en estos dilemas tiene que ver con el colegaje médico, toda vez que ser buen colega está unido indefectiblemente a ser buen médico. Para ambas condiciones, se requieren características, cualidades y responsabilidades “buenas” que son el fruto de una formación integral con sólidas bases familiares, académicas y humanas. Como el llegar a ser es todo un proceso, no existen clases que enseñen a ser buen colega, para lo cual los principios y valores fundamentales pueden ser:

- La honestidad (lograr que lo que se dice y lo que se hace sea un reflejo de la conciencia y del pensamiento del médico; y que ello se ajuste a las normas legales y morales de la sociedad, incluso de una sociedad médica, por ej.: la gastroenterológica).
- El respeto (donde la decencia y la dignidad propia y la del otro permeen toda relación interpersonal).
- La benevolencia (búsqueda permanente del bien físico, psíquico y social del otro; o simpatía y buena voluntad hacia el otro) (12).

Estos preceptos del buen colega deberían reflejarse en conductas de lealtad y consideración mutua con los otros

médicos; y en especial no permitir que las características cambiantes del sistema de salud (como los dilemas reales propuestos en esta investigación) influyan en la relación de colaboración y apoyo entre colegas; o que hagan olvidar otros deberes que también se deben tener con ellos como la enseñanza; el respeto al prestigio y buen nombre; la actitud comprensiva ante el error médico; y la cortesía profesional (12).

## Ética y reconocimiento intelectual

Las primeras inquietudes cuando se trajo a colación el comportamiento ético frente a la producción intelectual de otros, centraron la atención en el respeto por actividades y participación en producciones científicas escritas, generación de ideas, desarrollo de proyectos y, en general, se aceptó que el reconocimiento explícito a cada tipo de aporte (grande o pequeño) reflejaba un actuar ético basado en el principio de justicia y en valores como lealtad, honradez, sinceridad y respeto por el intelectual y por la persona.

Basado en lo anterior, la propiedad intelectual ha de valorar lo concerniente a la autoría y orden de autoría en los trabajos de investigación (científicos). Ser primer autor trae consigo beneficios a nivel laboral, institucional, de reconocimiento profesional, económico, etc.; de manera que un primer autor se ha definido como “...aquel individuo que ha tomado la mayor responsabilidad por el artículo, usualmente quien posee gran interés en desarrollar un tópico...” (13).

Por su parte, se considera recomendable definir desde el primer momento otros aspectos de la autoría tales como el orden de los autores, lo cual puede realizarse al especificar las responsabilidades que cada participante va a tomar dentro de la investigación. Estas responsabilidades pueden cambiar durante el proceso, cambio que requiere un ejercicio reflexivo de todo el equipo para actuar en justicia y con honestidad ante el reconocimiento del trabajo.

De este modo, se han encontrado formatos de autoría y coautoría que facilitan el reconocimiento del trabajo elaborado por cada miembro de la investigación. Los formatos propuestos dan la posibilidad que, objetivamente al finalizar la investigación o manuscrito, los acuerdos iniciales sobre derechos de autoría y coautoría puedan cambiar de acuerdo a los roles y tareas que fueron efectivamente realizadas por cada persona; todo depende de las responsabilidades asumidas y ejecutadas por todos y cada uno de los miembros y de los valores éticos expuestos, sobre los cuales se puede llegar a este tipo de acuerdos (13).

Pero en esta categoría, se olvidó proponer un tema que tiene que ver con la validez del conocimiento, es decir la epistemología del conocimiento médico que se genera en producciones intelectuales provenientes de investigaciones

médicas, muchas de las cuales mostraron su aspecto más cruel en el siglo XX; no es sino mencionar a Auschwitz y Dachau para recordar la forma como la investigación no tuvo ningún marco ético que la limitara. Este descontrol propició el surgimiento de códigos de ética de la investigación biomédica como el de Nuremberg y la Declaración de Helsinki o las guías de Buena Práctica Clínica de la FDA de 2007, con los cuales se colocaron límites sociales y se acordaron principios y valores que rigen, no solo los ámbitos personales sino también los institucionales para realizar investigaciones en las que se pueda poner en riesgo la vida y la salud humana (14-16).

Del mismo modo, la presente investigación llama a reflexionar a los endoscopistas sobre el respeto, tanto a los aportes intelectuales individuales, como a la vigilancia de los principios y valores éticos que deben direccionar toda actividad investigativa; es decir, ser críticos de las formas como surgen los conocimientos a partir de investigaciones puntuales, ya que ellos son los que van a soportar su práctica clínica. Pues, no es difícil predecir lo que puede pasar en la práctica de un profesional cuando los conocimientos con los cuales actúa, han surgido desde personas o escenarios no éticos.

