



Revista Latinoamericana de Bioética
ISSN: 1657-4702
ISSN: 2462-859X
revista.bioetica@unimilitar.edu.co
Universidad Militar Nueva Granada
Colombia

Tensiones bioéticas y principios aplicables en Misión Médica: ¿Existen, límites al cumplimiento del deber?*

Bautista Espinel, Gloria Omaira

Tensiones bioéticas y principios aplicables en Misión Médica: ¿Existen, límites al cumplimiento del deber?*

Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 18, núm. 1, 2018

Universidad Militar Nueva Granada, Colombia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127054340008>

DOI: <https://doi.org/10.18359/rubi.2987>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Tensiones bioéticas y principios aplicables en Misión Médica: ¿Existen, límites al cumplimiento del deber?*

Bioethical tensions and principles applicable to the medical mission: are there limits in the fulfillment of duty?

Tensões bioéticas e princípios aplicáveis em missão médica: existem limites no cumprimento do dever?

Gloria Omaira Bautista Espinel ** gloria-bautista@ufps.edu.co

Universidad Francisco de Paula Santander Cúcuta, Norte de Santander, Colombia, Colombia

 <http://orcid.org/0000-0002-0551-4110>

Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 18, núm. 1, 2018

Universidad Militar Nueva Granada, Colombia

Recepción: 28 Julio 2017
Revisado: 14 Octubre 2017
Aprobación: 31 Octubre 2017

DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.2987>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127054340008>

Resumen: El presente artículo de reflexión busca identificar los principios bioéticos aplicables a las tensiones que enfrenta la misión médica en zonas de conflicto armado, además de las limitaciones que existen para lograr el cumplimiento del deber. Se parte de los conceptos relacionados con las diversas categorías de principios y de las corrientes que los originan, y se pasa por los problemas que enfrenta la misión médica y su relación con los principios, que se ejercen en el marco de valores como protección a la vida, dignidad humana, neutralidad y vulnerabilidad. Lo anterior plantea la necesidad de reflexionar sobre las tensiones de orden bioético, que pudiesen estar mediadas por la ponderación de principios contrapuestos, desafío que trasciende a la bioética clínica y que tiene que ver con espacios de interacción, que involucran decisiones; que no están sustentadas en la acción dilemática, sino en la tensión que la confrontación ejerce. En este texto se sostiene que las tensiones bioéticas y los principios bioéticos constituyen dos modos: por un lado, comprender y, por el otro, explicar cómo influyen los fenómenos de confrontación armada en las intervenciones que dan en escenarios de atención en salud.

Palabras clave: conflicto armado, bioética, consolidación de la paz, servicio de salud, cultura de paz.

Abstract: The present article of reflection aims to identify the bioethical principles applicable to the tensions faced by the Medical Mission in areas of armed conflict, in addition to the limitations that exist to achieve the fulfillment of the duty. It starts from the concepts related to the various categories of principles and the currents that originate them, and it goes through the problems that the Medical Mission faces and its relation to the principles, which are exercised within the framework of values as protection of the life, human dignity, neutrality, and vulnerability. This raises the need to reflect on the tensions of bioethical order, which could be mediated by the weighting of opposing principles, a challenge that transcends clinical bioethics and that has to do with interaction spaces, involving decisions; which are not based on the dilemma, but on the tension that confrontation exerts. In the present text, it is argued that bioethical tensions and bioethical principles constitute two ways, on the one hand, to understand and on the other, to explain how they influence the phenomena of armed confrontation, in the interventions they give in care scenarios in healthcare.

Keywords: Armed conflict, bioethics, peacebuilding, health services, culture of peace.

Resumo: O presente artigo de reflexão procura identificar os princípios bioéticos aplicáveis às tensões enfrentadas pela missão médica em áreas de conflito armado, além

das limitações que existem para alcançar o cumprimento do dever. Começase a partir dos conceitos relacionados com as diversas categorias de princípios e das correntes que os originam, e passase pelos problemas que a missão médica enfrenta e sua relação com os princípios, que são exercidos no âmbito de valores como proteção à vida, dignidade humana, neutralidade e vulnerabilidade. O anterior levanta a necessidade de refletir sobre as tensões de ordem bioético, que pudessem estar mediadas pela ponderação de princípios opostos, desafio que transcende à bioética clínica e que tem a ver com espaços de interação, que envolvem decisões; que não se baseiam na ação do dilema, mas na tensão que o confronto exerce. Neste texto, argumentase que as tensões bioéticas e os princípios bioéticos constituem duas formas: por um lado, entender e, por outro lado, explicar como os fenômenos do confronto armado influenciam nas intervenções que dão em cenários de atenção em saúde.

Palavras-chave: conflito armado, bioética, consolidação da paz, serviço de saúde, cultura de paz.

Cómo citar: Bautista Espinel, G. O. (2018). Tensiones bioéticas y principios aplicables en misión médica: ¿existen límites en el cumplimiento del deber? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(1), 136-154. Doi: <https://doi.org/10.18359/rubi.2987>

Introducción

En este artículo se realiza un análisis sobre la misión médica (en adelante MM), en especial de los principios que esta involucra. En este proceso se parte de la revisión de las diversas categorías de principios que existen. La perspectiva que se asume busca ir más allá del mecanismo jurídico, y mediante el abordaje planteado se busca identificar cuáles son los principios, que desde la bioética podría aplicar el personal de misión médica en situaciones que atenten con su labor, en las zonas de conflicto armado. Así, desde este punto de vista, se busca plantear si existen límites al cumplimiento del deber.

Se pretende, igualmente, ampliar la reflexión bioética más allá del ámbito médico, tomando como base las grandes dificultades que enfrenta el personal de salud, cuando este se sustrae del contexto donde desempeña normalmente su actividad sanitaria. Dicho contexto tiene diversas formas de expresión y se desarrolla en medio de la violencia armada. Esta situación genera en el personal de salud tensiones, que afloran de forma más evidente cuando se presentan amenazas, intimidaciones e incluso infracciones durante el desarrollo de la atención por parte de la MM.

Entre las diversas explicaciones sobre el papel que desempeña la bioética en el contexto de MM, se hará hincapié en dos aspectos: los principios que desde la bioética latinoamericana se pueden incorporar a situaciones de naturaleza conflictual y la naturaleza de las tensiones bioéticas, como ocurre en escenarios de confrontación armada.

A partir de esta unidad de observación, se constituyó una base argumentativa que buscó identificar las diversas vertientes generadoras de principios directamente involucrados con el tema de la misión médica, que van desde la perspectiva legal, hasta la Declaración Universal sobre

Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), la ética convergente, entre otras.

