

LEIDY XIMENA MORA GÓMEZ

**RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DEL
EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA**

**DIRECTOR DE LA INVESTIGACIÓN:
DR. CAMILO EUSEBIO GÓMEZ CRISTANCHO**

CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE GENÉTICA Y DERECHO

**FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
BOGOTÁ D.C.**

2019

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

RECTOR: Dr. Juan Carlos Henao Pérez

DECANA: Dra. Adriana Zapata

SECRETARÍA GENERAL: Dra. Martha Hineirosa Rey

**DIRECTORA DEL CENTRO
DE ESTUDIOS SOBRE
GENÉTICA Y DERECHO:** Dra. Emilssen González de Cancino

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Camilo Eusebio Gómez Cristancho

EXAMINADORES: Dr. Cristian Alonso
Dr. Luis Carlos Sánchez

Dedicatoria y agradecimientos

A Dios que guía mis pasos

A mis padres por su apoyo, esfuerzo y amor incondicional, gracias por darme una vida linda y por darme las herramientas para construir mis sueños

A mi hermana por su amistad y complicidad alegre y sincera

A mi esposo por su paciencia, amor y compañía constante

A la Dra. Emilssen González de Cancino, ejemplo de excelencia académica y a mi director de tesis, por las oportunidades de aprendizaje

A mis compañeros del Centro de estudios sobre Genética y Derecho

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. HITOS EN LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA, COMO ANTECEDENTES DE LA AUTONOMÍA Y AUTORREGULACIÓN DE LA PROFESIÓN.....	1
2. DEBERES EN TORNO A LA AUTONOMÍA E INTERDEPENDENCIA EN EL EJERCICIO DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA	10
2.1. EL EJERCICIO AUTÓNOMO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA	10
2.1.1. Noción de autonomía	11
2.1.2. Condiciones que permiten al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia, de acuerdo con la Ley 911 de 2004	13
2.1.2.1. Los requisitos básicos indispensables de personal.....	14
2.1.2.2. Infraestructura física	21
2.1.2.3. Dotación.....	23
2.1.2.4. Procedimientos técnico-administrativos.....	23
2.1.2.5. Registros para el sistema de información	25
2.1.2.6. Transporte.....	29
2.1.2.7. Comunicaciones.....	30
2.1.2.8. Auditoria de servicios	31
2.1.2.9. Medidas de seguridad.....	32
2.1.3. Competencias y deberes de los profesionales de enfermería en Colombia.....	33
2.2. LA RELACIÓN INTERDEPENDIENTE DE ENFERMERÍA CON SUS COLEGAS Y CON OTROS PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD	37
2.2.1. Facultad del profesional de enfermería de delegar funciones y los deberes respecto de los auxiliares de enfermería.....	38
2.2.2. Deberes entorno a las prescripciones médicas.....	40
2.3. CONCLUSIÓN PREVIA: LOS DEBERES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN TORNO A LA AUTONOMÍA Y LA INTERDEPENDENCIA	42
3. ASPECTOS SUSTANCIALES DE LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DISCIPLINARIA DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA.....	45
3.1. CONCEPTOS RELEVANTES DE LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DISCIPLINARIA DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA.....	45
3.1.1. Deontología	45