### **Ética y relación con los pacientes**

El marco ético normativo general en medicina centra actualmente su atención en dos perspectivas: la primera tiene que ver con la buena conducta del médico hacia el paciente, es decir su deontología; o la aplicación de los principios, valores, virtudes y deberes que corresponderían a lo que se define como “bienes internos”. La segunda perspectiva, hace cuenta de la relación entre las prácticas biomédicas (sean clínicas o experimentales) y los individuos y las comunidades; relación en la que también deben ser resguardados principios y valores que velen por el respeto a los derechos humanos y que se definen como “bienes externos” (2, 17).

Para la primera perspectiva (bienes internos) aplicarían los principios y valores de beneficencia, confidencialidad, veracidad, respeto y otros; para la segunda (bienes externos), los de no maleficencia, solidaridad y justicia.

La investigación ha mostrado que la línea entre las dos perspectivas tiende a confundirse o borrarse, en la medida que la relación médico-paciente sobrepasa lo estrictamente asistencial y se acerca a aspectos que tienen que ver con investigación biomédica o con espacios laborales y relaciones contractuales.

Así, se ha puesto en evidencia la forma como los condicionamientos en las leyes actuales de seguridad social en Colombia han causado un profundo impacto en la relación médico-paciente; lo cual no debe hacer perder la perspec-

tiva planteada por algunos autores que mencionan que es esta una herencia perversa del siglo XX por la cual, a pesar de que en múltiples contextos se habla de derechos de los enfermos, de modelos de justicia sanitaria o de derecho a la salud, estos son protegidos al mismo tiempo que son violados en condiciones particulares como las mencionadas por los participantes del consenso (2); condiciones en las que el médico en general, y el gastroenterólogo y endoscopista en particular, pueden obnubilar los juicios que guían sus prácticas cuando olvidan los principios, valores y normas éticas que siempre deben respetar.

En la misma forma como las circunstancias externas han influido en la práctica profesional, del mismo modo el desarrollo social, mundial, informático ha hecho que el paciente abandone una especie de credibilidad absoluta con la que se apreciaba al médico el cual todo lo sabía y al que no se le podía cuestionar. Este cambio ha dado un impulso definitivo a la “obtención del consentimiento informado” el que, teniendo como orientador el valor moral del respeto al paciente, propende porque este reciba una adecuada información sobre su condición y, en especial para el endoscopista, por la necesidad y la obligación que él tiene de explicar la naturaleza de los procedimientos que va a realizar al paciente, al igual que los riesgos y beneficios que puedan acarrear y las eventuales alternativas que se podrían tomar (18).

De esta manera se puede generar una efectiva colaboración entre el médico y el paciente, en la que el médico entiende que la obtención del consentimiento es una forma muy significativa de respetar la autonomía y la autodeterminación del paciente y que además, le da elementos de protección frente a quejas o demandas por negligencia.

De este modo, es una obligación para el endoscopista obtener siempre el consentimiento escrito para la realización de cualquier procedimiento o tratamiento que implique algún tipo de riesgo; pero ha de tener en cuenta que si el paciente no ha recibido la información apropiada, puede alegar que el consentimiento no lo ha dado a pesar de haberlo firmado. Por otra parte, no se debe olvidar que han salido estudios que sugieren que la utilización de herramientas tecnológicas como videos es tan útil y efectiva como la presencia del médico y el video en conjunto (19).

Igualmente, cuando se indagó si la prescripción de tratamientos (incluidos los endoscópicos) tenía intereses diferentes a las mejores prácticas reconocidas, surgen dos escenarios de reflexión. Por una parte, la relación que los médicos pueden tener con las industrias farmacéutica y de equipos médicos (en cuanto a investigación, becas, apoyos, patrocinios) no deberían influir en las decisiones diagnósticas o terapéuticas, las cuales deben tener como único norte los valores que buscan el bienestar y la seguridad del paciente. Por la otra, manteniendo estos valores, el endoscopista puede proteger

su propio principio de autonomía y tendrá un actuar con justicia, por ej.: formulando medicamentos que sean de un costo asequible a los pacientes, con lo cual se le respeta al paciente su derecho a mejorarse o curarse (20).

### **Ética y relaciones con el equipo de trabajo**

La solución de dilemas en las relaciones con el equipo de trabajo están cobijadas por principios y valores similares esbozados previamente, en especial aquellos de los escenarios contractuales, pues es en ellos donde está afincado el trabajo colaborativo en grupo, piedra angular para el ejercicio seguro y de calidad de la endoscopia digestiva.

Las normas del buen colegaje aplican para la resolución de los desencuentros (cada vez menos frecuentes) entre cirujanos y clínicos. Pero, en general, las relaciones con otros profesionales de la salud deben guiarse por los mismos principios que rigen la relación médico-paciente (11).