Se tomaron como referente los planteamientos de Escobar (2011), Garrafa (2008) - (2014), Hottois (2007) - (2013), Maliandi (2009), Ovalles (2014), incluidos los marcos legales y las políticas del Estado colombiano, además de los informes de organismos internacionales, que dan cuenta de la realidad de la MM en Colombia y en el mundo. Asimismo, se hizo una revisión sobre las tensiones bioéticas, los límites al cumplimiento del deber y los principios que se ejercen, en el marco de valores como protección de la vida, dignidad humana, neutralidad y vulnerabilidad de todos los participantes.

Así pues, se busca aportar elementos que contribuyan a la construcción colectiva que la Universidad El Bosque viene realizando en torno al papel que la bioética puede desempeñar al enfrentar los desafíos en el tránsito del conflicto armado a la implementación de la paz; para el presente caso, en un aspecto fundamental como lo es la atención en salud, desde la perspectiva del personal sanitario.

La bioética latinoamericana y las situaciones de naturaleza conflictual

Este nuevo desafío para la bioética amplía de forma importante su campo de intervención, porque implica un análisis crítico sobre la dimensión del conflicto, que amerita el estudio sobre las causas y efectos generadores en el interior de la relación actor armado-agente de salud. Este aspecto permitirá sentar las bases sobre posteriores consensos de pos conflictividad, que requieren resignificar la concepción del otro, para contribuir a la reconstrucción de un ethos desmarcado de la violencia.

La perspectiva bioética que se plantea busca el sentido del ser humano, pero no circunscrito al “Bios tecnológico, ni al ethos liberal” (del modelo norteamericano), sino a un “Bios humano y un ethos comunitario” (Mainetti y Pérez, 2007, p. 41). Para identificar, qué elementos se pueden considerar fundamentales, dentro de la reconfiguración de los principios, que representen para quienes trabajan en MM esta nueva forma de incorporar, analizar y reflexionar sus realidades y problemas, se sustenta en la búsqueda de elementos bioéticos, que puedan ser útiles a todos los involucrados, incluidas las víctimas, victimarios y demás integrantes de la MM. Esta orientación, puede posibilitar los elementos necesarios, para un posterior desarrollo de consensos que motiven y orienten la paz en contextos de reconciliación posbélica, aspecto que se constituye en un nuevo desafío para la bioética latinoamericana y para Colombia.

Se tomaron como referentes los diversos principios que en la bioética latinoamericana juegan papel fundante y que se relacionan con el nuevo rol que la Bioética ha asumido en el contexto mundial. Dicha situación amerita un pensamiento bioético deliberativo, como una de las formas más oportunas para contribuir a esta reflexión, aspecto que Garrafa y Manchola (2014) describieron como pertinentes, al afirmar

que: “la bioética latinoamericana se presenta como un marco apropiado para la contextualización de ese estado, como garante de los derechos fundamentales de quienes usualmente sufren, en contextos de ausencia de paz (guerra o injusticia social)” (p. 102).

Contexto donde se desarrollan los principios y sus significados

Desde lo jurídico, el término principio hace referencia al “concepto de norma o idea fundamental, que rige el pensamiento o la conducta” (Wartofsky, 1973, p. 71). Existen diversas fuentes, de las cuales se puede documentar el concepto de principio. Algunas los clasifican como principios básicos, considerados la base mínima y elemental de su desarrollo; para otros, su uso permite el despliegue del contenido de una norma.

La palabra principio plantea diversas interpretaciones y significados que pueden ser inferidos a múltiples contextos. Se utiliza para denotar determinadas acciones aplicables a circunstancias de orden ético y moral. Etimológicamente y de acuerdo con la descripción realizada por Batista (2004), la palabra proviene del latín principium (comienzo, origen, fundamento, principio), la cual se deriva a su vez de tres locuciones latinas: princeps (príncipe), primus y capio, para significar al “que ocupa el primer lugar”.

Teniendo en cuenta a Popper (1992), el principio fundamenta los aspectos epistemológicos y lógicos del pensamiento mismo, y también se relaciona con el aparecer de las cosas, donde se sitúa lo ontológico. En otras palabras, Popper (1992) se sustenta en el pensamiento de los presocráticos al incluir en el concepto el elemento material, es decir, la esfera ontológica que le da origen y ante la cual se subordina, según sea su naturaleza, pero que requiere, para que justifique esta existencia, que sea conocido. Es en ese momento cuando se integra al orden epistemológico que permite explicar la realidad.

Existe diversidad de principios que permiten profundizar sobre el real significado y papel en la fundamentación de diversas disciplinas: filosóficas, jurídicas, éticas, bioética, etc., desde la ontología, hasta la epistemología de todas ellas. No existe una unidad de principios que aglutine en específico todos estos campos, pero sí existe un núcleo central que fundamenta cada una de estas.

Para efectos del presente análisis, se plantean tres grandes subdivisiones: 1) los principios que tienen relación con la exigibilidad de derechos en los marcos constitucionales y democráticos; 2) los principios que se articulan con los derechos humanos y la misión médica, y 3) los principios éticos y bioéticos relacionados con la estructura conflictual y los derechos humanos.

Principios que tienen relación con la exigibilidad de los derechos en los marcos constitucionales y democráticos

El objeto de este ámbito temático es analizar los principios relacionados con las disposiciones jurídicas y éticas que resultan fundamentales para los marcos legales. Desde una perspectiva normativa, se hará una descripción de algunos principios. El contexto de su análisis está enfocado en el tema central: misión médica, sin que se trate de un estudio comparativo de distintas tradiciones jurídicas, ni de sistemas políticos o de gobierno, entre otros aspectos.

Principios fundamentales

Según García (2001):

[...] son elementos que integran una ley fundamental o norma generalísima, de toda conducta moral o ética es decir, estos se constituyen en la *sindéresis* que abarca dos contextos (el distributivo y el atributivo), en los cuales se da la existencia de los sujetos corpóreos, se sustraen de este enfoque los principios que contienen a la ética y los que contienen a la moral. (pp. 465-66)

En Colombia, la Constitución Política, como norma de normas, contempla la dignidad humana como uno de los principios que le da fundamento al Estado, hasta el punto de darle origen a una serie de derechos individuales. Para la MM, la dignidad humana se integra al valor absoluto que poseen todos los seres humanos e implica, entre otros, el respeto a la vida. En otras palabras, todas las personas son dignas de que se les valore su humanidad.