3.1.2.	Régimen disciplinario - sancionatorio	49
3.1.3.	Responsabilidad deontológica	51
3.2.	ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DE ENFERMERÍA	55
3.2.1.	Conducta constitutiva de falta deontológica	57
3.2.2.	El elemento subjetivo: la culpabilidad	65
4.	ASPECTOS PROCESALES DE LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DISCIPLINARIA DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA	72
4.1.	PRINCIPIOS DEL DEBIDO PROCESO EN LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DISCIPLINARIA DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA	73
4.1.1.	Principio de legalidad de la falta y de la sanción disciplinaria	74
4.1.2.	Principio de publicidad, derecho de defensa y especialmente el derecho de contradicción y de controversia de la prueba	77
4.1.3.	Principio de la doble instancia.....	78
4.1.4.	Presunción de inocencia.....	79
4.1.5.	Principio de imparcialidad	81
4.1.6.	Principio de non bis in ídem y principio de cosa juzgada.....	83
4.1.7.	Prohibición de la reformatio in pejus.....	85
4.2.	ETAPAS DEL PROCESO DISCIPLINARIO POR RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA	87
4.2.1.	Esquema de la Primera instancia: Tribunal Departamental ético de enfermería.	87
4.2.2.	Esquema de la Segunda instancia: Tribunal Nacional ético de enfermería.	91
5.	CONCLUSIONES.....	95
	BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS FUENTES DE CONSULTA.....	101

INTRODUCCIÓN

La Enfermería como profesión del área de la salud, desde sus diferentes ámbitos de acción o roles, especialmente el asistencial, se ha caracterizado por el cuidado de la vida humana. Por ser este, el objeto principal de la profesión, y al tener una excelsa importancia la vida, pues posee protección constitucional como derecho fundamental en nuestro ordenamiento jurídico, resulta ser estrictamente necesaria la regulación deontológica y jurídica de la profesión.

En Colombia la regulación de la enfermería y la definición de los límites, responsabilidades y deberes éticos mínimamente exigibles, surge con el Código Deontológico de enfermería Ley 911 de 2004, al cual se llegó luego de una serie de hechos históricos, que se abordarán en el primer capítulo, los cuales representaron para la profesión, la forma en la cual se alcanzó la profesionalización, independencia y autonomía.

El objetivo central de la presente tesis, es identificar los lineamientos a los cuales debe ajustarse, tanto la responsabilidad deontológica de los profesionales de enfermería en Colombia, como el régimen disciplinario correspondiente. En las normas que regulan este tema, no se encuentra de manera expresa, la identificación los elementos de la responsabilidad ética profesional o deontológica del profesional de enfermería, tampoco se encuentra de manera expresa, el conjunto de principios sobre los cuales deba orientarse el proceso ante los Tribunales éticos de enfermería. Por lo anterior, estos serán los problemas jurídicos a resolver.

En el ámbito y ejercicio de las profesiones de las ciencias de la salud, especialmente en el rol asistencial, resulta evidente que los profesionales deben actuar en equipo y que, dentro de este equipo, se encuentra el personal de enfermería, tanto el profesional como técnico o auxiliar. El actuar del profesional de enfermería, puede ser independiente cuando del ejercicio propio de las actividades de enfermería se trata, interdependiente pues la enfermera es responsable también de liderar a profesionales, técnicos en enfermería y auxiliares, y posiblemente

dependiente en cuanto a ejecutar ordenes médicas se trata, esto refleja la relación dinámica del profesional de enfermería con otros profesionales de la salud¹.

Estas relaciones, implican para el profesional de enfermería, diferentes competencias y responsabilidades relacionadas con la deontología de la profesión, es por ello, que se esbozarán las características y deberes en torno a la autonomía y la interdependencia de los profesionales de enfermería en Colombia.

En cuanto a la autonomía, se realizará una descripción de los criterios que le permiten al profesional de enfermería actuar con autonomía, de acuerdo con los criterios que se describen en la Ley 911 de 2004, los cuales tienen un alto grado de relación con criterios de habilitación de los servicios de salud.

Posteriormente, se abordarán los aspectos sustanciales de la responsabilidad ética o deontológica del profesional de enfermería en Colombia, partiendo de la identificación de conceptos relevantes, lo que permitirá identificar el marco en el cual se encuentran los elementos de la responsabilidad deontológica de los profesionales de enfermería en Colombia, tema que si bien posee una gran importancia, poco se encuentra desarrollado en la doctrina, de manera específica en la profesión de enfermería; razón por la cual se abordaran en el presente estudio.

