



UGR
Universidad del
Gran Rosario

TESINA

presentada para acceder al título de grado de la carrera de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

Título:

“Análisis del entendimiento de los estudiantes sobre cuestiones de ética profesional y derechos del paciente en las prácticas de Kinesiología y Fisiatría de la UGR”

Autora:

Fabrissin, Agustina

Nº de libreta universitaria: IUGR-2522

Director:

Lic. Silva, Gustavo

Fecha de Presentación:

28/08/2020

“Es necesario integrar la visión biopsicosocial, el trabajo de la empatía y la asertividad dentro de las competencias clínicas. Debemos reforzar una buena relación terapéutica para un mejor grado de satisfacción, principalmente en pacientes crónicos y/o con discapacidad. Y para una formación universitaria integral, se debe incluir de forma precoz la práctica clínica, técnicas y habilidades sociales y de comunicación”

Pujol y C. Olivera, *“Reflexionem sobre l’empatia”*, VI Congreso de la Sociedad Catalano-Balear de Fisioterapia.

“El cuidado del otro, que está implícito en la acción, presupone un cuidado ético de sí mismo. El cuidado de sí solicita un movimiento reflexivo sobre sí mismo; continuamente se requiere un autoexamen, una revisión de los modos con los que se ha intentado orientar la conducta... se busca examinar lo acontecido a nivel del comportamiento para pulir sus formas, sus procedimientos”

Britos, María del Pilar, *“La problematización de la relación con la verdad. Interrogantes a partir de la lectura de Foucault”*.

Agradecimientos

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento al director de la presente tesina, Lic. Silva Gustavo, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo; por el respeto a mis sugerencias e ideas, y por la dirección y el rigor con la que ha facilitado a las mismas. Gracias por compartir tus conocimientos, tanto en la instancia como docente y como director de tesina. Agradecer también aquellas/os docentes y tutores partícipes en mi formación académica; quienes me enseñaron a contemplar un abordaje de la kinesiología y fisioterapia desde una perspectiva crítica y reflexiva, motivando mi capacidad de asombro hacia esta profesión. Por último, pero no menos importante, mi eterna gratitud a mi familia, compañeras y compañeros.

Esta tesis rechaza la desigualdad y la discriminación de género, por esta razón, se intenta, en la medida de las posibilidades, incluir expresiones que visibilicen tanto a las kinesiólogas como a los kinesiólogos; las y los estudiantes. No obstante, se reconoce las dificultades de una escritura sin sesgo de género, de este modo, se opta por utilizar la expresión genérica *kinesiólogos*, como otras, para dar fluidez a la lectura del documento.

Resumen

En este trabajo se parte de que la formación en ética profesional, con el fomento de los principios y valores éticos y el respeto por los derechos humanos en la atención a la salud, constituye una de las finalidades de la educación universitaria. Por consiguiente, el siguiente proyecto de investigación busca analizar el entendimiento de los estudiantes sobre cuestiones de ética profesional y derechos del paciente en las prácticas de kinesiología y fisioterapia de la UGR. Para lo cual, se llevó a cabo un estudio de campo de tipo observacional, descriptivo, de corte cualitativo y transversal. La estrategia metodológica adoptada se basó en dos instancias principales. Por un lado, una estrategia sistemática de búsqueda bibliográfica sobre la problemática a investigar, consultando las bases de datos de Pubmed, SciELO, Bireme y la Biblioteca Electrónica del MinCyT; donde entre las palabras claves utilizadas se encuentran las siguientes: Ética profesional; Bioética; Fisioterapia; Enseñanza Superior. Y por el otro, se realizaron entrevistas semi-estructuradas de diez preguntas abiertas a informantes claves. La muestra fue no probabilística de tipo significativa, aleatoria, por conveniencia estratificada. La misma estuvo conformada por un total de nueve estudiantes de la carrera de “Licenciatura en Kinesiología y Fisioterapia de la UGR” en Santa Fe, quienes fueron categorizados en tres grupos en función del año de prácticas hospitalarias que se encontraban realizando en el momento de ser entrevistados; práctica hospitalaria I, II y III.

Índice

I. Introducción	1
I. a. Estructura del desarrollo de la tesina	3
II. Justificación	5
III. Objetivos.....	6
III. a. Objetivo general.....	6
III. b. Objetivos específicos	6
IV. Metodología.....	7
IV. a. Estrategia de búsqueda.....	7
IV. b. Selección de la muestra	8
IV. c. Instrumento de recolección de datos	9
Capítulo I: Marco teórico-conceptual.....	10
V. 1. a. Enmarcar conceptualmente a la salud	10
V. 1. b. Los paradigmas en las Ciencias de la Salud	11
V. 1. b. 1. Paradigma biomédico tradicional	11
V. 1. b. 2. Paradigma biopsicosocial	12
V. 1. c. La ética profesional en la atención a la salud	14
V. 1. c. 1. Ética profesional en kinesiología.....	16
V. 1. d. Los derechos del paciente en su relación con los profesionales sanitarios.....	19
V. 1. e. La ética profesional en la educación superior	22
V. 1. e. 1. Saberes éticos en el plano del currículo oculto	24
V. 1. f. Entendimiento y tipos de saberes en la formación del estudiante	26
Capítulo II: Entendimiento en cuanto a la ética profesional y a los derechos del paciente	28
V. 2. a. La ética profesional desde el entendimiento de los estudiantes.....	29
V. 2. b. Los derechos del paciente desde el entendimiento de los estudiantes	32
V. 2. b. 1. La autonomía de la voluntad del paciente.....	34

V. 2. b. 2. Confidencialidad de los datos del paciente	35
V. 2. b. 3. Consentimiento informado del paciente	37
V. 2. c. El entendimiento de los estudiantes desde los paradigmas de la salud	39
V. 2. d. Reflexiones pre-eliminares	40
Capítulo III: Aprendizaje de la ética profesional y de los derechos del paciente	42
V. 3. a. Transmisión de saberes éticos en los contextos universitarios	42
V. 3. a. 1. Aula	43
V. 3. a. 2. Prácticas pre-profesionales	47
V. 3. b. Docentes, tutores y otros estudiantes como transmisores de saberes éticos..	48
V. 3. c. Reflexiones pre-eliminares.....	49
Capítulo IV: Conclusiones.....	52
VI. Referencias bibliográficas.....	56
VII. Anexos	62

I. Introducción

Los avances que la kinesiología y fisiatría ha tenido desde sus inicios, dan cuenta de su vitalidad y alcance en los diferentes aspectos del proceso salud-enfermedad de las personas. Por lo que, no resulta extraño que en los últimos años los kinesiólogos hayan buscado una práctica profesional cada vez más autónoma. No obstante, esto trae consigo mayor responsabilidad profesional como así también dilemas éticos más complejos, en donde los juicios éticos cobran un sentido relevante en la toma de decisiones clínicas frente a los pacientes, familiares, sociedad, instituciones y a la profesión misma. En efecto, tomar decisiones acertadas desde el punto de vista ético en el ámbito sanitario es complejo, y requiere de profesionales competentes, formados desde sus inicios con una visión integral sobre la atención a la salud; capaces de integrar en su práctica diaria las competencias técnicas específicas con los valores y principios éticos que sustentan su práctica profesional. En virtud de ello, se desprende la importancia de que las instituciones universitarias especializadas en la formación de profesionales en kinesiología y fisiatría fomenten un proceso de enseñanza-aprendizaje de las dimensiones ético-legales de manera continua, contextualizada e integrada a la práctica kinésica⁽¹⁾.

La ética profesional es una disciplina orientada a analizar, determinar y promover la validez de los valores morales que guían el ejercicio profesional. Reflexiona sobre en qué consiste ser un buen profesional y qué principios rigen el comportamiento ético profesional. Parte de la ética profesional aparece reflejada en los códigos deontológicos de las profesiones, en donde se explicitan una serie de principios y pautas de conducta de cumplimiento obligatorio para que el desempeño de las funciones profesionales se encuentre dentro de un marco ético. En el terreno educativo, precisamente en la enseñanza de los aspectos éticos de la profesión, se debe buscar inculcar una reflexión sistemáticamente sobre el propósito de la profesión en el cuidado de la salud, las obligaciones que esto conlleva y los principales dilemas y conflictos éticos que acarrea^(2, 3).

En lo que respecta a Argentina, ante los crecientes reclamos por parte de la sociedad, y las luchas encabezadas por colectivos que, históricamente en situación de partida desventajosa a la hora de ver reconocidos muchos de sus derechos humanos, buscaron exigir el resguardo de la integridad de su salud, se sancionó una herramienta jurídica fundamental para los usuarios de los servicios de salud. La ley Nacional 26.529 de

los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, sancionada en el año 2009, viene a reafirmar los principios éticos que protegen al ser humano: la dignidad, la libertad, la autodeterminación, entre otros; estableciendo a la asistencia sanitaria, la autonomía de la voluntad, el consentimiento informado, la confidencialidad de la documentación clínica, por mencionar algunos, como derechos que amparan al paciente en la asistencia sanitaria⁽⁴⁾.

Ahora bien, con todas las transformaciones por las que se ha transitado en los últimos años en los planos social, político y económico, han llevado a la necesidad de redefinir el desempeño de las funciones de los profesionales de las Ciencias de la Salud. Y, con ello, el planteo de incluir desde la formación universitaria la enseñanza ética, asociada ya sea con la educación moral, la formación en valores, el respeto a los derechos humanos, en contexto con los conocimientos técnicos específicos de la profesión. En este sentido, Ortiz Peraltes señala, *“un sistema generador de futuros profesionales de la salud, sin sólidas bases éticas, corre alto riesgo de deshumanizarse y contribuir, sin proponérselo intencionalmente, a consolidar una carrera profesional contraria a las necesidades reales de la sociedad a la que pertenece”*⁽⁵⁾.

Finalmente, en relación con el campo de estudio del siguiente proyecto de investigación, la Universidad del Gran Rosario (UGR) se compromete desde hace más de 20 años con el Sistema de Salud de algunas ciudades de la provincia de Santa Fe a través de un sistema de prácticas pre-profesionales correspondiente a carrera de “Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría”. Las mismas, se realizan en Unidades Docentes Asistenciales, en efectores públicos de la salud de baja, mediana y alta complejidad; formando así, un sistema de aprendizaje activo en escenarios reales, acompañados y supervisados por tutores. Se encuentran distribuidas en el tercer, cuarto y quinto año respectivo al plan de estudio⁽⁶⁾. No obstante, dentro del plan de estudios, es en el quinto año de la carrera donde se introducen asignaturas destinadas a la enseñanza de saberes teórico-conceptuales de la ética profesional, la deontología y de la legislación de los derechos del paciente; temas vinculados con el ejercicio responsable de la profesión.

Por tanto, este trabajo propone analizar el entendimiento de los estudiantes de los estudiantes de kinesiología y fisiatría de la UGR, en cuanto a la ética profesional y los derechos del paciente. En virtud de ello, se parte de la siguiente hipótesis: sosteniendo que, los estudiantes de kinesiología y fisiatría de la UGR, inician las prácticas pre-profesionales con vacancias teórico-conceptuales sistematizadas en el diseño curricular en torno a la

ética profesional y los derechos del paciente, se considera que los mismos incorporan saberes que los habilitan a tener entendimiento sobre tales aspectos, a través de la relación enseñanza-aprendizaje con tutores y profesores a lo largo de las diversas asignaturas que se imparten en la carrera, los cuales muchas veces no están especificados en la currícula de las mismas.

En este estudio, se considera “entendimiento” a lo que Anthony Giddens define como, *“todo lo que los actores saben, creen, sobre las circunstancias de su acción y la de otros, y que aplican en la producción y reproducción de esa acción, incluidos un saber tácito, así como uno discursivamente asequible”*⁽⁷⁾. El entendimiento puede ser abordado a través de los distintos tipos de saberes que los actores utilizan para su práctica cotidiana, específicamente, para las prácticas preprofesionales en el campo de la kinesiología y fisioterapia. Entre estos saberes se encuentran, el saber conceptual o explícito y el saber tácito.

I. a. Estructura del desarrollo de la tesina

El desarrollo de la tesina llevada a cabo a continuación, se hallará organizado a través de 4 capítulos, en función de la temática en común a la cual responden los distintos contenidos.

El capítulo 1, consta del marco teórico, con la pretensión de clarificar la intención del trabajo y ubicar al lector dentro del contexto propuesto. Se aborda el concepto de salud y se diferencia explícitamente ambos paradigmas en salud: biomédico y biopsicosocial. Luego, se desarrolla la ética profesional con una mirada centrada en el área de la salud, especialmente, en la kinesiología y fisioterapia. Seguidamente, se detalla la ley Nacional 26.529, de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud; distinguiéndose a la autonomía de la voluntad, la confidencialidad de la documentación clínica y el consentimiento informado. Posteriormente, se aborda la temática de la enseñanza de la ética profesional en la educación superior, y, finalmente, se prosigue con los conceptos de entendimiento y los tipos de saberes.

En el capítulo 2, se basa en identificar, analizar, describir y discutir, en base a los datos aportados por los informantes claves que integraron la muestra, sobre qué saben y aprenden de ética profesional en primer lugar, y luego, de los derechos del paciente; particularmente sobre, la autonomía de la voluntad del paciente, la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado. Además, se busca identificar si existen diferencias en el entendimiento de los estudiantes en función del género y del año de prácticas

hospitalarias. Seguidamente, se determina en cuál paradigma de la salud se enmarca en mayor medida el entendimiento de los estudiantes. Por último, se hace una reflexión preliminar del capítulo, recuperando las interpretaciones más significativas en relación con la temática del estudio.

En el capítulo 3, en primer lugar, se describe y compara el tipo de aprendizaje, explícito o tácito, sobre la ética profesional y los derechos del paciente que se aprecian en los diferentes escenarios educativos, desde el entendimiento de los estudiantes. En segundo lugar, se profundiza sobre la transmisión de los saberes éticos en relación a los diferentes actores implicados en ello. En tercer lugar, se presenta una reflexión preliminar del capítulo, donde se expone, en modo de síntesis nuestra interpretación de los resultados de las entrevistas acorde a los objetivos e hipótesis del presente trabajo.

Posteriormente, en el capítulo 4, se lleva a cabo la conclusión del trabajo. En él se realiza la puesta en común de las aseveraciones que surgieron a partir de la problemática planteada y los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los estudiantes.

II. Justificación

Autores referentes en el tema de la ética en el campo de la kinesiología, entre los ellos, Purtilo, Guccione y Magistro, señalan que el aumento en la autonomía profesional, por un lado, y la naturaleza propia de la práctica kinésica por el otro, trae consigo un mayor compromiso ético-legal por parte del profesional en la toma de decisiones clínicas frente a los pacientes, familiares, sociedad, y otros. A partir de lo cual, destacan la importancia de que las instituciones universitarias brinden saberes y habilidades éticas, que preparen a los futuros titulados para dar respuesta a las diversas exigencias y responsabilidades que como profesionales están llamados a asumir⁽⁸⁾.

A partir de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo para este estudio, se ha observado que la literatura existente sobre aspectos de la ética profesional en relación con la kinesiología es limitada; especialmente en Argentina y regiones cercanas. De estas evidencias, la gran mayoría se centra en los dilemas éticos en el ejercicio profesional de la kinesiología y en la justificación sobre la importancia de instruir a los estudiantes universitarios sobre ética. Asimismo, hasta el momento, no se ha encontrado un examen sistemático y concluyente en cuanto a las concepciones y entendimiento sobre la ética profesional y los derechos del paciente en estudiantes de la carrera de kinesiología y fisioterapia que permitan esclarecer qué y cómo aprenden sobre la temática. Por consiguiente, se considera pertinente indagar en torno al entendimiento de los estudiantes sobre tales temas en las prácticas de kinesiología y fisioterapia de la UGR. Esto, podría contribuir al conocimiento sobre la integración de las dimensiones ético-legales en la formación de los estudiantes desde del entendimiento de los mismos, ofreciendo, de esta manera, una visión alternativa de las vivencias de estos en la adquisición de los saberes éticos, tanto en las asignaturas teóricas como en la instancia de las prácticas pre-profesionales.

III. Objetivos

III. a. Objetivo general

- Analizar el entendimiento de los estudiantes de la carrera de “Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría” de la UGR que estén realizando las prácticas pre-profesionales sobre cuestiones de la ética profesional en la relación kinesiólogo-paciente.

III. b. Objetivos específicos

- Identificar, en la formación de los estudiantes, la presencia de contenidos conceptuales en relación a la ética profesional.
- Analizar el entendimiento de los estudiantes en materia ético-legal del paciente en el tratamiento kinésico.
- Determinar si el paradigma en el que se enmarca el entendimiento ético de los estudiantes es biomédico o biopsicosocial.

IV. Metodología

Para responder a los objetivos propuestos, se realizó un estudio de campo de tipo observacional, descriptivo, cualitativo y transversal.

La estrategia metodológica adoptada se basó en dos instancias principales, por un lado, una estrategia sistemática de búsqueda bibliográfica sobre la problemática a investigar, y por otro, entrevista semi-estructuradas a informantes claves. A continuación, se describe cada una de ellas, guardando el orden cronológico, siempre esquemática, en la que se llevó adelante el trabajo de campo.