Principios sustantivos

Estos principios se relacionan con los impactos que generan en las organizaciones, ante sus integrantes, y ordenan la convivencia social. Para la MM, un principio sustantivo podría relacionarse con el deber que le asiste al Estado en garantizar el cumplimiento efectivo de los deberes constitucionales por parte del personal de salud, pero el principio entra en contradicción cuando desde el mismo Estado no se pueden poner límites sustantivos al uso de la fuerza, por parte de actores en conflicto, y se desconoce u omiten los principios del Derecho Internacional Humanitario (DIH), que son aplicables en estas situaciones.

Principios de ordenación

Estos principios clasifican los actos según su tipo o naturaleza, o ámbito de actuación que puede ser en el contexto de lo público, privado, o darse de forma mixta. En el caso del personal que brinda atención en MM, al existir una infracción, esta se hace extensiva a todos los sus integrantes, independientemente de la naturaleza jurídica de las instituciones que representa, debido a que la atención en salud está catalogada como

un servicio público a cargo del Estado, elevada a categoría de derecho fundamental, de acuerdo con lo expresado en la Sentencia T 760 de 2008 (Corte Constitucional, 2008).

Principios de jerarquización

Buscan establecer las categorías necesarias para la correcta ubicación de elementos que se les otorgan a las personas, atendiendo puntos de vista de orden material y personal, como ocurre con el principio de protección a personas en emergencias, donde se priorizan niños, mujeres y ancianos.

Principios de armonización

Pretenden suavizar y solucionar situaciones nuevas y desconocidas que se pueden presentar en determinados actos. Es el caso de los principios que fundamentan la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Congreso de la República de Colombia, 2011). El Congreso de la República de Colombia contempla nuevos principios, como condenas en subsidiariedad, obligación de sancionar a los responsables, principio de prohibición de doble reparación y de compensación, entre otros.

En ocasiones, estos principios ejercen un efecto catalizador en relaciones complejas, que se dan entre distintos pueblos, razas, religiones y culturas, y tienen como base fundamental el respeto.

Principios que articulan los derechos humanos (DH) con la misión médica

Para autores como Sanahuja (2002), al culminar la Guerra Fría se dio pie a la aparición de nuevos conflictos, con nuevas dinámicas y factores causales, que a menudo y a su juicio: “se entrecruzan con violaciones masivas de los derechos humanos, lo que hace imposible actuar desde una posición neutral” (p. 44). En este apartado se involucrarán estas fuentes de principios.

Principios de la declaración universal de los derechos humanos. El gran aporte de esta declaración está en el reconocimiento que se hace de la dignidad humana como derecho, en el cual, está la persona humana, por una parte, y está presente el Estado como garante de esta obligación convertida en derecho, por otra parte, que además es exigible y que tiene un desarrollo fundamental y jurídico muy importante.

En este orden, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), (2003), en la Declaración de Comprensión Colectiva del desarrollo basado en los Derechos Humanos: se refiere específicamente a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), plantea:

Entre estos principios de derechos humanos se encuentran la universalidad y la inalienabilidad; la indivisibilidad; la interdependencia y la interrelación; la no discriminación y la igualdad; la participación y la inclusión; la responsabilidad y la obligación de rendir cuentas (accountability) y el imperio de la ley. (p. 2)

Los derechos humanos implican respeto al núcleo fundamental de los derechos, dentro de los que se destacan la vida, la integridad física, moral y mental, la dignidad, la libertad personal y las garantías judiciales.

Principios según Derecho Internacional Humanitario

Este derecho es de origen convencional o consuetudinario, según autores como Restrepo (2001):

[...] las normas del Derecho Internacional Humanitario se encuentra cierto número de principios en los que se inspira el conjunto de la materia; a veces están expresamente formulados en los convenios; otras veces es inútil buscar su enunciación porque figuran implícitamente y expresan la sustancia del tema y a veces se derivan de la costumbre. (p. 12)

La cláusula de Martens, que puede leerse en el preámbulo del Reglamento de La Haya, se refiere a los principios del derecho de gentes. Varios artículos de los Convenios de Ginebra de 1949 se refieren, asimismo, a tales principios, que tanto en el DIH como en todo ámbito jurídico tienen una importancia capital. “Los principios representan el mínimo de humanidad aplicable en todo tiempo, en todo lugar y en toda circunstancia, válido incluso para los Estados que no sean partes en los convenios, dado que expresa la costumbre de los pueblos” (Pictet, 1997, p. 12). En su orden, el DIH reconoce los siguientes principios:

Principio de humanidad, Principio de igualdad entre los beligerantes, Principio de necesidad militar, Principio de no discriminación Principio del derecho de ginebra. Forma parte del derecho internacional humanitario, Principio de inmunidad, Principio de prioridad humanitaria, Principio de distinción, Principio de proporcionalidad, Principio de limitación de la acción hostil. (Cruz Roja Española, 2008, p. 3)

Los anteriores principios conforman la base amplia del desarrollo que sustenta el contexto normativo del DIH, que aplica tanto para combatientes, como para los no combatientes, de tal forma que los involucrados puedan comprender y entender los alcances que este persigue.

Desde la perspectiva de estos principios se desprende la obligación que les genera a los participantes directos establecer juicios racionales que les permitan a quienes se enfrentan en las hostilidades reconocer quiénes son parte activa de los conflictos y quiénes son actores neutrales, que merecen acogerse y gozar del ejercicio pleno de estos principios. Tal y como ocurre con la MM, respecto a los principios de humanidad, inmunidad, distinción, entre otros.

Principios sobre misión médica en Colombia

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia diseñó un marco legal que destaca los derechos y deberes del personal de MM, aspecto

eminentemente deontológico sobre el cual se fundamenta la acción del personal de salud necesario, para hacer efectiva su protección.