La razón de esta concepción igualitaria es que no todo el personal de la salud tiene el mismo nivel de formación y educación; pero lo que sí hace humanamente igual a todos los miembros de un equipo es su desvelo por el bienestar de los pacientes. Así, dos valores principales deben mantenerse en esta relación:

- La no discriminación, pues no se puede aceptar que una persona sea separada por razones de edad, etnia o raza, género, orientación sexual o política, clase social, nacionalidad, enfermedad o discapacidad.
- El respeto (diferente a la no discriminación, que puede verse como una actitud pasiva en la relación) tiene una connotación activa y positiva, toda vez que revaloriza a todos los miembros del equipo en cuanto a su persona, a sus conocimientos y experiencia (12).

Estos dos valores deberían permitir superar condiciones en las que la falta de confianza en la capacidad o en la integridad de la otra persona (o ante la presencia de conflictos personales irreconciliables), alteren todo el ambiente de trabajo, con consecuencias que incluso pueden poner en riesgo el bienestar del paciente.

### **Ética y formación**

Como se mencionó arriba, se puede atribuir la dificultad y la sensación de incertidumbre ética a la falta de formación específica en ella. Pero se ha de tener en cuenta que la enseñanza de la ética tiene consideraciones especiales, toda vez que no es un área que se pueda enseñar solo teóricamente, o se pueda confirmar su aprendizaje realizando una evaluación tradicional.

Es decir, la ética no es la que actúa pero sí es la que le va a dar al médico un marco de referencia para que él lo haga. De

esta manera, la formación y enseñanza en ética ha de dar la suficiente importancia a aspectos individuales de los alumnos tales como “sus experiencias, motivaciones, emociones; no olvidando su educación familiar o religiosa o de otro tipo” (9).

Dicho esto, se debe considerar la presencia de dogmas familiares o religiosos que pueden entrar en franco conflicto con postulados científicos o cambios sociales o políticos en la sociedad contemporánea. Igualmente, pareciera pertinente hacer comprender a los endoscopistas en su formación ética, que hay situaciones en la asistencia clínica que pueden obnubilar su pensamiento, especialmente en escenarios donde hay altas presiones relacionadas con atención de urgencias, tiempos de dedicación a cada paciente y reconocimientos económicos. Y en una esfera más personal, cuando se generan presiones relacionadas con el éxito o el fracaso, el prestigio o la vanidad.

Se considera a su vez importante que la formación en ética incluya historia de la medicina, pues con ella se comprenden los elementos fundantes del ejercicio ético médico; y por supuesto, que haya una fundamentación teórica en los principios rectores de la ética médica, con los que los alumnos tendrán un marco conceptual de referencia para afrontar los dilemas de su ejercicio cotidiano (5, 9).

Y adicionaríamos que un objetivo fundamental y definitivo en la formación en ética médica es lograr la congruencia entre lo que se habla (palabras, ideas) y lo que se termina haciendo, donde se cae en el gran espacio de la incertidumbre del docente a quien solo los años le mostrará si el alumno sí aprendió; o si aprendió lo que el maestro quiso enseñarle.

### **CONCLUSIONES**

A través del primer Consenso colombiano “Acuerdo sobre lo fundamental” en la práctica de la endoscopia digestiva, se han podido aclarar conceptualmente los principios y valores éticos relacionados con la resolución de diferentes dilemas éticos ubicados en escenarios reales de práctica en endoscopia digestiva, que se muestran en la tabla 1.

A su vez, se propone un dilema final de reflexión (de los muchos que pueden haber surgido) desde el cual, en un ejercicio privado o grupal, se pueda llegar a aproximaciones que impliquen actuaciones éticas y morales en el ejercicio médico de la especialidad en Colombia.

Finalmente, la forma como la Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva concibió y desarrolló el presente trabajo y su sentido general, no pretendió normatizar la manera como se deben comportar los endoscopistas (individual o grupalmente) frente a cierto dilema; sino invitar a la reflexión, a “...despertar inquietud, estimular el ser crítico, olvidar la regla, obligar al autoexamen continuo... cosa que no es sencilla...” (9).