IV. a. Estrategia de búsqueda

En este estudio se llevó a cabo una búsqueda sistemática de la literatura presente con un sentido teórico para identificar temas centrales vinculados a la ética profesional y a los derechos del paciente, como así también, con un propósito metodológico para la elaboración del instrumento de recolección de datos –las entrevistas semi-estructuradas-. Aunque se procuró que la información obtenida fuera, en la medida de lo posible, referida al campo específico de esta profesión, en algunas situaciones, se tuvo que recurrir a bibliografía procedente de otras Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Humanidades; como de otros países. No se limitó la búsqueda de información a un periodo de tiempo determinado, sino que se admitieron artículos que podrían considerarse menos actuales, de autores cuyo trabajo en este terreno ha sido ampliamente reconocido, con la finalidad de recabar la mayor información posible.

Las bases de datos consultadas durante la búsqueda de artículos científicos fueron las siguientes:

- Pubmed
- SciELO
- Biblioteca Virtual en Salud (BVS o Bireme)
- Biblioteca Electrónica del MinCyT

Se filtró la información a través de la utilización de palabras claves, en español y en inglés. Las mismas fueron combinadas con el conector “AND” y “OR”. A continuación, se exponen las mismas según su categoría (MeSH, DeCS):

- MeSH: Ethics; Ethics Education; Physiotherapy; Students
- DeCs: Ética profesional; Bioética; Fisioterapia; Enseñanza Superior

Combinaciones:

“Ethics” (*MeSH*) AND “Physiotherapy” (*MeSH*)

“Ethics Education” (*MeSH*) AND “Physiotherapy”

“Ética profesional” (*DeCs*) OR “Bioética” (*DeCs*) AND “Fisioterapia” (*DeCs*)

“Bioética” (*DeCs*) AND “Enseñanza Superior” (*DeCs*)

IV. b. Selección de la muestra

La muestra fue no probabilística de tipo significativa, aleatoria, por conveniencia⁽⁹⁾. Estuvo conformada por un total de nueve (9) estudiantes de la carrera de Licenciatura en Kinesología y Fisiatría de la UGR, sede Santa Fe, seleccionados al azar. Se buscó representación femenina y masculina, por lo que, de toda la muestra, cuatro participantes pertenecían al género femenino (4) y cinco al género masculino (5). Asimismo, la muestra fue dividida en tres grupos en función del año de práctica hospitalaria que se encontraban realizando en el momento de ser entrevistados; Práctica hospitalaria I, II y III. Todos los participantes proporcionaron consentimiento informado para participar del estudio (ver Anexo 1).

Visto las características de la muestra, en cuanto al tamaño, esta investigación se ubica en un plano exploratorio del campo que se estudia; que ameritará investigaciones desde otras aproximaciones, dado que hasta el momento, no se ha encontrado un examen sistemático y concluyente en cuanto a las concepciones y entendimiento sobre la ética profesional y los derechos del paciente en estudiantes de la carrera de kinesología y fisiatría que permitan esclarecer qué y cómo aprenden sobre la temática.

Los criterios para determinar la participación de los sujetos de estudio fueron: aceptación voluntaria de los estudiantes a participar en esta investigación a través del formulario de consentimiento informado, estar realizando las prácticas hospitalarias, ser estudiante de la carrera en Licenciatura en Kinesología y Fisiatría en la Universidad del Gran Rosario.

Entre los criterios de exclusión se consideraron: alumnos del último año de prácticas hospitalarias que estén realizando la rotación en centros de salud.

IV. c. Instrumento de recolección de datos

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, con diez preguntas abiertas diseñadas para este estudio (ver anexo 2). El encuentro con los estudiantes se realizó en el mes de febrero del año 2020 en los efectores de salud donde los participantes realizan las prácticas con una previa comunicación y solicitud de permiso a los tutores y consentimiento informado por escrito de los participantes. Las entrevistas fueron llevadas a cabo en el siguiente orden: en primer lugar, se entrevistó al grupo de prácticas hospitalarias I, en segundo lugar, al grupo de prácticas hospitalarias II y, por último, el grupo de prácticas hospitalarias III.

Se procuró recolectar información sobre los siguientes aspectos sobre el entendimiento de los estudiantes en esta temática:

- La ética profesional y los derechos del paciente en la formación universitaria de la UGR.
- La autonomía de la voluntad del paciente.
- Intimidad y confidencialidad de la documentación clínica.
- El consentimiento informado.

Al mismo tiempo, se obtuvo información socio-educativa: edad (tomada de manera cuantitativa), género (masculino/femenino), año de cursado (tomada de manera cuantitativa y especificando que semestres comprende cada año).

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos de las entrevistas, se realizó una transcripción, codificación y la posterior categorización y análisis de los mismos. Posteriormente, se compararon los resultados arrojados del análisis de cada grupo, por año de cursado en relación al tipo de práctica hospitalaria y por género.

Se escogieron diferentes categorías atendiendo a los temas principales planteados en la investigación, con el fin de organizar la información recogida y presentar los resultados en función de los objetivos propuestos: ética profesional, derechos del paciente, aprendizaje. En cada categoría se discriminaron una serie de subcategorías. De la categoría de los derechos del paciente, se diferencian: la autonomía de la voluntad del paciente, la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado. De la categoría de aprendizaje, se desglosan: los saberes teórico-conceptuales, los saberes tácitos, escenarios de aprendizaje, actores implicados. En todas las categorías se consideran las siguientes subcategorías: género y año de práctica hospitalaria.

Capítulo I: Marco teórico-conceptual

En el siguiente capítulo, se desarrollará aquellos conceptos teóricos inherentes a la problemática que se plantea, con el fin de clarificar la intención del trabajo y ubicar e introducir al lector dentro del contexto propuesto.

V. 1. a. Enmarcar conceptualmente a la salud

A lo largo de la historia, el concepto de salud ha ido modificándose y ampliándose a partir de las nuevas críticas y aportes de expertos en el tema. El concepto emitido por la OMS en el año 1948 es sin dudas el más divulgado en los ámbitos sociales, educativos, entre otros. El mismo, define a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social; y no sólo a la ausencia de enfermedades. En su momento fue un concepto innovador en virtud de su amplitud al adoptar un modelo multicausal. En otras palabras, el estado de salud de una persona no dependería sólo de causantes físicos, sino que, además se encontraría determinada por factores tanto psicológicos como sociales. No obstante, esta nueva óptica hacia la salud no quedó exenta de cuestionamientos y críticas. Se puso en tela de juicio si era completamente adecuado definir a la salud como una condición “estática” a alcanzar, y si el uso de un término tan exigente como el de “completo” y otro tan subjetivo como el de “bienestar” eran convenientes. Por lo que se lo consideró como un concepto sesgado, que promovía el sentirse bien a toda costa para gozar de salud⁽¹⁰⁾.

A partir de estos cuestionamientos, se buscó adaptar el significado de salud hacia un enfoque más dinámico, centrado en la capacidad de un individuo de mantener y restablecer la propia integridad, equilibrio y sentido de bienestar. Desde esta mirada, se acepta al organismo como imperfecto, pero que busca adaptarse. Por tanto, las nuevas visiones de la salud comenzaron a hacer hincapié en el factor social y en la medida en que este ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de tomar decisiones sobre sus vidas, en busca de gozar de un buen estado de salud.

Entonces, podemos pensar que hoy en día se entiende a la salud como un proceso dinámico y evolutivo, en constante tensión y conflicto, determinado por el contexto sociocultural y económico en la que los individuos se desarrollan. Asimismo, es importante subrayar que, gozar del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir no debería ser una cuestión de privilegios de algunos, considerando que es uno de los derechos básicos fundamentales que todo ser humano, sin distinción alguna, merece disfrutar.

V. 1. b. Los paradigmas en las Ciencias de la Salud

Thomas Kuhn, se refiere a los paradigmas en las Ciencias de la Salud como, *“las realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”*⁽¹¹⁾. Es decir, un conjunto de perspectivas teórico-científicas que es aceptado por una comunidad científica en un momento determinado. Cuando un paradigma no es capaz de explicar todo lo que se conoce, se busca adoptar uno nuevo que proporcione mayor especificación y articulación dentro de un tópico determinado. Así, el éxito del mismo no consistirá en dar resultados satisfactorios a un gran número de dilemas, sino que simplemente abre el camino hacia un nuevo abordaje, con la promesa de éxito fundada en ejemplos que aún no están totalmente resueltos.

Específicamente en este proyecto de investigación se pone en discusión dos paradigmas existentes en torno a las Ciencias de la salud, que proporcionan un conjunto de perspectivas teórico-científicas que estructuran, enmarcan y determinan el accionar de los profesionales del ámbito de la salud; el paradigma biomédico tradicional y el biopsicosocial. De aquí que resulte pertinente explicitar y desarrollar teóricamente las características principales de cada uno de ellos y las diferencias comparativas que puedan hallarse.

V. 1. b. 1. Paradigma biomédico tradicional

El paradigma biomédico entiende al proceso salud-enfermedad desde una mirada estrictamente biologicista, enfocado exclusivamente en lo somático. De tal forma que invisibiliza todos aquellos determinantes psico-sociales de la persona por no ser objetivables y verificables. Desde este modelo se piensa que, toda alteración en la salud es producto de una disfunción de las funciones del organismo físico sin que exista una interrelación entre este, la psiquis y la sociedad. Francesc Borrell i Carrió, en el artículo “El modelo biopsicosocial en evolución”⁽¹²⁾, expone las características que hacen al paradigma biomédico tradicional, entre las cuales se mencionan las siguientes:

- Se trata de un modelo de causa-efecto. Lo que quiere decir que, las patologías responden a un único factor causal y que, para el tratamiento de aquella disfunción orgánica se debe intervenir directamente sobre ese causal.
- Entiende que toda manifestación clínica del paciente tiene su origen en una disfunción física del cuerpo, por lo que se lo considera como modelo exhaustivamente biologicista.

Esto es, concibe al cuerpo físico y a la psiquis como dos entidades individuales sin que una condicione a la otra.

- Al paciente se le destina un rol pasivo en las tomas de decisiones sobre su salud. El mismo, desde la óptica de este paradigma, no tiene control ni poder de decisión sobre su salud. Son los profesionales sanitarios quienes van a decidir sobre el tratamiento sin hacer partícipe al consultante. En este sentido, la autonomía de la voluntad y el consentimiento del paciente (derechos de que se abordarán más adelante), quedan completamente inadvertidos, debido a que no se lo considera como actor primordial y activo sobre su salud.
- El trabajo interdisciplinario es mínimo o nulo. No se considera necesario un trabajo coordinado entre los profesionales de las diversas disciplinas de la salud. Lo que resulta en un abordaje fragmentado e individualizado del paciente debido a que cada profesional se centra en su parte sin tener presente la interacción existente entre todas las partes presentes en el cuadro situacional^(12,13).

Teniendo en cuenta que este modelo ha sido aceptado y adoptado por un período de tiempo, y que en su momento garantizó grandes avances en la medicina, sostener una visión tan reduccionista de la salud, ignorando aquellos aspectos más subjetivos del ser humano -como lo es lo psicosocial-, propicia una pobre y distanciada visión del proceso salud-enfermedad⁽¹³⁾. George L. Engel, en 1977, a través de su artículo “La necesidad de un nuevo modelo médico: un desafío para la biomedicina”⁽¹⁴⁾, hace una crítica a este paradigma, declarando que una disfunción bioquímica del cuerpo no necesariamente desencadena una enfermedad, por el contrario, una patología puede ser el resultado de varios factores, sean de naturaleza física, psíquica o social; contraponiendo el factor unicausal que caracteriza al modelo biomédico. Igualmente, sostiene que el éxito de la terapéutica se encuentra condicionado, entre otros factores, por la relación que los profesionales establecen con los usuarios influye en la adherencia al tratamiento y en la satisfacción del paciente, visto que la subjetividad de estos últimos no se encuentra exenta de la manera en la que son atendidos. A partir de estos cuestionamientos al paradigma biomédico, Engel ratifica la necesidad de un nuevo modelo que sea capaz adaptarse a las falencias del modelo biomédico tradicional.

V. 1. b. 2. Paradigma biopsicosocial

El paradigma biopsicosocial establece un nuevo sistema de relaciones entre las dimensiones que condicionan el estado de salud, integrando los condicionantes biofísicos con los psico-sociales; constituyendo de esta manera, un modelo multifactorial. En este

sentido, el contexto en el cual el ser humano se desarrolla dentro de su comunidad, cómo concibe a su cuerpo como propio y cómo experimenta su salud son ahora aspectos a tener en cuenta al momento de entender y estudiar la salud. A nivel práctico, representa un modo de abordar la experiencia subjetiva del paciente como un contribuidor esencial para un diagnóstico preciso, resultados satisfactorios y, por, sobre todo atención adecuada de la persona afectada⁽¹³⁾.

En cuanto a las características del modelo biopsicosocial, se encuentran las siguientes:

- Desde este paradigma, el origen de un cuadro patológico es resultado de perturbaciones en la interacción entre los factores de tipo biopsicosocial, aceptando de esta manera la multicausalidad. El nivel de influencia de dicha interacción varía en cada persona, por la propia subjetividad de cada ser. Por lo tanto, se entiende a la salud desde un enfoque holístico, considerando una relación íntima, dinámica y permanente de los tres ejes: físico, psíquico y social, que se condicionan mutuamente. Asimismo, en búsqueda de alejarse de un modelo deshumanizado, se opta por complementar los avances técnicos del momento con una visión lo más abarcativa posible, siempre en términos de aquella información que verdaderamente sea pertinente para el profesional tratante^(12,13).

- El interés central es la persona en su conjunto, junto con sus expectativas, creencias y comportamientos particulares, y no la patología en sí. Se lo piensa como un ser poseedor de conocimientos de su propio cuerpo, de sus alcances y limitaciones, capaz de asumir un rol activo en el cuidado de su salud. En consecuencia, la responsabilidad se encuentra repartida en dos partes, por un lado, la del profesional sanitario y por otro, la del paciente; por lo que se debe procurar el diálogo y entendimiento entre ambas partes⁽¹³⁾.

- El paradigma biopsicosocial, a diferencia del biomédico, incentiva al aborda de la salud desde un trabajo interdisciplinario. Afirmando que, el accionar en conjunto en el proceso enfermedad-salud resulta beneficioso para todas las partes dado que permite un flujo de conocimientos sobre una misma problemática desde diferentes perspectivas, e incentiva la retroalimentación y autocrítica, a partir de la devolución de los otros miembros del equipo profesional.

Este es el nuevo paradigma que surgía a partir de las críticas al modelo biomédico. Distinguir a la psiquis y a los aspectos socio-económicos como causales o determinantes de una alteración en salud, así como también, reconocer a las personas como participes activos en el proceso, hace que sea un modelo con una perspectiva más amplia de la salud.

V. 1. c. La ética profesional en la atención a la salud

Las conductas deshumanizadas y los actos violatorios de los derechos del paciente en la atención a la salud fueron fuertemente cuestionados y puestos en reflexión durante la segunda mitad del siglo XX y la primera década del XXI. Se cree que la tendencia a este destrato y comportamiento éticamente incorrecto por parte de los profesionales de la salud, estuvo estrechamente asociada al avance en los conocimientos científicos, las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, junto con la creciente mercantilización de la salud. Al mismo tiempo, el practicismo médico negaba a la ética como materia de enseñanza o de reflexión cotidiana puesto que consideraban que para ser un profesional ético bastaba con poseer conocimientos científicos y capacidades técnicas propias de la profesión. Sin embargo, hace ya tiempo que las dimensiones éticas y humanísticas en la atención a la salud han buscado adquirir una relevancia práctica cada vez mayor⁽¹⁵⁾.

La ética, proviene de la palabra griega *ethos*, cuya traducción es: carácter o modo de ser; pero al pasar al latín, se optó por la palabra *habitus*: práctica, comportamiento o conducta. Es reconocida como una rama de la filosofía que estudia la moral y juzga la conducta humana, en cuanto a lo que se considera correcto e incorrecto; bueno y malo. Al mismo tiempo, reflexiona y explica, desde patrones de universalidad, los valores y comportamientos de la humanidad proporcionando razones que justifican o no las mismas. Por lo tanto, toda interacción y convivencia social se encuentra atravesada por una dimensión ética^(15,16).

En lo que concierne a la ética profesional, es aquella disciplina que tiene por objeto determinar el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en la práctica del ejercicio de una profesión. Reflexiona sobre en qué consiste hacer bien el ejercicio profesional y qué principios deben tenerse presente para un proceder ético en la actividad profesional. Desde el punto de vista de Bolívar la ética profesional es,

“aquel conjunto de principios morales y modos de actuar éticos en un ámbito profesional; forma parte de la ética aplicada, en cuanto pretende, por una parte, aplicar a cada esfera de actuación profesional los principios de la ética general, pero paralelamente, dado que cada actividad es distinta y específica, busca aportar principios específicos para proporcionar instrumentos para estructurar un proceder ético habitual en el mundo del ejercicio profesional”⁽¹⁷⁾

En la misma línea, Hortal manifiesta que la ética profesional plantea a la profesión en términos de conciencia y de bienes para la sociedad, pensando en qué consiste hacer bien el ejercicio profesional y que principios rigen el comportamiento ético⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, en la literatura se aprecian distintas dimensiones o enfoques con sus respectivas especificaciones que componen a la ética profesional; la dimensión teleológica, deontológica y pragmática⁽¹⁹⁾:

- La dimensión teleológica, se pregunta acerca de cuál es la finalidad específica de la profesión, y el bien que se aspira aportar a la sociedad. En cuanto a la kinesiólogía y fisioterapia, podríamos decir que el bien que legitima se perfila en preservación y restablecimiento de la salud de las personas, con el propósito de mejorar la calidad de vida; por lo que, su labor es valorada socialmente por los beneficios en dichos aspectos que genera en la salud de los demás.