En 2004, este marco contaba con una serie de principios que buscaban fortalecer el ejercicio de la misión médica en el país, tomando como referente una mezcla de principios derivados del Protocolo II Ley 171 (1994), el código de ética médica. Ley 23 (1981), la Constitución Política de Colombia (1991), el Manual básico de doctrina y protección, Cruz Roja Colombiana, (2002); entre otros. Posteriormente, en 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social replanteó estos principios desarrollando la siguiente conceptualización:

Aunque corresponde a las partes en conflicto distinguirse y garantizar la protección de las personas que no participan directamente en las hostilidades, es responsabilidad también del personal de la salud y de otras disciplinas que impliquen el despliegue de funciones sanitarias, actuar de manera neutral e imparcial, basados en los principios éticos de la actividad sanitaria, así como aplicar las normas y medidas de protección existentes y aquellas que se lleguen a establecer para garantizar el desarrollo seguro de la misión. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 26)

En Colombia, en el caso de la misión médica, el Congreso de la República de Colombia (2002) diseñó un marco legal aplicable a los casos de vulneración a estos derechos. Se apela al principio de exigibilidad, mediante solicitudes de amparo ante el:

Programa de protección a personas que se encuentran en situación de riesgo inminente; contra su vida, integridad, seguridad o libertad, por causas relacionadas con la violencia política o ideológica, o el conflicto armado interno, y que pertenezcan a las siguientes categorías: [...] Dirigentes o activistas de las organizaciones de derechos humanos, y los miembros de la Misión Médica. (p. 11)

Principios éticos y bioéticos relacionados con la estructura conflictual y la bioética latinoamericana

La bioética es un campo de pluralidad, que para Garrafa y Manchola (2014) implica: “[...] el enfoque latinoamericano que concibe la multi-inter y transdisciplinariedad de la bioética y que ve la realidad, la vida y el ser humano como una unidad estructurada” (p. 97). Tiene dentro de sus planos de desarrollo, entre otros, lo social, espacio desde el cual se puede analizar la misión médica y la percepción de los problemas que implican el surgimiento de sus tensiones que oscilan entre lo ético y bioético.

Garrafa y Manchola (2014) plantean:

Así, este aporte latinoamericano de la bioética puede contribuir para que haya un adecuado desarrollo de lo que la justicia transicional se propone, una vez que es indispensable reconocer a quienes han sido vulnerados y excluidos por la guerra, haciendo de ellos sujetos legítimos de participación, que tengan voz y puedan reclamar sus derechos. (p. 103)

Principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Unesco

Corresponden a la dignidad humana y a los derechos humanos, a la igualdad, justicia y equidad, no discriminación y no estigmatización, respeto de la diversidad cultural y del pluralismo, solidaridad y cooperación, responsabilidad social y salud (Organización de la Naciones Unidas por la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2005) Unesco.

En este sentido, Hottois (2013) (citado en Escobar y Ovalle, 2014), sostiene que:

Los principios pueden no ser aplicables porque controvierten las creencias de los individuos. En este caso se requiere que el agente se comprometa con una nueva responsabilidad, de respetar gradualmente los consensos pragmáticos. Este tipo de consensos pragmáticos, que son la base misma de la Declaración de los Derechos Humanos, [...] conciernen a las conclusiones normativas sin extenderse en las diversas razones, creencias, cálculos, temores, esperanzas, presunciones que justifican los acuerdos en cabeza de cada miembro y que pueden divergir profundamente. (p. 30)

Para Hottois (2007), la DUBDH representa, desde el título hasta su último artículo, un marco amplio, flexible y acogedor que proporciona y promueve el diálogo interdisciplinario y pluralista; además permite que el multiculturalismo, la pluralidad y la diversidad en general de la sociedad y los seres humanos encuentren coincidencias, lo cual “sitúa claramente la Declaración en una tradición filosófica y jurídica cuyo modelo sigue siendo la DUBDH” (p. 58).

Garrafa y Manchola (2014) explican los alcances de la DUBDH: para ellos supone no solo los espacios tradicionales, que implican nuevos escenarios y espacios de discusión generados por la misma declaración:

[...] la reciente ampliación del alcance epistemológico y metodológico de la bioética, fruto de la DUBDH de 2005, ha abierto enormes posibilidades para diversos campos, entre ellos: los derechos humanos, la antropología, el derecho, la salud pública, etc. No se ha explorado, sin embargo, el importante rol que la bioética puede desempeñar en el estudio e implementación de la paz. (p. 95)

Otras definiciones de principios aplicadas por la bioética se encuentran en Escobar (2011):

[...] [Las tradiciones] o corrientes de la filosofía moral que han enriquecido a la bioética a través de principios éticos. [...] los filósofos morales interesados en los temas de ética médica aportaron las teorías morales conocidas y el rigor analítico, y fueron acompañados por otras voces como profesionales de la salud, pacientes, familiares, abogados, administradores, políticos, entre otros, de esta forma empezó la multidisciplinariedad en los asuntos de salud. (p. 129)

Para Escobar (2011), existe un periodo de desarrollo histórico de la bioética, que inicia en la ética médica hipocrática y que se fortaleció durante el siglo pasado con la aparición de la noción de principios bioéticos (esto comúnmente denominado teoría principialista de la bioética), hasta el desarrollo actual. Los principios abarcan no solo la ética médica, sino también el ambiente y la educación.

Principios como valores superiores

No se puede perder de vista el concepto referido a principios, que para autores como García (2001) representan los:

Valores superiores sirven de fundamento filosófico a la ética, y no a meros inicios de camino para la resolución de conflictos concretos, este autor por su parte sostiene que: [...] han surgido en Latinoamérica nuevos enfoques con un profundo co-tenido humano y filosófico. El autor hace referencia; a la bioética basada en los derechos humanos, que colocan como fundamento, el respeto a la dignidad inherente a las personas, la justicia como equidad de bienes y oportunidades. (p. 178)

Principios desde la bioética de intervención

García (2011) considera que: “La Bioética de Intervención es una de las corrientes que integran la bioética Latinoamericana” (p. 73). En este caso, Garrafa y Porto (2008) sostienen que:

Esta propuesta teórica propone una alianza concreta con la banda más frágil de la sociedad, incluyendo el re-estudio de diferentes dilemas, entre ellos: autonomía versus justicia/equidad, beneficios individuales versus beneficios colectivos, individualismo versus solidaridad, cambios superficiales versus transformaciones concretas; y permanentes, neutralidad frente a los conflictos; versus politización de los conflictos. (p. 163)

Principios desde la ética convergente

Maliandi, Thüer y Cecchetto (2009) aseguran que:

El gran problema de la ética es, entonces, si lo moral — y por tanto los conceptos de “deber” y “bien” — tiene un sentido y, en tal caso, cuál es ese sentido”. Para los autores, estos elementos emergen como “[...] paradigmas de fundamentación dentro de la ética contemporánea”, estos a su juicio: “[...] son tarea indispensable y útil para todos aquellos ocupados en la tarea de fundamentación en el ámbito de la bioética. (p. 12)

Cuando los autores hablan de fundamentación, discriminan de forma importante las principales objeciones que pueden presentarse, subrayando que estas:

Jamás han sido suficientemente respondidas, [para esto exponen] [...] tres vías argumentativas:

Es imposible inferir principios desde “experiencias” éticas, dado que tales experiencias sólo son concebibles en el marco de principios que constituyen el necesario contexto de referencia para distinguir lo que es “ético” de lo que corresponde a otros ámbitos.