**Tabla 1.** Reflexiones sobre aspectos éticos en endoscopia digestiva. Consenso ACED.

Categoría	Principios éticos	Valores	Reflexión - dilema final
<b>Escenarios contractuales</b>	Autonomía, veracidad, igualdad, justicia	Dignidad, respeto	Para no incurrir en una competencia desleal y no transgredir la justicia, dignidad e igualdad de mis colegas, estaría dispuesto a...
<b>Propiedad Intelectual</b>	Beneficencia, igualdad	Responsabilidad, respeto, honestidad	Al ingresar como participe en un trabajo de investigación, me gustaría precisar mi rol como autor o coautor, exigiendo pero comprometiéndome con...
<b>Relación con los pacientes</b>	Veracidad, del mal menor, justicia	Respeto, dignidad, prudencia, humanidad, secreto	Para no recibir reclamos por parte de mis pacientes, por un eventual trato poco digno o desconsiderado, en mi práctica endoscópica estaría atento a...
<b>Relaciones con el equipo de trabajo</b>	Autonomía, veracidad, igualdad	Honestidad, humanidad, prudencia, dignidad, derecho al buen nombre	Mi vivencia de ser colega y ser buen colega contempla...
<b>Formación en ética</b>	Beneficencia	Humanidad, responsabilidad, respeto, promoción de cultura ética	Mi grupo de trabajo amerita que yo les oriente una reflexión ética frecuente en...

## REFERENCIAS

- Aponte D, Blanco C, Flores N, Forero A, Cañadas R, Peñaloza R, et al. Primer consenso colombiano sobre la práctica de endoscopia digestiva "Acuerdo en lo fundamental" (Primera parte. Aspectos Formativos). *Rev Col Gastroenterol* 2012; 27(3): 185-198.
- Vidal M. Las fracturas éticas del modelo globalizado: estándares éticos en la práctica clínica y la investigación biomédica. *Universidad El Bosque, Revista Colombiana de Bioética* 2010; 5(2): 60-82.
- Malhotra K, Ottaway CA. Ethical issues in Canadian Gastroenterology: Results of a survey of Canadian gastroenterology trainees. *Can J Gastroenterol* 2004; 18(5): 315-317.
- Talento Humano en Salud. Ley 1164 de 2007. Ley Pub. No. 1164 de 2007. Congreso de Colombia; 2007 (Octubre 3 de 2007).
- Sánchez Torres F. Temas de ética médica; 1995 disponible en URL: [http://www.tensiometrovirtual.com/upload/BE012\\_g.pdf](http://www.tensiometrovirtual.com/upload/BE012_g.pdf) consultado el 10 de septiembre de 2012.
- Astigarraga, E. Método Delphi. Universidad de Deusto San Sebastián. (citado 1 de Junio de 2012) (s.f.). Disponible en URL: [http://www.echalemojo.com/uploadsarchivos/metodo\\_delphi.pdf](http://www.echalemojo.com/uploadsarchivos/metodo_delphi.pdf). Consultado 01 de junio de 2012.
- Batarrita J. Entre el consenso y la evidencia científica. *Gac Sanit* 2005; 19 (1): 65-70
- Gil J. Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación educativa. En "El análisis de datos cualitativos" Aproximación interpretativa al contenido de la información textual. 1994. p. 31-63.
- Rodríguez A. Utopía o realidad: ¿Tiene sentido enseñar ética médica a los estudiantes de medicina? *Anales Médicos Asoc Med Hosp ABC* 2000; 45(1): 45-50.
- William J. Medical Ethic Manual. AMN. El médico y los colegas. Cap. 4. 2005. p. 80-93.
- López E. Ética médica. Universidad Autónoma de Centro América. Colección Décimo Aniversario. Recuperado 2011; 8: 77-82.
- Carrillo G. Consideraciones sobre ética y colegaje. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología* 1999; 13(2): 100-104.
- Acosta A. Cómo definir autoría y orden de autoría en artículos científicos usando criterios cuantitativos. *Revista de la Facultad de Ciencias, PUJ* 2007; 12(1): 67-81.
- Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial (WMA). Disponible en URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>. Consultado 05 de septiembre de 2012.
- FDA. Normas de Buenas Prácticas Clínicas. 2007; Disponible en URL: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/ucm073128.pdf>. Consultado 07 de septiembre de 2012.
- Pfeiffer M. Investigación en medicina y derechos humanos. *Andamios*. 2009; 6(12): 323-345.
- Torres R. Las dimensiones éticas de la relación médico paciente frente a los esquemas de aseguramiento. Presentación realizada durante el XIII curso OPS/OMS-CIESS legislación de salud: la regulación de la práctica profesional en salud. México, D.F.; 2006.
- Rodríguez C. Consentimiento informado en endoscopias digestivas: ¿es necesaria una consulta preendoscópica? *Publicación cuatrimestral del Master en bioética y derecho* 2008; 14: 29-33.
- Ahuja A, Tandon RK. Ethics in diagnostic and therapeutic endoscopy. En Stanciu C, Ladas S (Eds.). *Medical Ethics. Focus on Gastroenterology and Digestive Endoscopy*. Beta Medical Arts; 2002. p. 97-108.
- Ladas SD et al. Second European Symposium on Ethics in Gastroenterology and Digestive Endoscopy. *Endoscopy* 2007; 39: 556-565.