- La dimensión deontológica, hace referencia a las regulaciones (normas y obligaciones), que guían la actuación profesional, a través de un cause normativo, como los códigos deontológicos. En lo que respecta a la kinesiólogía, en el “Código de Ética del Arte de Curar y sus Ramas Auxiliares”⁽²⁰⁾, es en donde se explicitan los derechos y deberes que pueden invocar y que deben obedecer durante dichos profesionales durante el ejercicio laboral. Algunos de estos deberes son: mantener en reserva toda información que le sea confiada, el secreto profesional, el trato humanístico y respetuoso, entre otros.

- La dimensión pragmática, reflexiona sobre las situaciones controvertidas y problemáticas, y sus posibles consecuencias que se presentan en la práctica profesional, y sobre la resolución de las mismas.

Visto de esta forma, resulta importante resaltar que la ética profesional no se limita a los deberes y obligaciones que se articulan en un conjunto de normas o códigos de cada profesión para dirigirse a las virtudes y roles profesionales, sino que, además comprende una visión más amplia de las implicancias del ejercicio laboral.

Por último, Tom L. Beauchamp y James F. Childress describen cuatro principios éticos básicos que deben tenerse presente ante toda actuación profesional en el área de la salud: el principio de no maleficencia, beneficencia, autonomía y el de justicia⁽²¹⁾:

- Principio de no maleficencia: hace referencia a la inocuidad de la medicina, es decir no producir lesiones o daños intencionalmente a la integridad del paciente. Por lo que, hacer

uso de los conocimientos y capacidades profesionales para provocar un mal o con fines ilegítimos van en contra de dicho principio constituyendo una infracción a la ética profesional.

- Principio de beneficencia: se concibe como aquella obligación moral de actuar en beneficio del paciente y de la sociedad a la cual se brinda los servicios. A diferencia de la no maleficencia, la beneficencia tiene obligaciones positivas para obrar en beneficio de los demás, mientras que la no maleficencia tiene obligaciones negativas, que prohíben causar daño.

- Principio de autonomía: simboliza el derecho moral y legal de los pacientes a adoptar sus propias decisiones sin restricción ni coerción. Cada uno es libre de aceptar o rechazar la propuesta terapéutica sugerida por el personal de salud. Por lo tanto, todo profesional de la salud se encuentra obligado a respetar las decisiones personales que cada paciente decide sobre su salud, entendiéndolo como protagonista, con derechos y obligaciones sobre su salud. Este principio se encuentra estrechamente vinculado con el consentimiento informado, del cual hablaremos más adelante.

- Principio de justicia: en salud, este principio hace referencia a la justicia distributiva de los recursos finitos disponibles, de acceso y oportunidad de diferentes poblaciones a la prestación de servicios en salud, por lo que los dilemas éticos que giran en torno a este principio se relacionan con la escasez de recursos y los altos costos en la prestación de servicios en salud cuando se trata de aplicar el concepto de igualdad.

V. 1. c. 1. Ética profesional en kinesiología

Las primeras discusiones sobre ética en el campo de la kinesiología surgieron durante la década de los setenta. En ese entonces, Purtilo, Guccione, Charles Magistro, entre otros referentes en el tema, manifestaban que, en tanto la kinesiología asuma un papel cada vez más autónomo en el plano profesional, los dilemas éticos se tornarán más complejos, por lo que los juicios éticos adquirirán una función cada vez más importante en la toma de decisiones clínicas por parte de los fisioterapeutas⁽⁶⁾.

Asimismo, la naturaleza propia del ejercicio de la kinesiología hace que algunas cuestiones éticas difieran de otras disciplinas de la salud. A modo de ejemplo, en el caso del médico, la relación que establece con el paciente, generalmente, es más discreta y episódica, como así también, los temas éticos son más trascendentales y de debate más público, como la interrupción legal del embarazo, la eutanasia, por mencionar algunos. No

obstante, cabe señalar que el fisioterapeuta como integrante del equipo sanitario, posee cierto grado de participación en estas decisiones de manera más indirecta. Por el contrario, la relación que el fisioterapeuta establece con los usuarios suele ser prolongada en el tiempo, con varios encuentros, con contacto corporal directo (propio de las maniobras y técnicas de evaluación y tratamiento), como también, otras cuestiones como lo es la rehabilitación de personas que viven con cuadros crónicos, donde a veces se puede tornar dificultoso establecer el punto final del tratamiento por parte del profesional, suscitando una implicación emocional para ambas partes. Estos hechos, son parte de los diversos motivos que hacen que la práctica kinésica presente situaciones éticas propias, por lo que el componente ético adopta una perspectiva distinta a otras disciplinas sanitarias. Al respecto, Guccione, en el año 1980, señalaba lo siguiente, *“algunos problemas éticos son específicos de los fisioterapeutas porque lo que hacen es diferente de lo que hacen los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud”*⁽²²⁾.

En cuanto a los dilemas éticos en la práctica kinésica, Triezenberg clasificó los mismos de la siguiente manera⁽²³⁾:

- Dilemas relacionados con el bienestar y con los derechos de los pacientes
- Dilemas relacionados con el rol profesional y con la responsabilidad
- Dilemas relacionados con relaciones de trabajo y factores económicos

Dentro la categoría de los dilemas que involucran al paciente se encuentran situaciones como las siguientes: la identificación de factores que constituyen el consentimiento informado; el derecho a la protección de la confidencialidad; la definición de los límites de la intervención del fisioterapeuta; entre otros.

En este orden de ideas, y continuando con las referencias de los antecedentes sobre la vinculación de la ética en la profesión de la kinesiología, Laura Swisher, en una revisión retrospectiva de artículos publicados entre los años 1970 – 2000, observó que, en el plazo de esos treinta años, el conocimiento ético en fisioterapia ha girado en torno a tres aspectos: la identificación de aspectos éticos, la relación entre la toma de decisiones clínica y ética, y el tipo de relación con pacientes.

- 1970 - 1979: establecer el rol del fisioterapeuta como tomador de decisiones éticas; consentimiento informado; ética en la investigación; enseñanza ética de la fisioterapia; el contexto histórico de ética de la terapia física.

- 1980 - 1989: temas vinculados con la aplicación de los principios filosóficos a problemas éticos; justicia en la asignación de recursos; consentimiento informado; la responsabilidad ética de una práctica autónoma.

- 1990 - 2000: la evolución de la relación entre fisioterapeutas y pacientes.

Swisher concluye que, a pesar de que el conocimiento sobre la ética creció en el lapso de tiempo comprendido entre 1970 y 2000, persisten *brechas*, por lo que se necesita más investigación que aborden temas como: problemas éticos comúnmente encontrados en la práctica de fisioterapia; perspectivas del paciente sobre cuestiones éticas en fisioterapia; variedad en enfoques éticos; factores que afectan el accionar ético del fisioterapeuta⁽⁸⁾.

En un seguimiento de la revisión de Swisher, Christine Carpenter y Barbara Richardson, 2008, analizaron 27 artículos científicos publicados entre los años 2000 y 2007. Su revisión demostró un parcial cierre de la brecha entre la teoría y práctica puesto de manifiesto por Swisher, debido a un aumento en los conocimientos e investigaciones sobre cuestiones éticas específicas en el ejercicio de la kinesiología, con mayor énfasis el papel de los fisioterapeutas como agente moral y en los tipos de razonamiento moral. No obstante, las autoras destacaron cierta debilidad en el conocimiento sobre los factores que influyen en la toma de decisiones éticas cotidianas dentro de contextos específicos de la práctica de la fisioterapia⁽²⁴⁾.

Por último, Elspeth Finch et al., identificaron mediante un focus-group con estudiantes, docentes y tutores de kinesiología, que las cuestiones éticas más señaladas fueron: el consentimiento informado, decir la verdad, la privacidad y confidencialidad, el respeto por las diferencias individuales y la no discriminación⁽²⁵⁾.

Sobre la base de las consideraciones anteriores es pertinente destacar que, aunque se ha aprendido mucho acerca de la dimensión ética en el campo de la kinesiología en los últimos años, estos conocimientos proceden, en su mayoría, de estudios realizados en regiones internacionales. De lo cual, es posible inferir que la investigación sobre los aspectos éticos en el área de la kinesiología en los contextos socio-culturales de Latinoamérica y, más precisamente en Argentina, se encuentra relativamente poco desarrollada; con su consecuente impacto sobre la formación integral que capacite a los estudiantes para su futura práctica profesional.

V. 1. d. Los derechos del paciente en su relación con los profesionales sanitarios

En el sentido formal, una ley es una disposición obligatoria que emana del órgano legislativo del Estado, como reglas que regulan, orienta y dirigen la actividad y convivencia humana en la vida social. Los derechos que las leyes rigen, implican bases morales y éticas que la sociedad considera necesario respetar para proteger la integridad de las personas. Asimismo, si bien la ética y la ley guardan una relación estrecha, existen diferencias precisas, entre las cuales encontramos las siguientes⁽²⁶⁾:

- Las leyes o normas jurídicas, establecen los estándares de conducta en la sociedad para así vigilar su cumplimiento, mientras que la ética se concierne con estándares más allá del mínimo indispensable.
- Mientras las normas jurídicas tienen como destinatarios a todos los individuos sujetos al sistema normativo, las normas éticas son particulares, se dirigen a los participantes de un colectivo profesional.
- Las normas jurídicas son heterónomas, al ser creadas por un tercero al que van dirigidas, en tanto, las normas éticas, en general, son autónomas, ya que son creadas y asumidas por el mismo sujeto que debe cumplirlas.
- Las normas jurídicas tienen carácter de obligatoriedad y de coercibilidad, es decir, en caso de hacer caso omiso del cumplimiento de la misma, acarrea sanciones. Empero, las normas éticas son voluntarias, de acuerdo a las convicciones personales de cada sujeto.
- Algunas leyes pueden ser injustas y, por tanto, contrarias a los estándares éticos. La ética va más allá de la ley y la juzga.

En tanto, en la atención a la salud los derechos no son más que instrumentos necesarios para mitigar prácticas discriminatorias y relaciones de poder injustas, causales centrales de conflictos en la atención a la salud e la insatisfacción por parte de los usuarios. En noviembre del año 2009, en Argentina se promulgó la Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente en Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (ver anexo 3). La legislación de dicha ley tuvo como objetivo reforzar la protección de los mencionados beneficiarios frente a las injusticias vividas en el ámbito sanitario. La misma reúne, explica y detalla todos aquellos derechos que le son propios al paciente y por los cuales se deben velar a fin que la relación profesional sanitario-paciente sea la apropiada. En caso que se denuncie violaciones o incumplimientos de estos derechos, trae graves consecuencias a los profesionales de la salud y/o a las mismas instituciones sanitarias⁽⁴⁾. Por tanto, dicha ley

pretende ubicar a los pacientes en condiciones más igualitarias en la relación con los profesionales de la salud.

De los derechos que contempla la ley 26.529, en este estudio se indaga específicamente en cuanto a la autonomía de la voluntad del paciente, la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado; desarrollados brevemente a continuación:

- Autonomía de la voluntad: *“todo paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos terapéuticos, con o sin expresión de causa, como así también revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”*⁽⁴⁾. Para esto, es necesario que el paciente reciba información clara y precisa, con un lenguaje sencillo por parte del profesional de salud, para entender sobre los procedimientos que se le propone realizar. Dicho principio, sustenta la necesidad de contar con un consentimiento informado por parte del usuario.

- Confidencialidad de la documentación clínica: *“toda actividad asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar la información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de los datos”*⁽⁴⁾. Es así que, el paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, exceptuando algunos casos particulares en los que no se ocurra en falta. Asimismo, no se está permitido divulgar información sobre la salud de las personas, ni siquiera para su uso educativo, salvo autorización del propio paciente. Este inciso se encuentra íntimamente relacionado con la obligación del secreto profesional, donde todo profesional de la salud se encuentra obligado a mantener en secreto toda aquella información que han recibido de los pacientes, incluso cuando ha sido mencionada en forma informal. Referente al tema, un estudio realizado por Susan Cross et al., en la que examinaron el tema de confidencialidad en relación con el contenido curricular en la carrera de fisioterapia en veinticinco universidades del Reino Unido e Irlanda, y las actitudes de los profesionales en la práctica clínica. A partir de los datos obtenidos de las entrevistas a los fisioterapeutas, observaron que la clasificación media sobre la importancia de la confidencialidad como tema de aprendizaje en su formación tuvo como puntaje un 10 (muy importante). Asimismo, una mayoría de los participantes señalaron que el tema no se ha abordado específicamente en su formación, sino que fue parte de discusiones más amplias sobre otros temas, frecuentemente en las prácticas de campo. Por otro lado, declararon

que debido a la cantidad de tiempo que pasan con sus pacientes y al acceso a la información personal que tienen durante la práctica clínica, desarrollaron una mayor conciencia de los problemas legales en la atención a la salud, pero insistieron en que su capacitación no los había preparado adecuadamente para enfrentar situaciones que involucran la información confidencial. Además, los autores identificaron algunos de los factores por los que les era difícil a los fisioterapeutas mantener la confidencialidad en el contexto hospitalario. A lo que llegaron a las siguientes conclusiones: por un lado, los boxes suelen estar muy próximos entre sí, como consecuencia, se llega a escuchar aún de forma involuntaria lo que se habla entre profesional-paciente, por aquellos que se encuentran en los boxes próximos. Por otro lado, no se suele disponer de salas privadas para poder evaluar individualmente al paciente, y las salas de tratamiento a menudo son frecuentadas por otros profesionales. Por tanto, los autores sostienen que, la confidencialidad es un problema complejo y potencialmente problemático para los fisioterapeutas, y uno para el cual se sienten poco preparados los dichos profesionales⁽²⁷⁾.

- Consentimiento informado: *“entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa”*; *“Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente”*⁽⁴⁾. El mismo será verbal, con algunas excepciones, temporal y revocable, donde la actitud del profesional sanitario debe ser neutral sin manipular la decisión del sujeto. Por lo cual, todo kinesiólogo debe informar claramente, con palabras que el paciente pueda comprender, sobre su clínica y diagnóstico, ofreciendo opciones para el tratamiento del mismo, informándole de cómo se realizara el tratamiento y el objetivo del mismo, con el fin de que, en caso que el paciente acepte lo propuesto, se realice la terapia de manera consensuada⁽²⁸⁾.

Una de las cuestiones éticas más frecuentes observadas en la revisión de la bibliografía es lo relacionado con el consentimiento informado. Purtilo, afirma que el consentimiento informado es un mecanismo para proteger la dignidad de las personas en el contexto sanitario, por lo que considera que es fundamental su conocimiento para un ejercicio profesional ético en kinesiología⁽⁸⁾.

En el año 2016, Franco Muñoz Viviana et al., realizaron una revisión bibliográfica con el propósito de identificar los aspectos relevantes de la aplicación y conceptualización

del consentimiento informado en fisioterapia. De los 50 documentos artículos analizados, 14 correspondieron a bibliografía específica sobre fisioterapia, reflejando la limitación en el abordaje desde esta disciplina. No obstante, las autoras afirman que se establecen elementos comunes desde las diferentes disciplinas de salud, en cuanto a la definición y las condiciones de aplicación del consentimiento informado en la práctica clínica y en la investigación. Como conclusión de la investigación afirman que, existe dificultad en la percepción de la importancia del consentimiento informado en fisioterapia, el cual se reduce a la firma de un documento; se desconoce su relevancia en el ámbito legal y ético⁽²⁹⁾.

Por último, y finalizando este apartado sobre los derechos del paciente, Martha Naranjo Muñoz, en su trabajo “Enseñanza de la bioética ante los dilemas éticos del fisioterapeuta en la práctica clínica”⁽³⁰⁾, encuestó a 20 fisioterapeutas que desarrollaban sus actividades en diferentes campos del área asistencial, sobre los dilemas relacionados con los derechos del paciente en sus prácticas profesionales. Obtuvo como respuesta, en líneas generales, que la vulnerabilidad de algunos derechos se genera por la limitación del tiempo para atender a los pacientes, hecho que lleva a una pérdida de la calidad del servicio, a desigualdad en la atención, llevando a insatisfacción en los pacientes.

V. 1. e. La ética profesional en la educación superior

Las instituciones universitarias del área de la salud están llamadas a asumir la responsabilidad de formar futuros profesionales con una visión integral de la atención en salud, para lo que se debe tener presente la dimensión ética y el sentido humano de la profesión. La UNESCO, en la Conferencia Mundial sobre “Educación Superior en el Siglo XXI”⁽³¹⁾, establece que es función de las instituciones educativas superior formar estudiantes provistos de un sentido crítico capaces de analizar los problemas de la sociedad, buscar soluciones y asumir responsabilidades sociales. De modo que, la actitud que se tiene hacia la ética profesional en el proceso de aprendizaje se convierte en un factor fundamental a considerar; de lo contrario, podría ponerse en peligro la integridad y la autonomía que la disciplina que, en este caso, la kinesiología ha podido lograr de manera gradual.