Tampoco es posible explicar lo ético partiendo de experiencias extraéticas. Todo intento en ese sentido incurre en una incoherencia lógica que ya había sido advertida por David Hume y más tarde bautizada por G. E. Moore como “falacia naturalista”.

Los intentos de fundar el “deber” en la experiencia desembocan, como ya lo advirtió Kant, en escepticismo (es decir, en negación de la posibilidad de fundamentación), porque la experiencia muestra que los deberes son

constantemente infringidos, y dan a las propuestas deontológicas la apariencia de fantasías derivadas de la imaginación humana. (Maliandi *et al.*, 2009, p. 13)

Cuando se habla de principios bioéticos en América Latina, se destaca la ética convergente, de Maliandi (2009), que plantean dos pares de principios, “representados en dos dimensiones de la razón” [antepuestos a] “dos estructuras conflictivas (sincrónica y diacrónica),

[...] que son activados] mediante la aplicación de la reflexión pragmático-trascendental” (p. 23)

La razón como estructura bidimensional, según Maliandi (2009), da cuenta del hecho de que, si bien la conflictividad puede minimizarse, ella no puede eliminarse. (fundamentación y crítica), la conflictividad inherente a la ética se desdobra en “dos pares de principios: universalidad-individualidad (conflictividad sincrónica) y conservación realización (conflictividad diacrónica), que se corresponden con la fundamentación del caso de universalidad-individualidad, y con la crítica de la conservación- realización” (p. 28).

El enfoque que aporta esta ética a la situación de la misión médica tiene como finalidad ampliar sus principios y propósitos, incorporar elementos nuevos que pueden estar inmersos, pero que son desapercibidos, porque no se conocen o no se aplican. No se pretende con esto ubicar el desarrollo de la misión médica en una tradición bioética determinada; se busca es establecer cuál es el verdadero enfoque que, en el contexto de conflicto armado, puede permitir un dialogo más real y efectivo. La bioética puede ejercer una medición positiva en el dialogo deliberativo que, en este escenario, debe prevalecer.

Escobar y Ovalle (2014) consideran que la ética convergente “puede ser un aporte valioso en las conversaciones de paz, especialmente en las negociaciones políticas que sobrevienen, las cuales serán conflictivas y requerirán de procedimientos democráticos; que procuren definir el camino” (p. 28).

Una forma concreta de su expresión se relaciona con el periodo de pos acuerdo, llamado por Escobar y Ovalle (2014) “de tránsito a una ciudadanía democrática”, para ellos es fundamental, el desarrollo de políticas y normativas que garanticen la participación ciudadana.

Las tensiones bioéticas en situaciones de conflicto armado

Cuando se habla de tensiones bioéticas no se debe suponer que estas se relacionan en todos los casos con las decisiones controversiales, que están asociadas a la bioética médica y que frecuentemente se presentan en medicina, en temas ampliamente abordados como la eutanasia, el aborto, la clonación, las técnicas de reproducción asistida, entre otros.

Pero, ¿cómo se define una tensión, en este caso? Las tensiones emergen porque existe una ruptura en el contexto tradicional de la atención en salud. Se trata de una tensión entre las diferentes formas de comprender el sentido de la vida, por parte de los actores armados que interfieren con esta defensa, algo que entra en contradicción con la misión de los agentes de

salud y la forma como estos últimos hacen todo lo posible por defenderla; es decir, brindar atención sanitaria pese a los obstáculos que atentan y refrenan su normal desarrollo.

Por lo tanto, no se trata de una tensión en el interior del ethos del personal de salud; se relaciona con la afectación que se ejerce sobre estos, en una situación de confrontación externa, mediada por la coerción, la amenaza e intimidación, que sobre el desarrollo de la MM infringen los actores armados.

En este contexto, es importante identificar los diferentes principios que rodean el desarrollo de la MM y su interacción con los principios que desde la bioética podrían aplicarse en estas circunstancias. Para esto es oportuno distinguir e integrar las consecuencias de las tensiones de cara a las dos esferas establecidas: el cumplimiento del deber, que le es exigible al personal de salud, y la defensa de la vida.

La preocupación por la vida va más allá del cuidado de la salud, que tiene que ver con las circunstancias que marcan los orígenes de la bioética. No es un enfoque basado en la teoría principialista de Beauchamp y Childress (1999), aunque no desconoce su preexistencia en el ethos del personal sanitario. Estos principios ocupan un puesto central dentro de la reflexión del agente de salud, que en muchas circunstancias no está lo suficientemente fortalecido para el abordaje integral de situaciones dilemáticas y de tensión. Algo que es más evidente en escenarios de confrontación armada, que para este caso es el espacio geográfico donde la MM desarrolla su labor.

Tensiones relacionadas con el ejercicio de la misión médica

En este contexto, el personal de la salud, en su quehacer frente al conflicto armado, afronta tensiones como el manejo del secreto profesional. García (citado en Urrego y Quintero, 2015) sostiene que:

[...] los tipos de violaciones más frecuentes a los sujetos profesionales de la salud en Colombia, que incluyen la presión para violar el secreto profesional y la intimidación. Se han denunciado casos de médicos y médicas que deben revelar la identidad de sus pacientes porque son amenazados, y por lo tanto eligen salvar su propia vida. Al mismo tiempo, se conoce que en los casos en los cuales no proporcionan los datos son acusados y señalados por cada uno de los actores, y se ven obligados a abandonar la institución de salud donde prestan sus servicios. (p. 840)

¿Qué ocurre cuando al agente de salud le es imposible mantener una posición de neutralidad? En este punto esta neutralidad se encuentra deliberadamente vulnerada por muchos de los actores del conflicto armado. Algo que, en palabras de Maldonado (2002), implica el principio de neutralidad, representa cuestiones importantes en las cuales la bioética tiene espacios de desarrollo; que está circunscrito al campo de la misión médica, y que significa entender el papel que puede desarrollarse en torno a la discusión que suscita la neutralidad:

[...] crear y ampliar espacios de neutralidad. Se trata de conducir a los violentos a reconocer, que existen determinados espacios; que, debido a su carácter común,

pueden y deben ser respetados, de suerte que o bien quienes se encuentren allí merecen el respeto a sus vidas e integridad, o bien, desde otro punto de vista, que estos espacios pueden ser tenidos en cuenta a fin de adelantar conversaciones, diálogos, negociaciones en medio de la guerra. (Maldonado, 2002, p. 3)

Los espacios de neutralidad son vitales para modular el desarrollo o escalamiento del conflicto. Estos espacios pueden ser públicos o privados, y Maldonado claramente los define:

Los hospitales, las clínicas, los centros de salud. Independientemente de si son privados o públicos, particularmente cuando allí se encuentran heridos, convalecientes o personas sensibles de distinto modo y grado a las inclemencias de la guerra, ya sea emocional, afectiva, o psicológicamente. (Maldonado, 2002, p. 4)

Existen limitaciones mucho más significativas en cuanto a la asistencia de salud, en zonas de conflicto, aspecto que para las personas con vulnerabilidades particulares representan un desafío aún mayor. El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2013), describe algunas de las más frecuentes y evidentes:

[...] no es posible, evaluar correctamente las necesidades en materia de asistencia de salud en conflictos armados y en otras emergencias, si no se toman en consideración las vulnerabilidades específicas de: mujeres, niños, personas mayores y personas con discapacidades. Vulnerabilidades que están reconocidas en el derecho internacional. (p. 66)

En este contexto, se debe reconocer que la vulnerabilidad, puede abarcar espacios más amplios que incluyen la violencia sexual, el abuso, el maltrato, entre otros; en el código de ética del CICR se plantea la responsabilidad del trabajador de salud en abordar esta vulnerabilidad.

En cuanto la reserva de los contenidos de la historia clínica (HC) y la confidencialidad en el manejo de la información en salud, el CICR (2013) destaca:

Destaca que el manejo y elaboración de las historias clínicas es una parte fundamental para la atención a los heridos y los enfermos. En materia de HC es fundamental, garantizar la continuidad de la atención del paciente, en ocasiones para el personal de salud el mantenimiento de estos registros es una tarea difícil, y existen grandes limitaciones. En todas partes su diligenciamiento es una obligación ética, que recae directamente sobre el personal de salud. (p. 79)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) y el CICR (2013) sostienen que una actitud de defensa permanente de las personas agonizantes, personas fallecidas y restos humanos es común:

[...] en la práctica civil habitual; [pero en ocasiones], la atención a personas agonizantes y el trato digno de las personas fallecidas; son [considerados] elementos de rutina en la asistencia de salud, [sin que se advierta la trascendencia de su dignificación, en los contextos culturales donde ocurre la muerte]. En la mayoría de los sistemas de salud en general se da un tratamiento a las personas fallecidas acorde a lo culturalmente aceptado. (CICR, 2013, p. 86)

El protocolo adicional del Convenio de Ginebra rescata que en estos contextos surgen algunos nuevos derechos, derivados de las condiciones de precariedad que el conflicto genera, como ocurre con el derecho a saber, que se expresa en el derecho de las personas a saber lo que les ha sucedido

a sus familiares. Este se aplica tanto en los conflictos armados, como en otras emergencias (CICR, 1977).

En materia de deberes, el CICR (2013) destaca:

[...] tratar a las personas agonizantes, las personas fallecidas y sus parientes en forma humana y respetuosa; reconocer que la confirmación legal del deceso es importante para la dignidad de la persona y para sus familiares (esta tarea puede realizarla sólo el personal calificado para ello), [advierte el organismo. Para lo cual es indispensable], tomar las medidas necesarias para que las personas agonizantes y las personas fallecidas, estén al resguardo de la curiosidad de terceros y de medios de comunicación [entre otras]. (p. 87)

Para autores como Meddings (2002):

El “dilema de los datos” es una realidad oculta que las situaciones de conflictos armados, y otras emergencias; tienden a mantener de forma vedada a ciertos grupos. Por lo general, pueden referirse al número de personas heridas o enfermas, el nombre de esas personas, la clase de heridas o enfermedades que padecen, y las circunstancias en las que resultaron heridas o enfermas. (p. 380)

Cuando se analizan y comunican los datos, se puede correr el riesgo de redireccionar o dirigir la atención hacia los efectos que los conflictos armados y otras emergencias producen en la vida y el bienestar de las personas, algunas veces de forma propositiva, que se denomina ciencia de la seguridad humana, y otras veces se puede comprometer la intimidad de las personas afectadas, lo que genera fenómenos de victimización o exposición mediática excesiva.

Coupland (2007) reconoce otros elementos dilemáticos. Cuando las responsabilidades del personal de salud se amplían, para incluir la recolección de datos en esas circunstancias, es posible que el personal de salud llegue a tener en su poder información precisa sobre el impacto humano, de las violaciones del DIH o del derecho de los derechos humanos.

En efecto, esos datos son evidencias de crímenes, y su recolección puede contribuir a un proceso de justicia transicional, a nivel nacional o internacional. Por ello, el personal de salud puede encontrarse ante una tensión dilemática grave e inevitable (CICR, 2013).

Para Roberts (1999), es fundamental que el personal de salud comprenda la responsabilidad respecto de su propia persona. La tarea de prestar atención médica a los heridos y los enfermos, en conflictos armados y en otras emergencias, puede ser extremadamente estresante. El trabajador de la salud debe tomar medidas para garantizar su propio bienestar, a fin de poder seguir cumpliendo con sus responsabilidades.

Respecto al manejo de los medios de comunicación, se pueden aportar cambios positivos, si cuentan con un panorama realista de lo que esté sucediendo en determinado contexto violento. Pero el CICR (2013) advierte los riesgos a la sobreexposición mediática, lo cual puede, implicar una tensión dilemática para los trabajadores de la salud, similar al “dilema de los datos”.

Algunas de las tensiones en juego son: el bienestar y la privacidad de los heridos y los enfermos, que siempre debe prevalecer por sobre la curiosidad o las necesidades

de los medios de comunicación; resguardar a los heridos y los enfermos de la mirada de los medios de comunicación, es un deber. (CICR, 2013, p. 22)

¿Existen límites al cumplimiento del deber?

La tensión fundamental se centra en saber si existen límites al cumplimiento del deber. Para el personal de salud en situación de conflicto armado, durante su labor en misión médica, se presentan constantemente estas limitantes, ya que, por un lado, se encuentra su autonomía profesional y, por otro lado, está el deber de atender y preservar los derechos humanos del paciente. A veces, a este tipo de cuestionamientos se le conoce con el nombre de conflictos de intereses. Lo anterior se ha evidenciado con autores como Urrego y Quintero (2015), que describen esta realidad al afirmar:

Pero su definición se queda corta, frente a la magnitud de su situación y que representan un espacio de interacción para el desarrollo de los principios bioéticos. En este contexto Estas situaciones dilemáticas sobrepasan lo descrito en los dilemas clínicos propuestos desde la perspectiva de la bioética, ya que se amplía el marco de acción y se desdibuja el escenario profesional circunscrito a una institución hospitalaria, involucrando la vida en todas sus dimensiones. [...] Respecto a los principios morales como un conjunto de normas o valores básicos que se convierten en exigencia para la acción y expresan deberes relacionados con los actos, encontramos que además de los principios contemplados en las perspectivas bioéticas revisadas, emergieron otros que complementan los planteamientos existentes y enriquecen el marco de análisis de la ética práctica en medicina. Al visualizarlos en el contexto, evidenciamos que los principios adoptan un significado que trasciende la relación médico/ médica-paciente. (p. 847)

Para autores como McLean (2013), la vulnerabilidad humana debe ser tomada en cuenta en individuos y grupos especialmente vulnerables, que deberían ser protegidos, así como su integridad personal. Según este autor, existen dos conceptos: la vulnerabilidad especial (aparentemente, un esfuerzo para distinguir la “mera” vulnerabilidad de una mayor vulnerabilidad), y el respeto a la integridad personal (que a menudo se utiliza indistintamente con el concepto de dignidad humana).