La discusión sobre la relevancia de la integración de la competencia ética en la educación universitaria en kinesiología no es reciente. De hecho, a fines de los años 70, Ruth Purtilo, puntualizaba sobre la necesidad de investigar en torno a la dimensión ética presente en el campo de la fisioterapia, a fin de desarrollar contenidos y metodologías adecuadas para la formación de los estudiantes; debido a que toda decisión que tome el

profesional tiene relevancia ético-moral. Sin embargo, y a pesar de la existencia de diversos estudios que enfatizan sobre la importancia de la enseñanza de la ética profesional, son pocos los que examinan sobre qué y cómo enseñar en los programas de kinesiología y fisioterapia. Esto podría deberse, por un lado, a que este tipo de contenidos no son considerados “prioritarios” en los currículos de kinesiología y, por otro, por la ausencia de profesionales capacitados para transmitir este tipo de enseñanzas. A pesar de ello, a partir de los aportes de autores como, Barnitt y Roberts, Swisher, Purtilo y Hugges, se considera que hay elementos fundamentales que han de estar presentes; entre los cuales se encuentran: los límites y derechos que se deben que respetar y proteger, los compromisos se deben asumir como profesionales de la salud y los dilemas y valores éticos inherentes a la práctica kinésica; con el fin de que lo que incentivaría a que los estudiantes perciban la teoría y la práctica ética como relevantes para su futuro profesional^(8,29,30).

En cuanto a la introducción curricular de la competencia ética en la carrera de kinesiología, en base a lo observado en la revisión de la literatura, se sugiere que la formación ética debe abordarse de forma sistemática, temprana y reforzada, es decir, a lo largo de trayectoria universitaria, integrando lo ético-legal con las demás asignaturas. El argumento del inicio de la enseñanza ética en los primeros años del cursado argumentando es que facilita la interiorización de los principios éticos, lo que resulta clave para el desarrollo de la autonomía moral y de la identidad profesional. Además, se señala que es necesario que esta formación esté también presente en la práctica clínica y que no sea sólo algo teórico^(1,23,32).

Por otra parte, el aprendizaje de los diferentes saberes que intervienen en la toma de decisiones terapéuticas puede presentarse de diferentes formas durante el proceso formativo. Por un lado, en la instancia del trabajo áulico, los contenidos referidos a los diferentes aspectos de la ética profesional tienden a abordarse principalmente de manera teórica, explícita y formal. Es decir, desde una perspectiva más bien técnica, tradicional y estructurada, aunque, con un cierto grado de flexibilidad. Igualmente, dicho abordaje de la ética por sí solo entraría en conflicto con el pensamiento reflexivo, crítico y autónomo que el pensar ético implica⁽³³⁾.

Una estrategia que es considerada por varias publicaciones, es la competencia ética como contenido transversal en el plan de estudios. Los temas transversales, son contenidos que comprenden generalmente, cuestiones vinculadas a lo ético, humanístico y socio-cultural, y que se caracterizan por atravesar el currículo de forma horizontal, por la posibilidad de ser trabajados en diversas asignaturas en un mismo lapso de tiempo

educativo. O bien, pueden constituirse en elementos que atraviesen varios ciclos de organización curricular, lo que significa que se pueden trabajar en los primeros momentos de la formación universitaria y luego en los posteriores; de ahí también su verticalidad. Es decir, la estrategia de la ética profesional “transversalizada” implica que, en cada asignatura del plan de estudios se aborden cuestiones de índole éticos contextualizados la práctica profesional. En tanto, esto requerirá que los docentes universitarios proporcionen estrategias para que el estudiante desarrolle en forma sistemática y progresiva el aprendizaje ético durante toda la malla curricular^(2, 30).

Otro escenario educativo, extra-áulico, que es indagado en la bibliografía, son las prácticas pre-profesionales. Las mismas consisten en un primer acercamiento al contexto laboral por parte de los estudiantes, lo que contribuye a reducir la brecha entre la teoría del aula y la práctica, poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas en el aula, entre otras cosas, propiciando un aprendizaje por experiencias. El aprendizaje experiencial se basa en tres supuestos: en primer lugar, es un aprendizaje que se desarrolla en el contexto real de lo que se está aprendiendo; en segundo lugar, el aprendizaje se puede ver como un proceso individual o colectivo, para el cual las interacciones son fundamentales; y, por último, el aprendizaje se desencadena por experiencias auténticas basadas en la práctica. Además, la práctica reflexiva es considerada como un componente clave para el aprendizaje ético en esta instancia educativa, en donde la incorporación de actividades como debates, seminarios, discusiones grupales, junto con, la observación e interacción con los profesores clínicos –tutores-, han sido más apreciadas que el aprendizaje exclusivamente teórico por estudiantes universitarios^(34–38).

Sobre esto último, la teoría del aprendizaje cognitivo social de Bandura, posiciona al aprendizaje como un proceso social y como un producto del medio ambiente en el que se desarrolla; y refiere que el aprendizaje puede ocurrir observando a otros -aprendizaje indirecto- e imitando el comportamiento -aprendizaje *enactivo*-⁽³⁴⁾.

V. 1. e. 1. Saberes éticos en el plano del currículo oculto

La ubicación de la enseñanza de la ética dentro de los planes de estudio y la cantidad de tiempo dedicado a este aprendizaje son aspectos discutidos desde hace ya un tiempo, y de la cual aún no se ha llegado a un acuerdo certero. Cuando se habla de “currículo” en la educación, se hace referencia al conjunto de objetivos, contenidos y resultados que se espera en la formación del estudiante. Asimismo, contempla de qué, cómo y cuándo enseñar. En el diseño del currículum de una carrera universitaria, participan

diferentes actores jerarquizados en distintos niveles en función de la toma de decisiones al respecto. En el primer eslabón, se encuentran las autoridades educativas a nivel nacional como el Ministerio de Educación, quienes emiten en el Diseño Curricular Base (DCB), donde se reflejan una serie de sugerencias y orientaciones sobre la intencionalidad de la formación educativa. Dicho currículo tiene un carácter prescriptivo y de obligatorio cumplimiento. En el segundo nivel, corresponde a las instituciones educativas que han de desarrollar el currículum, en donde se decide sobre los objetivos generales, secuenciación de contenidos, estrategias metodológicas, organización del espacio y del tiempo, determinar los recursos, etc. Y, por último, el nivel del aula que corresponde a los docentes en las decisiones y programaciones que se han de desarrollar en durante el trabajo áulico.

Si bien el currículo se puede clasificar en distintos tipos, este proyecto investigativo se encuentra centrado en dos de ellos; el currículo explícito o planificado y el currículo oculto.

En cuanto al currículo explícito, es lo que la institución educativa ofrece para la formación del estudiante, se encuentra manifiesta, explicitado en el diseño curricular y previsto en el programa. En los noventa, se discutía si se debería instaurar en el currículo universitario al menos una asignatura específica, es decir en el currículo explícito, vinculada a la ética profesional, a la deontología y las cuestiones legales que involucra a la profesión en cuestión. Sin embargo, abordar la formación ética a través de una sola materia resultaría insuficiente y poco motivante para los estudiantes, por lo que se recomienda, incluir, además, la estrategia de la elaboración de temas transversales⁽³⁹⁾.

Por otro lado, Apple menciona que la formación en competencias vinculadas a la ética profesional –valores, normas de relación con los otros, etc.- se produce a costa de aprendizajes implícitos o aparentemente no intencionados, a lo que definió como “currículo oculto”⁽⁴⁰⁾. En la misma línea, Phillip Jackson sostiene que en las interacciones que se producen en las instituciones educativas existe una transmisión de saberes del corte ético y valoral, no intencionados, de carácter implícito, por parte de los docentes y de la institución. Se trata de una transferencia de conocimientos por medio de comportamientos, actitudes, mensajes, y otros, que se dan cotidianamente en el aula pero que no se explicitan en el plan de estudio, es decir, no se encuentra manifestado en ningún sitio, por lo que son dependientes de los diferentes actores partícipes de educación superior. Los mismos, serán incorporados imperceptiblemente por los estudiantes, teniendo un grado de influencia en el desarrollo del *ethos* del futuro profesional. Por tanto, el currículo oculto es una enseñanza

dada bajo criterio del docente, es decir, sin obligación⁽³⁹⁾.

Existen ciertas características propias del currículum oculto, de las que se destacan las siguientes:

- Es omnipresente, porque actúa en todos los escenarios educativos y todo momento.
- Es omnímodo, porque comprende múltiples formas de influencia.
- Es invaluable, al no ser intencionados no pueden ser evaluados, lo cual provoca que no se valoren en múltiples ocasiones las repercusiones que acarrea.

Por tanto, toda institución educativa existe un *ethos* oculto que se traduce en una pedagogía no intencionada, por lo que, ninguna formación educativa es éticamente neutral, sino que influye significativamente en la formación del estudiante y que, eventualmente, no son suficientemente dimensionados⁽⁴¹⁾.

V. 1. f. Entendimiento y tipos de saberes en la formación del estudiante

El sociólogo Anthony Giddens, hace referencia al concepto de “entendimiento” como, *“todo lo que los actores saben, creen, sobre las circunstancias de su acción y la de otros, y que aplican en la producción y reproducción de esa acción, incluidos un saber tácito, así como uno discursivamente asequible”*⁽⁷⁾. Es un saber propio, que se estructura y compone de distintos tipos de saberes, que actualiza y acrecienta, o no, el entendimiento que los actores utilizan para su práctica cotidiana, específicamente, para las prácticas pre-profesionales en kinesiología y fisioterapia. Entre estos saberes se encuentran el saber teórico-conceptual y el saber tácito. Además, el entendimiento es construido en función de la propia biografía, en condiciones singulares de corporalidad, género, educación formal, laboral, socioeconómica, entre otras, de cada individuo.

Con respecto a los tipos de saberes, el científico y filósofo Michael Polanyi, diferenció dos tipos de conocimientos presentes en los procesos cognitivos: el conocimiento explícito y el conocimiento tácito⁽⁴²⁾.

- En cuanto al conocimiento explícito, hace referencia a aquella información formal, codificada y estructurada, que suelen ser documentados en diferentes formatos para su difusión.

- El conocimiento tácito, es lo que se adquiere por la experiencia por la que uno transita, e implica a las creencias, hábitos, valores, perspectivas de cada individuo. Se suele usar de manera intuitiva e inconsciente, por lo que se es consciente del mismo al momento de analizarlo. Es un conocimiento que se caracteriza por ser personal, difícil de explicar y por tanto de transmitir, siendo la asimilación, la observación y la imitación modos de transmitir estos saberes.

Finalmente, Polanyi afirma que, a pesar de ser dos conocimientos muy distintos, el conocimiento explícito no está carente de conocimiento tácito, ya que la utilización del mismo se realiza en un contexto determinado, vinculado a principios éticos y morales, a la propia cultura y vivencias personales de cada ser.

Capítulo II: Entendimiento en cuanto a la ética profesional y a los derechos del paciente

En un capítulo anterior se expuso las bases teóricas de los temas que se involucran en este estudio, como sustento para el análisis de las entrevistas realizadas a los estudiantes. Asimismo, se ha visto que, debido al aumento en la autonomía profesional que fue adquiriendo paulatinamente la kinesióloga, y con el consecuente incremento de la responsabilidad profesional, transmitir y fomentar saberes y actitudes éticas desde los inicios de la formación constituye un componente clave en la formación de los futuros profesionales⁽⁸⁾.

Por tanto, y en los marcos de las observaciones anteriores, este capítulo se va a basar en identificar, analizar, describir y discutir sobre el entendimiento sobre la ética profesional y los derechos del paciente desde los datos aportados por los informantes claves que integraron la muestra. Por “entendimiento”, se hace referencia a lo que A. Giddens define como; *“todo lo que los actores saben, creen, sobre las circunstancias de su acción y la de otros, y que aplican en la producción y reproducción de esa acción, incluidos un saber tácito, así como uno discursivamente asequible”*⁽⁷⁾. El entendimiento es un saber propio que se estructura y compone de varios saberes actualizables, que a su vez implican, en parte, el uso de recursos materiales. Los saberes implican a las reglas del sistema, en este caso, el sistema de salud, y más allá; de las que echan mano, o no, para la organización de sus prácticas, en este caso, prácticas pre-profesionales de salud. Dentro de estos saberes, se encuentran los saberes tácitos y los explícitos.

Cabe señalar que, el interés en indagan en torno al entendimiento de los estudiantes se enfoca sobre dos esferas. Por un lado, la ética profesional, y por el otro, los derechos del paciente; con motivo de conocer si los estudiantes, a partir de su entendimiento, pueden reconocer y enunciar conceptualmente los derechos del paciente, en tanto está vinculado con una práctica ética.

Por ética profesional se entiende a aquella disciplina orientada a analizar, determinar y promover la validez de los principios y valores morales que guían las actitudes y comportamientos existentes en la relación profesional-paciente en la práctica profesional; buscando así, reflexionar sobre en qué consiste ser un buen profesional y hacer bien la actividad profesional.

Mientras que los derechos del paciente son instrumentos normativos, con fuerza de ley, que tienen como finalidad proteger legalmente los valores éticos e intereses de los

usuarios de las prestaciones de la salud; por lo que su aplicación es de carácter obligatorio por parte del profesional sanitario. Además, de los distintos derechos que reglamenta la ley Nacional 26.529, se indaga particularmente sobre los siguientes tres: la autonomía de la voluntad, la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado del paciente; a razón de la recurrencia que presentan en la bibliografía especializada sobre los dilemas éticos más comunes en la práctica de la kinesiología y fisioterapia^(19,23,29).

V. 2. a. La ética profesional desde el entendimiento de los estudiantes

En la primera instancia de las entrevistas, con el propósito de recolectar información en cuanto a qué saben o aprenden sobre ética profesional, se les preguntó a los participantes, de manera individual, lo siguiente; “¿Qué entendés cuando se habla de ética profesional? O ¿Qué es la ética profesional para vos?”, (ver anexo 2).

En primer lugar, se destaca que todos los estudiantes que fueron entrevistados dieron respuesta a esta pregunta. Asimismo, se observaron ciertas distinciones que se comentan a continuación.

Por un lado, una de las discusiones planteadas en el marco teórico fueron las tres dimensiones o enfoques que componen a la ética profesional; la deontológica, la teleológica y la pragmática⁽¹⁹⁾. Sobre esta cuestión, hubo un posicionamiento repartido de la muestra entre las dos primeras:

Cerca de la mitad de los participantes asocian a la ética profesional con términos como: normas, reglas, códigos, pautas, deberes, que todo profesional, en este caso, el kinesiólogo, debe asumir y respetar a la hora de ejercer la profesión. Lo que refleja, una tendencia a una concepción más centrada en los medios, como los códigos de ética, las reglamentaciones, las leyes, que guía la actuación y comportamiento profesional; por lo que correspondería a una dimensión deontológica de la ética profesional. Por tanto, en este grupo de estudiantes, pareciera ser que prevalece un entendimiento de carácter coercitivo e impositivo de la ética; se la relaciona más con “lo que debe hacerse”, que con “cómo hacer bien la tarea profesional”. Algunas de las declaraciones de los estudiantes son,

- *“Sobre ética profesional entiendo que es como reglas o normas en la que se basan los profesionales, que pueden estar estipuladas por la ley”* (Juan Pablo, PH I)
- *“Sobre ética profesional entiendo que es un conjunto de normas por la cual se maneja el profesional en su debida labor, o al menos dentro de las cuales debería manejarse el profesional”* (Nicolás, PH I)

- *“Códigos, normas, reglas de cómo manejarse, que deben conocer los profesionales para el desarrollo de su profesión”* (Leandro, PH II)
- *“La ética es para mí, es un reglamento que debe seguir el profesional en base de juicio personal, hay pautas comunes que siguen los profesionales, pero también está el criterio de cada uno respetarlas”* (Lucas, PH III)

Con respecto al resto de los participantes, tiene por ética profesional una noción más próxima a de ciertos autores como Bolívar⁽¹⁷⁾ y Hortal⁽¹⁸⁾, quienes asocian a la ética con valores y principios de relación hacia otros, de índole universal, más allá de lo que pueda estar descrito en códigos o normas, presentes en el quehacer profesional. Es decir, hay una relación entre ética profesional y valores y virtudes deseables, tales como: respeto, responsabilidad, beneficencia y no maleficencia, entre otros, que debe poseer el individuo en su proceder, más allá de lo reglamentado; en este caso, el profesional de la salud, más específicamente, el kinesiólogo o kinesióloga. Por tanto, en estos discursos se identifica un enfoque de la ética más vinculado a lo teleológico. Este punto se puede apreciar en las siguientes respuestas,

- *“Establece que está bien y que está mal en relación con el alcance profesional en relación al paciente, colegas, demás”* (Aldana, PH I)
- *“Valores en cuanto a la profesión que se desarrolla, que se aplican en la labor de la profesión”* (Micaela, PH II)
- *“Pasa por el respeto a las decisiones que se toman a la hora de trabajar, pensando en el otro y en la profesión. En hacer las cosas de la mejor manera sin perjudicar al paciente ni a nosotros”* (Martina, PH III)
- *“Para mí tiene que ver con la kinesiólogía se compromete, tiene un compromiso, al abordar al paciente, tiene una responsabilidad hacia el paciente”* (Malena, PH III)

Considerando que el entendimiento es construido en función de distintos aspectos de cada individuo, entre ellos, el género, de lo anterior se puede advertir que, quienes reflejaron un enfoque deontológico eran participantes del género masculino. Por el contrario, quienes reflejaron una tendencia hacia el enfoque teleológico, con una percepción más presente en los valores y principios éticos, provenían de estudiantes del género femenino. Este hallazgo, el de las diferentes valoraciones en función del género, muestra una correlación con las conclusiones de Carol Gilligan, sobre las diferencias en los supuestos morales entre los hombres y las mujeres a la hora de concebir y resolver dilemas morales. Gilligan señala que, el razonamiento de las mujeres tendía a estar centrado en la responsabilidad del cuidado del otro, estableciendo relaciones de cuidado, confianza,

respeto, entre personas. En efecto, privilegian el cuidado de los vínculos con los demás, más que el cumplimiento de los deberes y obligaciones; a lo que denominó “ética del cuidado”. En los discursos emitidos por las estudiantes que conformaron la muestra de este estudio, este aspecto se ve ilustrado cuando resaltan el compromiso, la responsabilidad, el cuidado y el respeto en la relación con los y las pacientes, como componentes de una práctica profesional. Por el contrario, el razonamiento de los hombres, de acuerdo a Carol G., estaría más ligado al respeto y defensa de las reglas y derechos formales; lo que llamaría “ética de la justicia”⁽⁴³⁾.