En 2011, el Comité Intencional de Bioética de la Unesco (CIB) se dio a la tarea específica de hacer frente a las vulnerabilidades especiales que se producen, ya sea como consecuencia de la incapacidad personal, cargas ambientales, o la injusticia social, en los contextos de la atención en salud. En este sentido, se impone a todos el hecho de ejercer una vigilancia en la protección del bienestar de los individuos y grupos en estos contextos.

El concepto de vulnerabilidad se ha modificado ampliamente. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (citado en Oliveira, Alves, Raspante, Roever *et al.*, 2002) sostiene que “las personas vulnerables son aquellas que relativamente (o absolutamente), son incapaces de proteger sus propios intereses” (p. 73) y que son subyugadas por personas que detentan algún grado de poder, inteligencia, educación, recursos, fuerza u otros atributos, los cuales son necesarios para proteger sus propios intereses, pero que no se pueden ejercer de forma autónoma. No hay un consenso sobre lo que significa realmente la

vulnerabilidad; lo que esta pide es proteger a las personas vulnerables, algo que parece tener una apelación ética intuitiva; por lo tanto, es probable que continúe considerándose de esta manera.

Conclusiones

Todos los principios planteados representan guías orientadoras que le permiten al personal sanitario tomar decisiones frente a los dilemas y tensiones relacionadas, principalmente cuando está presente la defensa del derecho a la vida. El personal de salud se involucra en el concepto de justicia y equidad, que le afecta cuando el actor armado lo desconoce, y pone en condición de vulnerabilidad el desarrollo de la misión médica.

La base de los principios bioéticos tradicionales, junto a la DUBDH, al ser ampliamente compartidos, suministra un marco sólido de referencia para su difusión, que requiere una importante mediación pedagógica.

La bioética analiza las situaciones limítrofes, que suponen para el personal de salud la aparición de estas tensiones. Aunque desde la perspectiva bioética, no se emiten conceptos ni directrices, se pueden generar orientaciones procedimentales, que son de utilidad, para guiar el accionar del personal de salud.

La bioética, en estos casos, tiene mucho que aportar, más allá de las acciones de corte jurídico legal, que se deban instaurar cuando ocurren violaciones a los derechos humanos o al derecho internacional humanitario. Se trata de reconocer el efecto de la acción que ejerce la violencia sobre el personal de salud, que mina de forma paulatina su capacidad de determinación, favorecida por el desconocimiento de los espacios neutrales que los actores armados ejercen sobre las instalaciones, los bienes y las personas protegidas por las normas nacionales e internacionales.

En el personal de salud de misión médica existen conflictos que generan tensiones de orden bioético y en las cuales que su resolución pudiese estar mediada por la ponderación de principios contrapuestos. Es por esto que la bioética aporta elementos que podrían ser de utilidad en casos concretos, que en el largo plazo pueden ser modelos explicativos sobre la conflictividad, más allá de los determinismos biológicos, culturales y hasta regionales que en el desarrollo del proceso puedan darse. Todo esto sustentado en un marco conceptual apoyado en las bases metodológicas que la bioética puede brindar al posacuerdo.

La dignidad del personal de salud es un planteamiento de profundas repercusiones para el desempeño del personal sanitario en situaciones de misión médica. Este concepto le otorga significado a su labor, que va más allá del papel que el actor armado le subroga; tiene que ver con las acciones que directamente puede asumir para aportar soluciones a la crisis humanitaria, en zonas de conflicto armado; es un aspecto dentro del cual el personal de salud tiene mucho para aportar.

Diferenciar la deontología profesional de la fundamentación bioética es otra tarea que se debe abordar. Las líneas divisorias de estos conceptos, aunque parecen entrelazarse y entretorse, no están dotadas

de significados idénticos; por el contrario, hay que otorgarle contenido y este depende de aspectos como las políticas que la protejan y apoyen, para que adquiriera sentido y significado.

Enseñar sobre la comprensión de los dilemas y las tensiones morales, en el marco del conflicto, es un elemento que puede contribuir a disminuir la carga que al personal de salud le genera la situación de tensión que enfrenta.

Así, pues, es fundamental, que el personal de salud se visibilice y participe en el debate macro sobre la justicia en salud y el derecho a la salud en las zonas de posacuerdo. Su voz es fundamental en el marco normativo de las medidas de protección a su labor. Es por esto, que se requiere incorporar elementos que contribuyan al fortalecimiento de la ética y principios bioéticos en el personal asistencial.

Financiación

Este artículo es producto de revisión de la tesis de doctorado titulado Sentimientos, tensiones y conflictos éticos de la misión médica. El caso del Catatumbo. Aportes de la bioética para orientar la paz en horizontes de reconciliación. El análisis presentado corresponde a la primera parte del proceso relacionada con la formulación del marco general de la propuesta para optar al exámen de candidatura a Doctora en Bioética, actividad desarrollada durante la comisión de estudios académicos, otorgada mediante acuerdo del CSU N° 095 del 18 de diciembre de 2015 y contrato de servicios profesionales de doctorado 01 de 2016, otorgado por la Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta, Colombia.

Referencias

- Batista, S. (2004). *Aproximación al concepto del derecho desde la perspectiva triádica* (Tesis de doctorado). Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Beauchamp, L. y Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Oxford University Press.
- Colombia, Congreso de la República de Colombia. (1981). “Ley 23 de 1981”. *Por la cual se dictan normas en materia de ética médica* Bogotá: Diario oficial.
- Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. (1991). de 1981. “Constitución Política de Colombia de 1991”. Bogotá: Diario oficial.
- Colombia, Congreso de la República de Colombia. (1994). “Ley 171 de 1994”. *Por medio de la cual se aprueba el “Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II)”, hecho en Ginebra el 8 de junio de 1977*. Bogotá: Diario oficial.
- Colombia, Congreso de la República de Colombia. (2011). “Ley 1448 de 2011”. *Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Diario oficial.