Continuando con las tres dimensiones de la ética profesional, el enfoque pragmático, que se caracteriza por cuestionar y reflexionar sobre cuáles son y cómo resolver los conflictos éticos, no se ha visto señalado en las respuestas de los estudiantes. A partir de lo cual, sería oportuno que cuestiones como los dilemas éticos que se presentan en la práctica kinésica, y sobre cómo aminorar y abordar dichas situaciones, sean visibilizados por parte de los estudiantes durante sus formaciones, a través, por ejemplo, de instancias de discusión en las trayectorias educativas.

Por otra parte, previo a indagar sobre los derechos del paciente en particular, se les preguntó a los y las estudiantes lo siguiente; “Para vos, ¿hay diferencia entre ética profesional y derechos de los pacientes?” (ver anexo 2). Al hablar de este tema, algunos entrevistados argumentaron que son conceptos que se correlacionan y vinculan mutuamente, entendiendo que, la práctica ética de la profesión se basa en el cumplimiento de los derechos del paciente. A lo que declararon lo siguiente:

- *“Van de la mano. Porque trabajas para esos derechos y eso sería comportarse con ética”* (Aldana, PH I)
- *“Por lógica pienso que se deben correlacionar. Yo como profesional tengo que tener en cuenta los derechos del paciente, ejemplo si el paciente hay un tratamiento que no quiere llevar a cabo, yo con mi ética profesional no lo puedo obligar a llevar a cabo algo que no quiere”* (Leandro, PH II)

Mientras que otros expresaron que son conceptos que difieren, en donde el sólo hecho de que el profesional respete los derechos estipulados por la ley, no significa comportarse con ética.

- *“Diferencia en cuanto a concepto seguro. Creo que te podés encontrar a alguien o que no tenga ética o que no cumpla los derechos del paciente”* (Micaela, PH II)
- *“No es lo mismo, la ética profesional viene del profesional y los derechos*

les pertenece a los pacientes” (Gastón, PH II)

- “Derechos del paciente son cosas que él puede decidir o no. La ética son valores que tiene que tener el profesional a la hora de trabajar” (Lucas, PH III)

No obstante, se ha observado cierta confusión y dificultad para establecer claramente cuales son aquellas cuestiones que difieren entre ambos conceptos. Una posible explicación para esto podría ser que los estudiantes poseen una vacancia teórico-conceptual de estos temas que permita una construcción de un conocimiento concreto y claro vinculado a estos conceptos. Dicho de otra manera, al no ser conceptos completamente extraños, los estudiantes podrían lograr una comprensión de los mismos a partir de deducciones por saberes más bien tácitos, posiblemente adquiridos a lo largo de su desarrollo, tanto universitario como de los procesos de enseñanza-aprendizaje previos y externos a la instancia de la educación superior.

V. 2. b. Los derechos del paciente desde el entendimiento de los estudiantes

En febrero del año 2010, entró en vigencia la ley Nacional 26.529, que resguarda los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud⁽⁴⁾. El propósito de su sanción fue, el refuerzo a la protección de los usuarios frente a actitudes discriminatorias en la atención a la salud y a las relaciones de poder que solían ejercerse desde la tradición del paternalismo médico. Por consiguiente, busca proteger valores considerados prioritarios por la sociedad, en este caso, en el ámbito sanitario, como, la dignidad, la libertad y la autonomía. De modo que, los derechos del paciente constituyen herramientas normativas que todo profesional de la salud debe conocer para aplicar, promover y proteger en la práctica diaria.

Luego de indagar sobre la ética profesional, se les preguntó a los informantes clave, en primer lugar, si tenían conocimiento de la existencia de los derechos del paciente. A partir de lo cual, se contempla que, si bien más de la mitad de los participantes respondió saber que los usuarios de los servicios de salud poseen derechos que los ampare, parte de ellos hicieron alusión que ese conocimiento provenía de una noción o creencia que tenían al respecto.

Seguidamente, a quienes afirmaron la pregunta anterior, se les pidió que mencionaran alguno de los derechos del paciente que creían conocen. De los cuales, sólo dos estudiantes pudieron hacer mención explícita de algún derecho; destacando a los

derechos de asistencia, trato digno y respetuoso y a la confidencialidad de los datos, como se puede observar en los siguientes fragmentos de las respuestas,

- *“Si sabía, el trato atención médica correspondiente, confidencialidad sobre los datos que el paciente nos cuenta”* (Juan Pablo, PH I)
- *“Si. La calidad de atención, que se le pueda dar los máximos conocimientos para ayudarlos. Creo que tienen el derecho de ser bien atendidos y respetado”* (Micaela, PH II)

Respecto a los participantes restantes, quienes no especificaron alguno de los derechos, expresaron lo siguiente,

- *“Nunca lo di, por una cuestión lógica pienso que sí, pero no sé cuáles son”* (Aldana, PH I)
- *“Si, más o menos. No, no podría mencionar ninguno”* (Gastón, PH II)
- *“Sí, imagino que sí. Pero no los conozco, no podría mencionar alguno”* (Milton, PH II)

Por otra parte, una observación llamativa es que, de las respuestas de quienes manifestaron no conocer de la existencia de derechos que ampare a los pacientes, figuran, entre ellos, dos estudiantes del grupo de prácticas hospitalarias III, quienes en el momento de realizar las entrevistas habían ya finalizado el cursado completo de la carrera. Y, el participante restante de este grupo, a pesar de señalar saber de la existencia de los derechos, lo catalogó como un conocimiento “vago” de los mismos, por lo cual, no podía dar ejemplo de alguno. Los comentarios proporcionados por este grupo fueron,

- *“No, no sabía”* (Martina, PH III)
- *“No, no sabía que tenían derechos los pacientes”* (Malena, PH III)
- *“Si, más o menos. Cuando mi tutor me lo comentó fue de una manera medio vaga. No, no podría mencionar ninguno”* (Lucas, PH III)

Es un hallazgo revelador debido a que se trata de estudiantes que, además de haber atravesado la experiencia de las prácticas hospitalarias en distintos niveles de la atención a la salud, han cursado materias propias a la temática aquí investigada. Se considera un asunto particularmente interesante a investigar en profundidad en este grupo en particular, debido a su situación pronto a finalizar el estudio de grado, siendo la universidad apreciada como un terreno óptimo para transmisión e inculcar la relevancia de tener presente dichas cuestiones en la práctica diaria.

Hecha la observación anterior, se continua con los tres derechos que se han indagado específicamente en este estudio. Para lo cual, se retomó a todos los informantes claves, ya que se sospechaba la presencia de saberes implícitos sobre tales temas, y se les realizó las siguientes preguntas; “¿Qué es, o que entendés por la autonomía de voluntad en un paciente?”; “¿Qué es la confidencialidad de datos de un paciente?”; “¿Qué es el consentimiento informado en un paciente?”, (ver anexo 2). Lo interesante de los datos recolectados a partir de las respuestas dadas, es que, aquellos que dicen desde lo explícito desconocer sobre los derechos del paciente, mostraron tener nociones acertadas sobre la autonomía de la voluntad del paciente, la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado. Este hecho, junto con las observaciones anteriores en relación a las expresiones utilizadas para hacer referencia a que su conocimiento sobre la existencia de los derechos del paciente provenía más bien por un “sentido común” o “de lógica”, ha reforzado el punto de vista sobre que el entendimiento (lo que saben o creen saber) de los derechos, en estos casos, se construye en mayor medida por saberes de carácter tácito; cual implica las creencias, valores, perspectivas de cada individuo.

V. 2. b. 1. La autonomía de la voluntad del paciente

Desde una perspectiva general, los diferentes alcances que el kinesiólogo tiene en las distintas áreas de desempeño de la salud aun no son del todo comprendidas por los usuarios que requieren de la atención kinésica. Es de esperar que en los servicios de rehabilitación se realicen maniobras de exploración y terapéuticas que requieren el contacto físico directo, o la aplicación de modalidades de fisioterapia que generalmente son desconocidas para los pacientes, como otras situaciones más, en donde el desconocimiento de las prácticas kinésicas puede generar en el paciente una situación de incomodidad, inseguridad, temor, y posible insatisfacción o abandono del proceso de rehabilitación. De manera que, la decisión del paciente con respecto a las intervenciones o tratamientos en su rehabilitación kinésica es un aspecto clave que, además de ser una cuestión ética, es un derecho del usuario, y, por tanto, una obligación del profesional que debe proteger y cumplir en todo momento de la práctica profesional.

En cuanto a lo que la ley 26.529 establece por autonomía de la voluntad del paciente se expresa lo siguiente: *“todo paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos terapéuticos, con o sin expresión de causa, como así también revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”*⁽⁴⁾.

En relación a qué saben sobre este aspecto los estudiantes de kinesiología y fisioterapia que participaron de las entrevistas de este estudio, se ha observado que la mayoría de ellos, con sus ligeras diferencias, mostraron tener una idea general sobre la autonomía de la voluntad, haciendo alusión a la autodeterminación y libertad que el paciente sobre las decisiones que se tomen sobre su salud.

- *“Lo entiendo como la capacidad del paciente de querer realizar o no los tratamientos”* (Juan Pablo, PH I)
- *“Para mí, el paciente tiene poder de decisión, puede elegir entre esto si esto no”* (Aldana, PH I)
- *“El paciente tiene derecho a decirte si quiere participar de la terapia o no, si se siente cómodo o no. Tenemos que respetar si el paciente quiere seguir o no”* (Malena, PH III)
- *“El paciente es libre de abandonar o aceptar un tratamiento”* (Lucas, PH III)
- *“Al paciente se lo tiene que dejar decidir si quiere hacer la terapia o no, él tiene que decidir qué quiere hacer con su recuperación”* (Martina, PH III)

Asimismo, del total de la muestra, sólo un estudiante no pudo dar respuesta concreta sobre la autonomía de la voluntad del paciente, expresando lo siguiente,

- *“No, no sé. No te puedo decir nada”* (Milton, PH II)

V. 2. b. 2. Confidencialidad de los datos del paciente

El siguiente tema sobre el que se buscó examinar en las entrevistas fue la confidencialidad de la documentación clínica del usuario de los servicios de salud, cual es definida por la ley 26.529 de los Derechos del Paciente como, *“el paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente”*⁽⁴⁾.

La confidencialidad de los datos es una obligación del que el kinesiólogo no se encuentra exento. Por un lado, porque debe recabar toda aquella información necesaria para realizar la anamnesis para la confección de la historia clínica del paciente, en donde a veces se revelan aspectos de su vida e intimidad, ya sea señalando toda la sintomatología, los detalles del contagio, indicarnos el sitio del dolor, relatando su historia familiar, entre otras. Del mismo modo, y como ha sido discutido en el marco teórico, la práctica kinésica presenta características propias que hacen que se requiera un especial cuidado en ciertas

cuestiones. Una de estas particularidades es que, el proceso de rehabilitación, generalmente, es prolongado en el tiempo, con varias sesiones, por lo que, puede ocurrir que se establezca una relación de confianza entre el profesional y el paciente, en donde este último dé a conocer datos de él/ella por medios informales. Por tanto, toda aquella información a la cual el kinesiólogo accede debe ser considerada como “sensible”, lo que requiere un comportamiento cuidadoso por parte del profesional sanitario, cumpliendo con los principios, derechos y garantías que se establecen en la normativa para asegurar que los datos no corran riesgo de quedar expuestos ante terceros. Asimismo, y como plantean algunos estudios, a pesar de que los profesionales en kinesiología reconozcan la importancia de la confidencialidad de la información personal de los usuarios y su implicancia legal en la atención a la salud, se insiste en poca capacitación que se brinda al respecto desde la formación universitaria.

En cuanto al entendimiento de los estudiantes de kinesiología y fisioterapia que conformaron la muestra, asociaron a la confidencialidad de los datos con el respeto de la privacidad, a la protección y no divulgación de la información personal; reflejando nociones acertadas a lo que la ley 26.520 define a tal derecho. Algunos comentarios fueron los siguientes,

- *“Es la privacidad que tenemos con el paciente, es decir, nosotros no podemos difundir datos del paciente de los cuales él nos confía”* (Juan Pablo, PH I)
- *“Mantener en secreto los datos del paciente, la información del paciente queda entre él y el profesional. La realidad que en la práctica hospitalaria uno lo comparte con los tutores, y con los compañeros”* (Aldana, PH I)
- *“Que a los pacientes que atendemos, no podemos contar cosas de él, o si lo vamos a hacer que sea desde una entidad anónima”* (Martina, PH III)

Como consideración especial, se puede mencionar una respuesta en la que se distinguió de manera concreta tanto los datos del usuario que se resguardan en la historia clínica, como aquellos que son revelados de forma más “informal”, por medio de comentarios realizados al azar.

- *“Que quede resguardado los datos de la historia clínica. Creo que a veces el paciente durante la terapia ‘se abre’ y te cuentan aspectos de su vida y eso tiene que quedar ahí”* (Micaela, PH II)

Luego, a partir de la observación de las respuestas de un reducido número de integrantes de la muestra, específicamente dos, apareció reflejado cierta limitación en el conocimiento de la confidencialidad de los datos, mostrando a una noción no errónea, pero poco detallada de la misma.

- *“De eso conozco, no sabía que era un derecho del paciente, pero lo hemos hablado con los tutores en las prácticas. No podemos hablar de ellos afuera de acá”* (Leandro, PH II)

- *“Si el paciente cuenta algo en la sesión, ejemplo si tiene una enfermedad que le de vergüenza, vos como profesional no tenés que ir contándolo”* (Lucas, PH III)

V. 2. b. 3. Consentimiento informado del paciente

Luego de indagar en torno a la autonomía de la voluntad y de la confidencialidad de los datos, se les preguntó a los estudiantes sobre el consentimiento informado.

El capítulo III de la ley 26.529, define al consentimiento informado de la siguiente manera; *“entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa”*⁽⁴⁾. Por tanto, lo que se pretende es proteger el valor ético de la autodeterminación del paciente y asegurar el deber de no maleficencia por parte del profesional de salud. Autores como French y Sim⁽⁴⁴⁾, reconocen dos elementos fundamentales que conforman el consentimiento informado: la revelación y la comprensión.

Si bien el consentimiento informado es un tema común a todas las profesiones de salud, entenderlo desde la perspectiva del ejercicio de la kinesiología resulta esencial dado las particularidades de la disciplina; al igual que con la autonomía de la voluntad y la confidencialidad de los datos anteriormente desarrollados. Con respecto al consentimiento informado, la compleja definición de límites entre el terapeuta y los pacientes, la cercanía física, la sobrecarga de pacientes, que se agudiza en fisioterapia dada la posibilidad del fisioterapeuta de atender más de un paciente a la vez, la aplicación de determinados tratamientos específicos tales como la electroterapia, fisioterapia uroginecológica, entre otras, hacen que el consentimiento informado deba ser integrado en la práctica diaria del ejercicio de la kinesiología.

De manera contraria a los derechos anteriormente indagados, en el caso del consentimiento informado se encontró un mayor número de estudios al respecto. Entre los cuales, la investigación de Franco Muñoz et al., en donde concluyen que, en la generalidad de los casos, existe dificultad en la percepción del consentimiento informado en relación con la atención al paciente, donde los fisioterapeutas lo consideran como un rasgo que se debe tener presente ante un proceso investigativo o que se reduce a la firma de un documento, desconociendo su relevancia legal y ética en el ámbito clínico⁽²⁹⁾. Sobre tal cuestión, desde los datos arrojados por el campo de este estudio, se observó que solo un número reducido de estudiantes asocian al consentimiento informado con la participación de un paciente a una actividad de carácter investigativo o a la firma de un documento; no siendo percibido como un instrumento que vela por el respeto de la autonomía de los pacientes en la práctica clínica diaria y en cada una de las fases de la terapia a la que se vaya a someter el paciente.

- *“Es la forma en la cual el paciente nos garantiza voluntariamente de ser partícipe de una investigación conociendo dichos riesgos”* (Juan Pablo, PH I)
- *“Es un procedimiento por el cual se garantiza que el paciente ha expresado de forma voluntaria la intención de ser partícipe de una investigación, sobre la cual ya se le ha informado al sujeto los objetivos, riesgos, derechos, etc.”* (Nicolás, PH I)
- *“Es cuando se le pide al paciente que firme un consentimiento informado”* (Milton, PH II)

En cambio, la mayoría de los estudiantes tienen por consentimiento informado como un elemento que pareciera aplicarse en la práctica clínica diaria. No obstante, sólo en una de las respuestas se hizo mención de manera explícita los dos elementos que componen el consentimiento informado, que French y Sim describen como revelación y comprensión. La participante expresó lo siguiente,

- *“Informar al paciente, que sepa y sea consciente de lo que se le va a hacer y lo que tiene y que a su vez nos diga que está de acuerdo o no”* (Aldana, PH I)

Mientras que, en los discursos restantes se contempló el requisito de brindar al paciente la información necesaria sobre las decisiones sobre su salud para su posterior decisión al respecto.

- *“Es decirle al paciente que le vas a hacer para que no se genere ninguna situación incómoda, y que él diga que sí o que no” (Micaela, PH II)*
- *“Explicarle cómo se va a trabajar, que le van a hacer. Por ejemplo, si le vas a poner magneto y él no tiene idea lo que es, vos le tenés que explicar lo que es, y para qué sirve” (Leandro, PH II)*
- *“Se le explica al paciente que se le va a realizar y después el acepta o no si va a someterse. A veces pasa que el paciente no entiende de lo que le están hablando” (Martina, PH III)*
- *“El paciente acepta determinada acción del profesional, estando completamente informado de lo que se le va a hacer y sus resultados” (Lucas, PH III)*

Por tanto, estos resultados sugieren que estos últimos valoran la obtención del consentimiento informado por parte del paciente como un proceso comunicativo, verbal y de la práctica clínica.

V. 2. c. El entendimiento de los estudiantes desde los paradigmas de la salud

En las Ciencias de la Salud, ha existido una reflexión permanente sobre los modelos más adecuados para entender y atender al proceso salud-enfermedad, particularmente sobre dos paradigmas en particular, el biomédico y el biopsicosocial. En relación con la práctica kinésica y su objeto de estudio, el movimiento del cuerpo humano, la comprensión de los diferentes condicionantes del mismo, ha evolucionado hacia concepciones más holísticas, incorporando factores como lo psicológico y lo social, trascendiendo los modelos de etiopatogénesis lineales y netamente casuísticos, característicos del modelo biomédico. Es decir, el estudio del movimiento corporal busca ser abordado más allá de los aspectos estructurales y funcionales del cuerpo, asumiendo una dimensión integradora, contemplando las necesidades, expectativas, y otros, del individuo.

A partir de lo que se ha visto en los apartados anteriores, sobre el entendimiento de los estudiantes en cuanto a la ética profesional y a los derechos del paciente, se puede identificar aspectos característicos sobre la relación profesional-paciente que hacen al paradigma biopsicosocial.

Por una parte, en el entendimiento sobre la autonomía de la voluntad y en el consentimiento informado, se hace referencia a que los profesionales de la salud, en este caso, kinesiólogos y kinesiólogas, deben proporcionar información al paciente sobre las terapias que se proponen realizar. Por otra parte, se reconoce la autodeterminación, la libertad y la coparticipación del paciente en el proceso de rehabilitación, entendiéndolo como un actor con un rol activo en las decisiones que se tomen sobre su salud. A lo que,

Borrell-Carrió F., menciona desde la perspectiva del modelo biopsicosocial, al ser un paradigma centrado en el paciente, éste debe estar al tanto de todo aquello que se llevará a cabo sobre su cuerpo, lo que aleja sentimientos de temor y desasosiego, y lleva a transitar la experiencia de manera menos penosa en el proceso salud-enfermedad. Por el contrario, desde el paradigma biomédico, no se le da lugar al paciente en la toma de decisiones sobre su salud, no se lo consulta en búsqueda de aclarar dudas o creencias que pudiesen estar mal fundadas, por lo que no se contemplaría la autonomía de la voluntad y el consentimiento informado del paciente^(12,13).

En la misma línea, en varias respuestas se ha hecho mención de la capacidad del paciente de expresarse sobre la terapia que está recibiendo o que se le ofrece, en atención a lo cual, en general, los estudiantes contemplan una comunicación libre profesional-paciente. George L. Engel, cuando habla sobre el modelo biopsicosocial, menciona que es un paradigma que busca el diálogo y entendimiento entre los profesionales y los usuarios, y que, el éxito de la terapéutica, en función de la adherencia al tratamiento y en la satisfacción por parte del paciente, se encuentra condicionado, entre otros factores, por la relación que se establece entre estos dos (profesional-paciente), visto que la subjetividad de los usuarios no se encuentra exenta de la manera en la que son atendidos⁽¹⁴⁾.

Por tanto, se puede inferir que los estudiantes reflejaron, desde su entendimiento, elementos que se vinculan hacia un modelo biopsicosocial, aludiendo que las decisiones que se tomen sobre la rehabilitación del paciente en la práctica de la kinesiología y fisioterapia, no se efectúa de manera unilateral, es decir, solamente por el profesional, como se plantea desde el modelo biologicista. Sino que, se hace participe al paciente para una atención adecuada hacia el mismo.

V. 2. d. Reflexiones pre-eliminables

De este capítulo, en el que se buscó identificar, analizar, describir y discutir en base al entendimiento de los estudiantes de kinesiología y fisioterapia en cuanto al entendimiento sobre la ética profesional y los derechos del paciente, se recuperan los hallazgos considerados más significativos:

Con respecto a qué saben de ética profesional, se observó en las respuestas un posicionamiento parejo hacia el enfoque deontológico, por un lado, y por el otro, hacia el enfoque teleológico. Lo que, a su vez esta tendencia estuvo determinada en función del género. Es así que, mientras las participantes del género femenino hicieron referencia a

una ética teleológica; teniendo por ética a los valores, principios y virtudes deseables, como el respeto, el compromiso y la responsabilidad; el género masculino mostró una tendencia hacia el entendimiento de la ética desde un enfoque deontológico; en referencia al conjunto de exigencias institucionales, como las normas de comportamiento y conducta de los profesionales. Asimismo, no se ha podido reconocer referencias respecto a la dimensión pragmática, es decir, a la ética profesional vinculada con la reflexión sobre los conflictos éticos que surgen en la práctica profesional.

Por otro lado, en cuanto a los saberes sobre los derechos del paciente, se ha apreciado que una mayoría de los estudiantes a pesar de señalar no tener conocimiento explícito de los mismos mostraron traer consigo saberes del carácter tácito que los habilita al entendimiento sobre la autonomía de la voluntad, la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado.

En relación al entendimiento del consentimiento informado, se han encontrados diferencias entre las respuestas de los estudiantes, en donde para una mayoría el consentimiento informado por parte del paciente es entendido como un proceso comunicativo, verbal y de la práctica clínica. Mientras que los participantes restantes expresaron la creencia de que el consentimiento informado del paciente es un procedimiento requerido únicamente ante un procedimiento investigativo y que se lo obtiene mediante la firma de un documento; sin contemplarlo como un procedimiento fundamental y valedero de protección de los derechos del paciente en la intervención kinésica.

Por otro lado, se infiere que el entendimiento de los estudiantes sobre ética profesional y los derechos del paciente se estructura y compone principalmente de saberes tácitos. Esto, a partir de que se ha notado cierta dificultad en exponer un conocimiento teórico-conceptual en las respuestas que emitieron. Como así también, en varios casos se hizo referencia a que sus conocimientos al respecto provienen por creencias o suposiciones.

Sorprendentemente, no se encontraron diferencias significativas en el entendimiento de los estudiantes de los diferentes grupos de prácticas hospitalarias. Por lo que, y en concordancia con lo dicho en el párrafo anterior, pareciese ser que el tránsito por las asignaturas destinadas al abordaje explícito de la temática no ha generado un cambio acentuado en el entendimiento de los estudiantes; aspecto sobre el que discutiremos en el siguiente capítulo.

Capítulo III: Aprendizaje de la ética profesional y de los derechos del paciente

Siguiendo el marco teórico de A. Giddens, quien señala que el entendimiento de los individuos es el que le permite llevar adelante sus prácticas en la vida cotidiana, en este caso las prácticas pre-profesionales, y que el mismo se compone de distintos saberes; saberes de los cuales el actor puede dar cuenta, en parte, a través de un trabajo reflexivo, de sus características⁽⁷⁾. Para ello, considerando el criterio de saberes explícitos, asociado al conocimiento ocurrido en el ámbito áulico, y el de saberes implícito, vinculado al conocimiento en las instancias de prácticas pre-profesionales, y más allá, se indaga y discute en este capítulo sobre el proceso de construcción y adquisición de los saberes de la ética profesional y de los derechos del paciente desde el entendimiento de los estudiantes de kinesiología y fisioterapia. Para eso, se les preguntó a los informantes claves si recordaban dónde o cómo aprendieron sobre lo que conocen de ética profesional, en primer lugar, y, sobre los derechos del paciente en segundo lugar.

Por conocimiento o aprendizaje implícito, se entiende a aquellos saberes aparentemente no intencionados, por medio de comportamientos, actitudes, normas, mensajes que se dan cotidianamente que no se explicitan en el plan de estudios. Como así también, los conocimientos o aprendizaje tácito, como aquel saber que se adquiere por la experiencia por la que uno transita, e implica las creencias, hábitos, valores, perspectivas de cada individuo. Se suele usar de manera intuitiva e inconsciente, siendo la asimilación, la observación y la imitación modos de transmitir-adquirir estos saberes. Y, por conocimiento o aprendizaje explícito o teórico-conceptual, se refiere a aquella información formal, codificada y estructurada, que suele ser documentada en diferentes formatos para su difusión; es decir, aquellos temas que son tratados de manera explícita en las asignaturas específicas que tienen como objetivo aquello⁽⁴²⁾.

V. 3. a. Transmisión de saberes éticos en los contextos universitarios

Es posible considerar que la educación ética puede llevarse a cabo en dos escenarios educativos por los que transita el estudiante de kinesiología y fisioterapia de la UGR; por un lado, en el trabajo áulico, y por el otro, en el contexto de las Prácticas Hospitalarias (PH).

En el primer caso, en el ámbito áulico los contenidos y las estrategias a desarrollar se encuentran predeterminadas en el currículo, y el aprendizaje de los mismos tiende a ser mayormente conceptual, explícito y formal. En el plan de estudios de la UGR, se presentan dos asignaturas que tienen como propósito central el abordaje teórico-conceptual de, entre otros temas, de la ética profesional y de la legislación de los derechos del paciente por la ley 26529; “Kinefisiatría Legal y Deontológica” y “Gestión de los Servicios de Salud”, ambas asignadas en el quinto año del cursado de la carrera.

Por otro lado, la UGR destina una carga horaria de 1280 horas de Prácticas Hospitalarias, donde los estudiantes son acompañados y supervisados por tutores durante su experiencia de la práctica del quehacer profesional en las Unidades Docentes Asistenciales⁽⁶⁾. De acuerdo a los antecedentes de publicaciones científicas sobre la enseñanza y fomento de saberes y comportamientos éticos en la educación clínica, se ha apreciado que, dentro de la gama de intervenciones para tal fin, las más valoradas por estudiantes universitarios de kinesiología son aquellas que utilicen un enfoque interactivo; destacándose los debates, seminarios, discusiones grupales, la observación e interacción con los profesores clínicos (tutores), por mencionar algunos.

Sobre las bases de las consideraciones expuestas, al indagar sobre cómo entienden los estudiantes su aprendizaje en torno a la ética profesional y a los derechos del paciente, se ha dado cuenta de que estos identifican a las dos instancias educativas anteriormente mencionadas como espacios dónde adquirieron saberes sobre la temática que aborda. No obstante, se contemplan algunas especificaciones particulares de cada escenario que pertinentes a desarrollar en mayor detalle.

V. 3. a. 1. Aula

En relación con el aprendizaje de lo ético en el ámbito áulico, la gran mayoría de los participantes expresaron la creencia que parte de los conocimientos vinculados a la ética profesional fue adquirido durante el trabajo áulico de las distintas asignaturas de la carrera. Asimismo, se han encontrado diferencias significativas entre lo considerado por los estudiantes de PH I con los de PH II y PH III.

En primer lugar, para quienes integraban el grupo de PH I, en el tercer año de la carrera, fueron los únicos en indicar haber aprendido durante el cursado de las asignaturas que se desarrollan en el aula, sin hacer alusión a la instancia de las prácticas pre-

profesionales; lo que constituye la principal diferencia con los otros dos grupos estudiados. No obstante, en sus respuestas se observa que esos conocimientos no provienen de una materia específica a partir de la cual hayan recibido una formación teórica-conceptual vinculada a la ética profesional; más bien, ese aprendizaje es construido en base de saberes implícitos, mediante espacios de debate, discusiones, charlas informales, durante el trabajo áulico. Los discursos en los que se apreciaron estas interpretaciones son,

- *“Aprendí en la carrera sobre el trato con los pacientes, en distintas materias como técnicas kinésicas, semiopatología clínica, evaluaciones, etc. Creo que sí se trata sobre este tema en la carrera, pero no sé si lo suficiente. Además, creo que tiene que ver con cómo es uno mismo y lo que aprende de la vida”* (Juan Pablo, PH I)

- *“Sí, recuerdo algunas situaciones dentro de distintas clases en donde aprendí sobre ética profesional. Lo que sé de este concepto, lo sé porque lo he escuchado en clases de secundario y universidad, también en enunciados leídos. Y, sí, también siento que hemos tenido nuestro espacio en algunas materias sobre la cual nos informamos sobre la relación profesional-paciente”* (Nicolás, PH I)

- *“Por el momento, nunca lo dimos; nunca tuvimos una materia donde puntualmente se hable de este tema. Si surgían debates con los profesores. Ejemplo, ellos planteaban un montón de situaciones ideales, o cosas que tenemos que hacer como kinesiólogo, que estaría buenísimo poder hacerlas, pero después uno se encuentra con la realidad y es completamente distinta y no se puede llevar a cabo”* (Aldana, PH I)

En contraparte, desde el entendimiento de los y las participantes del grupo de PH II y PH III, en cuarto y quinto año de cursado respectivamente, el ámbito áulico no constituye el principal escenario donde adquieren conocimientos éticos. Es decir, si bien reconocen que durante el dictado de las clases en el aula se les provee saberes sobre ética profesional, al igual que el grupo de PH I, la diferencia radica en el poco énfasis al que se le designó este escenario educativo como espacio donde se fomenta el aprendizaje de la ética profesional. A partir de lo cual, se interpreta que, para estos estudiantes, su formación ética ocurre mayormente en la instancia de las prácticas pre-profesionales. De igual forma, el modo de aprendizaje coincide con las señaladas por los estudiantes de PH I; mediante disertaciones informales en las que se provee conocimientos éticos de manera implícita.

- *“En el aula no tanto, puede surgir en algún momento en el que se habla de eso, pero no tanto”* (Micaela, PH II)

- *“En las prácticas netamente. En el aula si se habla, pero no desde la realidad”* (Leandro, PH II)

- *“No recuerdo una materia donde hayamos hablado de eso. A veces en clases se habla, a veces no. No creo que lo hayamos hablado mucho, por*

ahí lo hablamos con los compañeros o tutores; pero fuera del aula, más en las prácticas hospitalarias” (Milton, PH II)
- *“Aprendí más que nada en las prácticas. En la facultad no tanto, sólo en materia de legal, nada más que eso” (Malena, PH III)*

Como posible explicación del por qué los estudiantes de PH II y PH III jerarquizan las prácticas hospitalarias en función al aprendizaje de la ética profesional, se considera lo siguiente: por un lado, los estudiantes manifiestan que el abordaje de las cuestiones éticas asociadas a una práctica profesional en el ámbito áulico se produce de manera ocasional; y por otro, el hecho de que el aprendizaje llevado a cabo en el aula no sea el campo en el que se realiza el ejercicio profesional, dificulta tanto al docente como al estudiante contextualizar los saberes a las diversas realidades que se viven en la asistencia clínica. Lo cual coincide con lo discutido en el marco teórico sobre que las estrategias de aprendizaje en la formación de estudiantes de kinesiología, deben tener una mirada clínica, relacionada con la práctica profesional. Caso contrario no se logrará dimensionar los diferentes aspectos que conllevan a la práctica ética si no se contextualiza con el ámbito en el que se ejercer la profesión.

Por otra parte, se ha encontrado una referencia a “Kinefisiatría Legal y Deontológica” como asignatura específica en la que se expone de manera conceptual, temas relacionados a la ética profesional. Asimismo, esta mención aparece recién en una de las tres respuestas del grupo de estudiantes de quinto año (PH III). Sobre esta situación se retomará más adelante.

De todos los discursos de la muestra al momento de responder cómo aprendieron sobre lo que conocían de ética profesional, un entrevistado en particular, del grupo de PH III, expresó no haber aprendido al respecto en ninguno de los dos contextos educativos mencionados anteriormente, manifestando lo siguiente,

- *“En el cursado no. En las prácticas tampoco. Me ha pasado de tener una situación en las prácticas y no supe donde recurrir” (Lucas, PH III)*

Este hallazgo puede ser interesante dado que, se trata de un estudiante próximo a egresarse de la universidad, que aun habiendo finalizado el cursado de las asignaturas que se imparten en el aula, como así también, habiendo transitado por los escenarios de las prácticas hospitalarias, expresa no haber recibido por parte de la institución educativa, suficientes herramientas que le habilite a un aprendizaje concreto de las cuestiones

vinculadas a un ejercicio profesional ético. Si bien es cierto que, del total de la muestra, sólo un entrevistado puso en manifiesto este hecho, no deja de ser un dato menos valioso e interesante para indagar en mayor profundidad en futuros estudios sobre el tema.