- Colombia, Congreso de la República de Colombia. (2002). "Ley 782 de 2002". *Por medio de la cual se prorroga la vigencia de la Ley 418 de 1997, prorrogada y modificada por la Ley 548 de 1999 y se modifican algunas de sus disposiciones*. Bogotá: Diario oficial.
- Colombia, Corte Constitucional. (2008). "Sentencia T 760 de 2008". Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional 31 de julio de 2008. Bogotá: Corte Constitucional.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (1977). *Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 1977*. Recuperado de <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/protocolo-i.htm#6>
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2013). *Asistencia de salud en peligro responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja.
- Coupland, R. (2007). Security, insecurity and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3), 181-184.
- Cruz Roja Española. (2008). *Convenios de Ginebra. Principios Generales del DIH*. Recuperado de http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=878,12647079&_dad=portal30&_schema=PORTAL30
- Escobar, J. (2011). Riqueza de principios en bioética. *Colombiana de Bioética*, 6(2), 128-138.
- Escobar, J. y Ovalle, C. (2014). Fundamentos bioéticos para pensar el conflicto. *Revista Colombiana de Bioética*, 9(2), 27-34. Recuperado de http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/rev92/arti2_Jaimeescobarconstanzaovalle.pdf
- García, A. (2011). *Bioética de intervención. Bioética y sociedad en Latinoamérica*. Santiago de Chile: Fundación Ciencia y Vida.
- García, P. (2001). *Diccionario filosófico: manual de materialismos filosófico una introducción analítica*. Oviedo: Biblioteca de Filosofía en Español.
- Garrafa, V. y Porto, D. (2008). Bioética de intervención. En J. Tealdi (Ed.), *Diccionario Latinoamericano de Bioética* (p. 255). Bogotá: Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia.
- Garrafa, V. y Manchola, C. (2014). La bioética: una herramienta para la construcción de la paz. *Colombiana de Bioética*, 9(0), 95- 106. Recuperado de http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/rev92/arti9_Volneigarrafa.pdf
- Hottois, G. (2007). *La ciencia entre valores modernos y posmodernidad*. Bogotá: Vrin, Universidad El Bosque.
- Hottois, G. (2013). *Dignidad y diversidad humanas*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Mainetti, J. y Pérez, M. (2007). Los discursos de la Bioética en América Latina. En L. Pessini, C. De Paul y F. Lolas (Coords.), *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica* (pp. 247-297). Chile.
- Maldonado, C. (2002). Una pregunta difícil: ¿cómo es posible la neutralidad? En *Bioética y conflicto armado* (pp. 31-43). Bogotá: Ediciones El Bosque.
- Maliandi, R. (2009). La tarea de fundamentar la ética en karl-otto apel y en la ética convergente. *Acta Bioethica*, 15(1), 21-34. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100003>

- Maliandi, R., Thüer, O. y Cecchetto, S. (2009). Los paradigmas de fundamentación en la ética contemporánea. *Acta Bioethica*, 15(1), 11-20. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100002>
- McLean, S. (2013). Respect for human vulnerability and personal Integrity. En B. Gordijn y H. A. M. J. ten Have (Eds.), *Handbook of Global Bioethics* (pp. 105-117). Pittsburgh: Center for Health Care Ethics Duquesne University.
- Meddings, D. (2002). The value of credible data from under-resourced areas. *Medicine, Conflict and Survival*, 18(4), 380-388. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13623690208409648>
- Ministerio de Salud. (2002). “Resolución 1020 de 2002” *Por la cual se dictan medidas para la protección de la Misión Médica*. Bogotá: Diario oficial.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). “Resolución 4481 de 2012”. *Por la cual se adopta el manual de misión médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su emblema*. Bogotá: Diario Oficial.
- Oliveira, D., Alves, F., Raspante, K., Roevers, L. et al. (2002). La vulnerabilidad de los adolescentes en la investigación y en la práctica clínica. *Bioética*, 25(1), 1-15. Recuperado de http://www.Cioms.ch/publications/guidelines/guidelines_nov_2002_blurb.htm
- Organización de la Naciones Unidas por la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. Recuperado de http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). *La declaración universal de derechos humanos*. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2003). *El desarrollo basado en un enfoque de los derechos humanos: hacia una comprensión colectiva entre las agencias de las naciones unidas*. Recuperado de http://archive.hrea.net/index.php?doc_id=270&cerc_doc_id=3108&category_id=23&category_type=3&group=
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). *La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pictet, J. (1997). *Codificación y principios del derecho internacional humanitario los convenios de La Haya, de Ginebra y los protocolos adicionales*. Bogotá: Instituto Henry Dunant, Comité Internacional de La Cruz Roja.
- Popper, K. (1992). *Conocimiento objetivo*. Madrid: Tecnos.
- Restrepo, J. (2001). *¿Terrorismo o rebelión ? Propuestas de regulación del conflicto armado*. Recuperado de <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/libros/dih/index.html>
- Roberts, D. (1999). *Staying alive: safety and security guidelines for humanitarian volunteers in conflict areas*. Recuperado de <https://www.icrc.org/en/publication/0717-staying-alive-safety-and-security-guidelines-humanitarian-volunteers-conflict-areas>
- Sanahuja, J. (2002). *Guerras, desastres y ayuda en emergencia*. Barcelona: Intermón Oxfam.

Urrego, D. y Quintero, M. (2015). Dilemas de la guerra: un estudio desde las narrativas médicas en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 837-849. doi: <https://dx.doi.org/10.11600/1692715x.13220210414>

Wartofsky, M. (1973). *Introducción a la filosofía de la ciencia*. Madrid: Alianza.

Notas

- * Este artículo de reflexión es producto de una investigación en el Área de Salud, línea Dilemas y Problemas en las Prácticas Clínicas del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. La autora tiene la responsabilidad del contenido y de la originalidad del documento.

Notas de autor

- ** Enfermera, magíster en Dirección de Proyectos, Universidad para la Cooperación Internacional, especialista en Práctica Pedagógica Universitaria, Universidad Francisco de Paula Santander, especialista en Gerencia en Salud, Universidad del Norte, especialista en Gestión Aplicada en Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, y estudiante del doctorado de Bioética, Universidad El Bosque. Docente del Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander Cúcuta, Norte de Santander, Colombia. Correo electrónico: gloria-bautista@ufps.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0551-4110>.