Por otro lado, en relación al aprendizaje de los derechos del paciente en particular, más de la mitad de la muestra declaró o no recordar un momento específico o directamente no haber aprendido al respecto en el ámbito universitario. A partir de lo cual, podría interpretarse que el fomento del aprendizaje sobre los derechos del paciente como tales, con su carácter de ley, no es tratada de manera suficiente o adecuada que les permita a los estudiantes hacer una mención explícita o concreta de su aprendizaje sobre esta temática. Lo que hace suponer que, esto sea un posible motivo del por qué los estudiantes al momento de preguntarles sobre si conocían de la existencia de los derechos del paciente, la mayoría respondió saber a razón de una suposición o una cuestión de lógica (ver Capítulo II).

- *“Nunca lo aprendí. Por lo que vi en la tele está el derecho de la confidencialidad, que el paciente puede elegir que tratamiento usar. Más que eso no sé”* (Aldana, PH I)
- *“No me acuerdo exactamente dónde aprendí sobre los derechos del paciente”* (Nicolás, PH I)
- *“Ni en clases ni en las prácticas escuché sobre los derechos del paciente”* (Leandro, PH II)
- *“No me acuerdo la verdad”* (Milton, PH II)

De la misma forma que ha sucedido con las respuestas sobre el aprendizaje de la ética profesional, se señaló a “Kinofisiatría Legal y Deontológica” como materia vinculada al aprendizaje explícito sobre los derechos del paciente.

- *“Solo en legal, en quinto año de la carrera”* (Lucas, PH III)

Lo anterior pone de evidencia que los estudiantes refieren que el aprendizaje tanto sobre la ética profesional en general, como los derechos del paciente en particular, en el ámbito áulico se construye principalmente por saberes implícitos que por saberes teórico-conceptuales; mientras que estos últimos, los saberes explícitos, parecieran incluirse formalmente en el último año del proceso de formación. En consecuencia, estos hallazgos reflejan la presencia y alcance del currículo oculto durante el trabajo áulico de las diferentes asignaturas de la carrera en el entendimiento de los estudiantes; y que se compone de estrategias interactivas; como charlas y debates. Estrategias que coinciden con las del

escenario de las prácticas hospitalarias como veremos en el siguiente apartado.

V. 3. a. 2. Prácticas pre-profesionales

Las prácticas pre-profesionales representan una estrategia de aprendizaje por experiencia que, al ubicar al estudiante en situaciones concretas del ámbito laboral y en interacción constante con pacientes y otros profesionales, le permiten tomar dimensión sobre los distintos aspectos que involucra dicha interacción, no sólo desde una perspectiva funcional y motriz, sino también, desde una perspectiva humanística.

Como se ha percibido en el apartado anterior, la mayoría de la muestra, en especial los participantes de PH II y PH III, coinciden en que el entendimiento sobre los aspectos éticos de la práctica profesional se construye principalmente en los escenarios de las prácticas pre-profesionales. Asimismo, y tomándose como referencia los datos aportados en las entrevistas, se infiere que, dentro de los motivos que llevan a que estos estudiantes jerarquicen el aprendizaje en las prácticas hospitalarias por sobre el aula es que, por una parte, se trata de un aprendizaje contextualizado a las realidades de la atención a la salud, esto es, en base a su aplicabilidad en un contexto clínico. Como así también, el abordaje o transmisión de saberes éticos se realiza de manera más frecuente.

Por otro lado, se pudo apreciar cuáles son los medios de aprendizaje que son valorados por parte de los estudiantes entrevistados, siendo estos, las charlas, debates y discusiones que se presentan con los tutores y compañeros, constituyendo así un principalmente un aprendizaje implícito. Y, también, se identificó el aprendizaje mediante la observación de cómo se desenvuelven los tutores como kinesiólogos durante las rotaciones de las prácticas hospitalarias. De modo que, se hace referencia un aprendizaje tácito, tal vez, de manera intuitiva e inconsciente, por la observación de un referente, en este caso, de los instructores de las prácticas hospitalarias. Esto último, se correlaciona con la teoría del aprendizaje cognitivo social de Bandura, mencionado en el marco teórico, el cual considera que el aprendizaje ocurre observando e imitando el comportamiento y accionar de otros⁽³⁴⁾.

- *“Por ahora en todas las prácticas que he tenido me he llevado buenas impresiones en cuanto a los tutores. En las prácticas siempre en algún momento se da de hablar de esto, al menos en todas las rotaciones por las que he pasado”* (Micaela, PH II)

- *“En las practicas netamente. Porque es dónde estás en el escenario real”* (Leandro, PH II)

- *“Más que nada en las prácticas”* (Milton, PH II)

- *“Aprendí más que nada en las prácticas. Con los tutores que me aconsejaron y hablaron”* (Martina, PH III)

Por tanto, estas observaciones en base a los datos aportados por los estudiantes que conformaron la muestra, en relación al aprendizaje en la instancia de la educación clínica, es decir, las prácticas hospitalarias, subraya las conclusiones de estudios que señalan el valor que tiene la educación clínica en la formación del estudiante de kinesiología; indicando que el aprendizaje del mismo sucede en función de ser expuesto dentro de la práctica profesional.

V. 3. b. Docentes, tutores y otros estudiantes como transmisores de saberes éticos

Como se ha visto anteriormente, los estudiantes que participaron de las entrevistas distinguen al aula y a las prácticas pre-profesionales como dos escenarios educativos en los cuales adquieren saberes que les permiten un entendimiento sobre la ética profesional y los derechos del paciente. Así como también, hicieron mención que es a través de las charlas y debates que se generan en esos escenarios que se produce un aprendizaje. En virtud de ello, se comprende que, para los estudiantes, los referentes de cada ámbito educativo (docentes en ámbito áulico y tutores en las prácticas hospitalarias), como otros estudiantes, son apreciados como actores que proveen y fomentan saberes, actitudes y valores éticos en relación a la práctica profesional.

En consecuencia, se puede extraer la idea de que, tanto los docentes como los tutores, su rol como formadores de futuros profesionales no se limita sólo a la enseñanza de competencias técnicas específicas de la disciplina, sino que, además, contribuyen a fomentar en los estudiantes un comportamiento ético, mayoritariamente desde lo implícito, tal vez sin darse cuenta de ello, al dedicar parte del tipo del trabajo áulico al dialogo informal de temas vinculados a aspectos éticos de la práctica profesional.

Por otro lado, al tutor también se le asocia a un aprendizaje tácito ya que, por la propia naturaleza de la educación clínica, los estudiantes van observando y enjuiciando cómo se desenvuelve el instructor en el contexto real de la atención a la salud, siendo un “modelo a seguir” que influye, en el caso de este estudio, para bien en la construcción del *ethos* profesional del futuro titulado.

Un hallazgo que resultó inesperado debido que se lo había contemplado previo a la realización de las entrevistas es que los estudiantes reconocen a sus pares como actores del contexto educativo de los cuales aprenden sobre ética profesional. Esto demuestra que los estudiantes no son receptores pasivos, sino que se involucran activamente en su formación. Por tanto, el discutir y compartir experiencias y conclusiones entre compañeros y compañeras muestra ser un medio de intercambio de saberes. Al respecto, se infiere que los estudiantes valoran esta interacción con sus pares al sentir mayor confianza en compartir dudas, experiencias, discusiones, conclusiones, que con los tutores o docentes no, por el hecho de encontrarse en la misma instancia de la educación, y por compartir mayor tiempo entre ellos que con tutores o docentes, constituyendo una relación más simétrica.

V. 3. c. Reflexiones pre-eliminables

A lo largo de este capítulo se ha hecho una aproximación en torno al tipo de experiencias educativas que propician un aprendizaje significativo para los estudiantes de kinesiología y fisioterapia de la UGR que integraban la muestra.

En primer lugar, se pudo divisar que los saberes que conforman el entendimiento que los estudiantes tienen sobre la ética profesional y sobre los derechos del paciente se construye a partir de un aprendizaje predominantemente implícito, tanto en el ámbito áulico como en las prácticas pre-profesionales; tal como lo hace notar Vallaeys en su reflexión sobre la educación superior, *“los estudiantes aprenden continuamente de la institución en la que viven, y no sólo en los momentos explícitos de enseñanza”*⁽⁴¹⁾.

En ambos contextos universitarios, se valoró a los diálogos informales generados en la relación enseñanza-aprendizaje con docentes, tutores y estudiantes, como medios por los que se incorporan estos saberes. Lo que pone en evidencia, el rol fundamental del currículo oculto en la enseñanza de los aspectos éticos de la práctica profesional en los estudiantes de kinesiología. En este caso, el currículo oculto comprende una serie de elementos que subyacen el proceso de enseñanza-aprendizaje ético del estudiante, como lo son, los debates, las charlas, los consejos de los diferentes actores implicados y la observación de la actuación del tutor en las prácticas pre-profesionales, en el que se aprecia también un aprendizaje tácito. Resulta sorprendente la correspondencia de la lectura de los datos emitidos por los informantes claves de este estudio con con lo planteado por Apple, quien señala que la formación en competencias vinculadas a la ética profesional se produce a costa de aprendizajes implícitos, por medio de comportamientos, actitudes, mensajes que

se dan cotidianamente en las interacciones que se producen en las instituciones educativas⁽⁴⁰⁾.

Por otra parte, si bien se comprende el impacto positivo del currículo oculto en estos aprendizajes, delegar gran parte de la enseñanza de la índole ético-legal de la profesión a un currículo oculto, podría correr el riesgo de que el abordaje de estos temas sea superficial, y posiblemente inexistente, para el nivel de competencias pertinente a un estudio de grado, debido a que es un tipo de enseñanza dependiente del criterio del formador.

En relación a la instancia de la educación práctica, según se ha visto en la literatura revisada, es considerada un componente educativo crítico para el desarrollo de profesionales competentes. La mayoría de los participantes, específicamente aquellos de PH II y III, señalaron a los escenarios de las prácticas hospitalarias como el lugar principal en el que aprenden los referentes éticos de la profesión. Esto, debido a que permite que los estudiantes apliquen lo que se les enseña a situaciones reales, permitiendo suplir la brecha de la enseñanza en el trabajo áulico; como así también, pareciera ser que el abordaje de esta temática se encuentra asignada principalmente a las prácticas pre-profesionales; a razón de que los participantes consideraron que este hecho ocurre de manera más frecuente que en trabajo áulico.

En otro orden de idea, desde la lectura bibliográfica con respecto a la inserción curricular de una asignatura específica para la enseñanza de la ética de la profesión, algunos estudios determinaron que abordaje a través de una sola materia resulta insuficiente y poco motivante para los estudiantes; y que, además, consideran que la introducción de la competencia ética a nivel curricular debe ser temprana, en los primeros años de la formación universitaria, con el fin de facilitar la interiorización de los aspectos éticos en los estudiantes desde sus comienzos. No obstante, a partir de las entrevistas realizadas en este estudio, se dio cuenta que la mención de una asignatura específica que brinde una formación formal y explícita surgió a partir de las respuestas del grupo de prácticas hospitalarias III de quinto año del cursado de la carrera; quienes hicieron referencia a “Kinefisiatría Legal y Deontológica”. Asimismo, se apreció que estos estudiantes no pusieron especial énfasis en dicha materia; de lo que se podría divisar que dicha estrategia pareciera no dejar un registro significativo en los estudiantes. Los comentarios de los participantes sobre lo dicho son los siguientes,

- *“Tampoco en la materia de quinto se le da la debida importancia, porque uno ya está en quinto, y hay materias más pesadas; y también en las últimas prácticas”* (Martina, PH III)
- *“Es un tema serio y no le dan la debida importancia, en quinto puede que sí; pero mira todo lo que te perdiste en estos cuatros años”* (Malena, PH III)
- *“La materia legal debería abordarse desde los primeros años de las prácticas, no al final”* (Lucas, PH III)

Por último, curiosamente en las declaraciones de los estudiantes no se ha observado ninguna referencia o consideración hacia lo que pueden aportar otros profesionales de otras disciplinas de la salud con los que interactúan en las practicas pre-profesionales. Lo que no se correlacionaría con el incentivo del paradigma biopsicosocial sobre el trabajo interdisciplinario en la atención a la salud; considerando que permite un flujo de conocimientos sobre una misma problemática desde diferentes perspectivas, e incentiva la retroalimentación y autocritica, a partir de la devolución de los otros miembros del equipo profesional^(12,13). Por lo que resultaría interesante pensar estrategias, como charlas, discusiones, debates y demostraciones, siendo estas las más valorada por los estudiantes que conformaron la muestra, en la que participen profesionales tanto inter como transdisciplinarios.

Capítulo IV: Conclusiones

A lo largo de este trabajo se ha buscado presentar los hallazgos obtenidos a partir del análisis del entendimiento de los estudiantes de la carrera de “Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría” en cuanto a los aspectos de la ética profesional y de los derechos del paciente en relación con las prácticas pre-profesionales de la UGR; dirigiendo la mirada hacia los tipos de aprendizajes y saberes que construyen el entendimiento que dichos actores utilizan para la práctica hospitalaria.

El interés en llevar a cabo este trabajo surge a partir de que, si bien la kinesiología y fisiatría es una disciplina relativamente nueva, desde sus inicios fue adquiriendo mayor protagonismo y autonomía profesional, lo que trajo aparejado un mayor compromiso y responsabilidad hacia los aspectos ético-legales por parte del kinesiólogo o kinesióloga. Pese a que han ido surgiendo estudios que indagan sobre la ética en la práctica kinésica, y que argumentan sobre la importancia de su enseñanza desde la educación universitaria, desde la lectura a la literatura realizada en este estudio, se pudo observar que son pocos aquellos artículos científicos que problematizan qué y cómo se enseña y aprende sobre la dimensión ética los estudiantes universitarios; especialmente en Argentina.

A partir de la interpretación y análisis de los datos arrojados por el campo en las entrevistas que se ha realizado, se recuperan las siguientes interpretaciones:

En primer lugar, todos los participantes mostraron tener nociones sobre la ética profesional. En algunas respuestas predominó una tendencia hacia una dimensión más deontológica, mientras que en otras se apreció una dimensión más teleológica. Dicho posicionamiento, que fue repartido, se vio determinado en función al género: el género masculino se asoció al enfoque deontológico, y el entendimiento del género femenino al teleológico. Por tanto, se infiere que, de los enfoques de la ética profesional que se consideran en este trabajo (deontológico, teleológico y pragmático), pareciese ser que tanto el deontológico como el teleológico son los más habituales en transmitirse en la formación de los estudiantes. No así, la dimensión pragmática, vinculada con la reflexión sobre los conflictos éticos que surgen en la práctica profesional y cómo mitigarlos o resolverlos de manera adecuada. En consonancia con este tema, además de no haberse apreciado alguna referencia de la misma en las respuestas a las entrevistas, durante una charla informal con algunos entrevistados, estos señalaron que en las prácticas hospitalarias a

veces vivencian situaciones controvertidas en las que no saben cómo actuar ante ellas ni a quienes recurrir; expresándose lo siguiente, *“vivimos algunas situaciones que no sabemos cómo actuar, y sobre todo en prácticas uno”*.

Por otro lado, decimos que, si bien es cierto que instruir sobre los códigos deontológicos y las normativas que rigen la profesión son sumamente relevantes e indispensables en la formación de los estudiantes, para formar futuros profesionales éticamente comprometidos con su profesión y con los pacientes, se debe buscar ir más allá de los códigos deontológicos e incidir en el fortalecimiento de la personalidad ético-moral de los futuros profesionales, en la reflexión sobre la finalidad de la profesión y el bien que se aspira aportar a la sociedad.

En cuanto al entendimiento de los derechos del paciente, se ha apreciado que una mayoría a pesar de señalar no poder hacer mención explícita de los mismos, mostraron traer consigo saberes tácitos que los habilita al entendimiento sobre la autonomía de la voluntad, la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado. Del mismo modo, se ha observado, en la generalidad de los casos, cierta dificultad para responder las preguntas de las entrevistas, aludiendo que lo que sabían al respecto era por una creencia o una perspectiva de ellos. Asimismo, se considera pertinente destacar que dichos derechos del paciente no fueron reconocidos por gran parte de los participantes como normativas jurídicas contempladas por una ley; es decir, con su carácter de cumplimiento obligatorio. En este sentido, se sostiene que es importante que un estudiante además de aplicarlo, pueda reconocer y enunciar conceptualmente los derechos del paciente, en tanto está vinculado con una práctica ética y que no pueden ser dejados de lado por la voluntad de las partes.

En torno al tipo de experiencias educativas que propician un aprendizaje significativo para los estudiantes de kinesiología y fisioterapia de la UGR, se ha encontrado que el estudiante, a través de su tránsito por la malla curricular del programa, adquiere saberes éticos principalmente por un aprendizaje implícito, que reproduce en las prácticas pre-profesionales. Asimismo, se pudo contemplar que este aprendizaje ocurre tanto en el contexto áulico como en el de las prácticas hospitalarias mediante la relación enseñanza-aprendizaje que el estudiante establece con tutores, docentes y sus pares. Por tanto, es un asunto que no deja indiferente a nadie, puesto que se reconoce a los docentes, tutores y los mismos estudiantes como participantes en esta formación.

En ambos escenarios educativos, el aprendizaje de los aspectos éticos de la profesión se produce por medio de diálogos informales, debates, comentarios, que suceden en las interacciones que se establecen entre los diferentes actores implicados. A lo que, a su vez, se añade la observación e impresión que se tiene de las actuaciones, conductas y actitudes de los tutores. A partir de lo que, siendo que el aprendizaje a través de estos medios es considerado como implícitos y tácitos, se pone en evidencia el alcance del currículo oculto en la enseñanza de la temática aquí planteada. En consecuencia, el proceso de enseñanza-aprendizaje de la ética profesional y de los derechos del paciente, escapa a lo que se establece específicamente en la currícula y al aula.

En relación a la instancia de la educación práctica, según se ha visto en la literatura revisada, es considerada un componente educativo crítico para el desarrollo de profesionales competentes. Respecto a lo cual, desde lo visto en las entrevistas, se infiere que el abordaje de esta temática se encuentra asignada principalmente a las prácticas pre-profesionales. Esto, debido a que permite que los estudiantes contextualicen los conocimientos que se les provee a situaciones reales, permitiéndoles relacionar el aprendizaje con su propia práctica ética en desarrollo de las mismas. Son muchas las oportunidades de enseñanza y aprendizaje que ofrecen las prácticas pre-profesionales, que, además de habilitar un aprendizaje de aspectos técnicos de la disciplina misma, posibilita también el desarrollo de herramientas y habilidades para desenvolverse profesionalmente con responsabilidad y autonomía ante las diversas circunstancias que la labor profesional acarrea.

En otro orden de ideas, sorprendentemente no se encontraron diferencias significativas en el entendimiento de los estudiantes de los diferentes grupos de prácticas hospitalarias. Por lo que, pareciese ser que el tránsito por las asignaturas destinadas al abordaje explícito de la temática no ha generado un cambio acentuado en el entendimiento de los estudiantes. Al respecto, recién en algunas respuestas del grupo de prácticas hospitalarias III, conformado por estudiantes del quinto año de cursado, se hizo referencia a una asignatura que aborde conceptual y formalmente la ética profesional y los derechos del paciente; "Kinefisiatría Legal y Deontológica". A lo que se le añade que estos estudiantes no pusieron especial énfasis en dicha materia.

En efecto, varios entrevistados consideraron que resultaría interesante que se ofrezca un curso destinado al aprendizaje de los aspectos éticos-legales en relación con la práctica kinésica en los comienzos de las prácticas pre-profesionales; a fin de brindar

previamente herramientas que capaciten sobre estos temas para mitigar situaciones de incertidumbre e inseguridad por parte del practicante, como así también, para fomentar desde los inicios, una práctica pre-profesional con el respeto y responsabilidad que los usuarios de los servicios de salud merecen. Por lo que reforzar estrategias que fomenten estos aspectos en los primeros años de cursado, con el fin de facilitar la interiorización de los aspectos éticos en los estudiantes desde sus comienzos podría ayudar a atenuar las consideraciones recién mencionadas.

Asimismo, se desca el interés y la predisposición de los estudiantes que participaron de este proyecto de investigación sobre la enseñanza-aprendizaje de cuestiones vinculadas al desarrollo de habilidades para el abordaje de cuestiones presentes en la relación con los pacientes y otros, como así también, sobre los dilemas éticos que se presenta en la práctica de la kinesiología. Lo que puede estimular a futuros estudios con la intención de ampliar los conocimientos que se tienen sobre los distintos datos que han ido surgiendo a lo largo de este estudio; y con eso, pensar en qué se puede tomar medidas para fortalecer la formación integral que se busca alcanzar y mantener.

A modo de cierre, se reflexiona sobre el valor que la kinesiología, como profesión asociada con el cuidado a la salud, y, por tanto, a la vida, ha de ser abordada por estos profesionales con una visión integradora de todos los elementos que hacen a la salud ser humano. Esto es, satisfacer las necesidades de movimiento, con y sin alteración, para el desenvolvimiento y desarrollo personal en la sociedad, implica, además de los saberes y habilidades de carácter técnico, contemplar la dignidad del individuo, sus intereses y proyectos de vida, a fin de atender satisfactoriamente las necesidades funcionales asociadas con el movimiento, y con el consecuente gran impacto en lo psicológico y social. En este proceso los detalles, los gestos minúsculos, atesoran un gran significado. Por último, esta problemática puede constituir una oportunidad valiosa para observar y deliberar críticamente sobre el sentido que se le da a la práctica profesional de la kinesiología y fisioterapia.

VI. Referencias bibliográficas

1. Šore Galleguillos J. Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. Rev Bioét Derecho [Internet]. 2020 [citado 10 de Diciembre de 2019];(48):193-207. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S188658872020000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Schonhaut B L, Carvajal H C. Dimensiones y dilemas de la ética en educación en ciencias de la salud. Rev Chil Pediatría [Internet]. 2007 [citado 10 de Diciembre de 2019];78(2):196-201. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S037041062007000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Greenfield BH, Jensen GM, Delany CM, Mostrom E, Knab M, Jampel A. Power and Promise of Narrative for Advancing Physical Therapist Education and Practice. Phys Ther [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado 10 de Diciembre de 2019];95(6):924-33. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/95/6/924/2686376>
4. Ley Nacional 26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000164999/160432/norma.htm>
5. Pedro Ortiz. Bases Éticas De La Formación Profesional En Medicina [Internet]. 2008; 25(3):267-68. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n3/a01v25n3.pdf>
6. Prácticas Pre-Profesionales – UGR [Internet]. [citado 10 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <https://ugr.edu.ar/practicas-pre-profesionales/>
7. Giddens A, Birdsall K, Cuéllar Menezo J. Sociología, cuarta edición. Madrid: Alianza; 2004.
8. Laura Lee Swisher. A Retrospective Analysis of Ethics Knowledge in Physical Therapy (1970–2000). Phys Ther [Internet]. 2002 [citado 10 de Diciembre de 2019];82(7):692-706. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/82/7/692/2857662>

9. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int J Morphol* [Internet]. 2017 [citado 10 de Diciembre de 2019];35(1):227-32. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. James S. Larson. The Conceptualization of Health. *Med Care Res Rev*. 1999;56(2):123–36.
11. Kuhn TS. *La estructura de las Revoluciones científicas*. Mexico. Fondo de la Cultura España;2017.
12. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clínica*. 2002;119(5):175–9.
13. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):576–82.
14. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129–36.
15. José Antonio Morales González, Graciela Nava Chapa, Jaime Esquivel Soto, Luis Enrique Díaz Pérez. *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre* [monografía en Internet]. 1ª ed. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011 [acceso 10 de Diciembre 2019]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4821/libro_principios_de_etica.pdf
16. López Zavala R. Ética profesional en la formación universitaria. *Perfiles Educ* [Internet]. septiembre de 2013 [citado 10 de Diciembre de 2019];35(142):15-24. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S018526982013000400017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Bolívar A. El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Rev Mex Investig Educ* [Internet]. marzo de 2005 [citado 10 de Diciembre de 2019];10(24):93-123. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S140566662005000100093&lng=es&nrm=iso&tlng=es

18. Augusto Hortal Alonso. *Ética General de las Profesiones*. 2^{da} ed. Bilbao: Desclee De Brouwer; 2004I
19. Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé. *Práctica profesional en fisioterapia y ética profesional: profesionalismo, deontología, toma de decisiones y razonamiento clínico*. 1^a ed. València: Universitat de València; 2017
20. Colegio de Kinesiólogos, Fisioterapeutas y Terapistas Físicos 2da Circunscripción. Santa Fe. [Internet]. [citado 10 de Diciembre de 2019]. Disponible en: https://colegiokinesilogos.org/tribunal_etica_2.php
21. Roqué-Sánchez MV, Macpherson I. Análisis de la ética de principios, 40 años después. *Rev Bioét* [Internet]. 2018 [citado 10 de Diciembre de 2019];26(2):189-97. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422018000200189&lng=es&tlng=es
22. Guccione AA. Ethical issues in physical therapy practice. A survey of physical therapists in New England. *Phys Ther*. 1980;60(10):1264-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7443788/>
23. Triesenberg HL. The Identification of Ethical Issues in Physical Therapy Practice. *Phys Ther* [Internet]. 1996 [citado 10 de Diciembre de 2019];76(10):1097-107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8863763/>
24. Carpenter C, Richardson B. Ethics knowledge in physical therapy: A narrative review of the literature since 2000. *Phys Ther Rev*. 2008; 13:366-74..
25. Finch E, Geddes EL, Larin H. Ethically-based clinical decision-making in physical therapy: process and issues. *Physiother Theory Pract*. 2005;21(3):147-62.
26. Suárez, Eloy Emiliano. *Introducción Al Derecho*. 2^{da} ed. Santa Fe; Universidad Nacional del Litoral; 2009.
27. Cross S., J Sim. Confidentiality within physiotherapy: perceptions and attitudes of clinical practitioners. *J Med Ethics* [Internet]. 2000 [citado 10 de Diciembre 2019];26(6):447-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11129846/>

28. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud: ley 26529 normativa provincial | DELS [Internet]. [citado 10 de Diciembre 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-del-paciente-en-su-relacion-con-los-profesionales-e-instituciones-de-la-salud-ley>
29. Franco AVM, Gaviria LG, Barrera AEG, Muñoz MLN. Aplicabilidad del proceso de consentimiento informado en fisioterapia. Rev Investig En Salud Univ Boyacá [Internet]. 2016 [citado 20 de Enero 2020];3(1):65. Disponible en: <http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/142>
30. Martha Lucia Naranjo Muñoz. Enseñanza De La Bioética Ante Los Dilemas Éticos Del Fisioterapeuta En La Práctica Clínica [tesis]. Bogotá: Universidad del Bosque; 2008.
31. UNESCO. La Educación superior en el siglo XXI, visión y acción: informe final. Biblioteca Digital [Internet]. [citado 20 de Enero 2020]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000116345_spa
32. Ladeira TL, Koifman L, Ladeira TL, Koifman L. The interface between physical therapy, bioethics and education: an integrative review. Rev Bioét [Internet]. 2017 [citado 27 de 20 de Enero 2020];25(3):618-29. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198380422017000300618&lng=en&nrm=iso&tlng=es
33. Vargas Cordero ZR. Desarrollo moral, valores y ética; una investigación dentro del aula. Rev Educ [Internet]. 2011 [citado 20 de Enero 2020];28(2):91. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/2255>
34. D V Ernstzen, E Bitzer, K Grimmer-Somers. Physiotherapy students' and clinical teachers' perceptions of clinical learning opportunities: a case study - Med teach [Internet]. [citado 10 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19089724/>
35. The University of Sydney, Australia, Pollard N, Nisbet G, The University of Sydney, Australia, Kenny B, The University of Sydney, Australia, et al. Strategies for Ethics Education with Health Profession Students Before, During, and After Placements. Int J Pract-Based Learn Health Soc Care [Internet]. noviembre de 2018 [citado 23 de

- agosto de 2020];6(2):95-110. Disponible en:
<https://publications.coventry.ac.uk/index.php/pblh/article/view/405>
36. Strategies for Ethics Education with Health Profession Students Before, During, and After Placements [Internet]. ResearchGate. [citado 10 de Enero de 2020]. Disponible en:[https://www.researchgate.net/publication/329287301 Strategies for Ethics Education with Health Profession Students Before During and After Placements](https://www.researchgate.net/publication/329287301_Strategies_for_Ethics_Education_with_Health_Profession_Students_Before_During_and_After_Placements)
37. Herrera JRM. Los dilemas del fisioterapeuta en el área asistencial: Una mirada a la toma de decisiones. Mov Científico [Internet]. 2011 [citado 10 de Enero de 2020];5(1):6-24. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4781954>
38. Meyer IS, Louw A, Ernstzen D. Physiotherapy students' perceptions of the dual role of the clinical educator as mentor and assessor: Influence on the teaching–learning relationship. South Afr J Physiother [Internet]. 27 de julio de 2017 [citado 27 de agosto de 2020];73(1). Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6093108/>
39. Díaz Barriga Á. La educación en valores: Avatares del currículum formal, oculto y los temas transversales. Rev Electrónica Investig Educ [Internet]. 2006 [citado 10 de Enero de 2020];8(1):1-15. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1607404120060001001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Apple MW. Ideología y currículo. Madrid: Ediciones AKAL; 1991.
41. Vallaeyes F. La responsabilidad social universitaria: un nuevo modelo universitario contra la mercantilización. Rev Iberoam Educ Super [Internet]. 2014 [citado 210 de Enero de 2020];5(12):105-17. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S20072872201400010006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
42. Polanyi M., Amartya Kumar Sen. The Tacit Dimension. 4ª ed. Chicago: The University of Chicago Press ed; 2011.

43. Alonso Alonso, Rosario; Fombuena Valero, Josefa. La Ética De La Justicia Y La Ética De Los Cuidados - Portularia: Revista de Trabajo Social [Internet]. 2006 [citado 210 de Enero de 2020]; 6(1): 95-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2214104>
44. French S, Julius Sim. Physiotherapy a Psychosocial Approach. 1er ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2004.

VII. Anexos

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

Dirigido a: estudiantes de la Universidad del Gran Rosario, sede Santa Fe.

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de estudios enmarcados en el proyecto de investigación “Entendimiento de los estudiantes sobre cuestiones de ética profesional y derechos del paciente en las prácticas de kinesiología y fisioterapia de la UGR”, presentado por Agustina Fabrissin, y conducido por el Licenciado Gustavo Silva, profesor de la Universidad del Gran Rosario. Dicho proyecto tiene como objetivo principal analizar el entendimiento sobre la ética profesional en la relación kinesiólogo-paciente en estudiantes avanzados de la carrera de Licenciatura en kinesiología y fisioterapia de la UGR que estén realizando las prácticas preprofesionales. En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que mediante la presente se le solicita su consentimiento informado. Al colaborar usted con esta investigación, deberá responder a las preguntas que se le realizará, las cuales serán mediante entrevistas que serán grabadas para su posterior transcripción. Todos los datos que se recojan, serán estrictamente anónimos, de carácter privado y confidencial y solo se usaran para los fines de la investigación. El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será el investigador responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos. El investigador responsable del proyecto asegura la total cobertura de costos del estudio, por lo que su participación no significara gasto alguno. Por otra parte, la participación no involucra pago o beneficio económico alguno. Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en el, puede consultar en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede abandonar la participación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio alguno. Es importante que usted considere que su participación en el presente estudio es completamente libre y voluntaria, y que tiene derecho a negarse a participar y suspender su participación cuando así lo desee sin sufrir consecuencia alguna. Desde ya le agradecemos su participación.

Agustina, Fabrissin

Firma partecipante

Anexo 2. Entrevista

ENTREVISTAS A ESTUDIANTES DE KINESIOLOGIA

UGR – SANTA FE

Edad:

Género:

Año de cursado:

Inicio de cursado:

- 1) ¿Qué entendés cuando se habla de ética profesional? O ¿Qué es la ética profesional para vos?
- 2) ¿Recordas alguna situación donde aprendiste sobre ética profesional? ¿Dónde o cómo aprendiste lo que sabes sobre ética profesional?
- 3) ¿Sabías que los pacientes tienen derechos? (Si/No) Si es sí, ¿Podrías mencionar algunos?
- 4) ¿Recordas alguna situación donde tuviste que aplicarlos?
- 5) ¿Cómo o dónde fue que aprendiste sobre los derechos de los pacientes?
- 6) Para vos, ¿hay diferencia entre ética profesional y derechos de los pacientes?
- 7) ¿Qué es la autonomía de voluntad en un paciente?
- 8) ¿Qué es la confidencialidad de datos de un paciente?
- 9) ¿Qué es el consentimiento informado en un paciente?
- 10) ¿Consideras que en la carrera se le da la debida importancia a la enseñanza de cuestiones éticas y de derechos? ¿Sentís que hay un interés en transmitir contenidos éticos en cuanto a la relación kinesiólogo-paciente?

Anexo 3. Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud

Sancionada: Octubre 21 de 2009

Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 1º — Ambito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Capítulo I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley Nº 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. *(Inciso sustituido por art. 1° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)*

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II

DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTICULO 3° — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTICULO 4º — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5º — Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

(Artículo sustituido por art. 2º de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 6º — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro

de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

(Artículo sustituido por art. 3° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 7° — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto. *(Inciso incorporado por art. 4° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)*

ARTICULO 8° — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTICULO 9° — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

(Artículo sustituido por art. 5° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

(Artículo sustituido por art. 6° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

(Artículo incorporado por art. 7° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

Capítulo IV

DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se debe asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente, si los hubiere;
- f) En el caso de las historias clínicas odontológicas, éstas deben contener registros odontológicos que permitan la identificación del paciente;
- g) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e), f) y g) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

Para el caso del inciso f) debe confeccionarse el registro odontológico, integrante de la historia clínica, en el que se deben individualizar las piezas dentales del paciente en forma estandarizada, según el sistema dígito dos o binario, conforme al sistema de marcación y colores que establezca la reglamentación.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Ley N° 26.812 B.O. 21/1/2013)

ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTICULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo V

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. — Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTICULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.529 —