Seguidamente, se hará referencia a los aspectos procesales del régimen disciplinario, es decir al proceso ético-profesional o deontológico disciplinario, al cual se enfrenta el profesional de enfermería, en los casos en los que su actuar no se ajusta a la ética de la profesión. En esta parte, se identificarán los principios del debido proceso, que requieren observancia a la hora de iniciar y llevar a cabo un proceso de esta índole, al profesional de enfermería. La importancia y la razón por la cual se hace referencia a este tema, radica en que el profesional de enfermería es titular del derecho fundamental al debido proceso, por ello, se

¹ GUERRERO, S., & CID, P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. Aquichan, vol. 15, n°1, (abril 2015) p,132

pretende identificar los aspectos relacionados con los principios y su aplicación en cada una de las etapas del proceso disciplinario por responsabilidad deontológica.

1. HITOS EN LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA, COMO ANTECEDENTES DE LA AUTONOMÍA Y AUTORREGULACIÓN DE LA PROFESIÓN

El objetivo del presente capítulo es, identificar los hitos históricos que han dado lugar a la consolidación de enfermería como profesión en Colombia, se identificarán hechos relacionados con la fundación de las escuelas de enfermería, la evolución legal y de la agremiación de la profesión. Estos datos permitirán identificar el momento en el que la enfermería adquiere autonomía, con la capacidad de autorregularse, tema que acota el eje fundamental del presente texto, la responsabilidad deontológica de los profesionales de enfermería en Colombia.

En Colombia, a inicios del siglo XX, la enfermería inicia su proceso para consolidarse como profesión. Uno de los hechos históricos más referidos en la literatura, ha sido la fundación de la primera Escuela de enfermeras en 1903, instalada en el Hospital Santa Clara en Cartagena;^{1 2} en el año 1906 se entregó el primer diploma, en el que se garantizaba que la mujer que obtuviera ese título “*era apta para el desempeño de las funciones propias de su profesión*”. En 1915, luego de que el médico José Ignacio Barberi publicara el “Manual de Enfermeras”, considerado como el primer texto de enfermería, y el cual fue producto del Curso de enfermeras, se otorgaron títulos en los que se acreditaba “*Idoneidad en Medicina y Enfermería*”.³

La Universidad Nacional de Colombia inicia con la formación de enfermeras y comadronas, por medio de la Ley 39 de 1920, la cual establecía: “*Crease en la*

¹ BEJARANO, JORGE. Historia y Desarrollo de la Enfermería en Colombia. Revista de la Facultad de Medicina XVII, n° I (Julio 1948), p.,1076

² VELANDIA, ANA LUCIA. La influencia de la "Cuestión femenina" en la educación de Enfermería en Colombia. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA XX, n° 1 (marzo 2002): p.,37

³ GÓMEZ, CONSUELO, y otros. Tres escuelas una historia. Formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2011. p. 57-58

*Facultad de Medicina la enseñanza de comadronas y enfermeras*⁴ este constituye un hecho de gran relevancia pues por primera vez, se crea una organización considerada, en palabras de Bejarano “*semi-oficial para el estudio de la enfermería*”, la cual estuvo bajo la dirección de las hermanas de la Caridad de la Presentación⁵, lo que deja ver la influencia de la religión en los inicios de la profesión.

Hacia el año 1919, como hecho que trasciende y llama la atención de las altas clases sociales, la Cruz Roja trajo al país a Madame Ledoux, una enfermera belga, quien tenía la misión de fundar una escuela de enfermeras en Bogotá⁶ “*con todos los requisitos de la técnica*”⁷, sin embargo, esta misión no se consolidó con Ledoux. Cerca de dos décadas más tarde, en 1938, se logró la fundación de una nueva escuela.⁸

En 1930, la Fundación Rockefeller seleccionó dos enfermeras Visitadoras graduadas en Estados Unidos, para que cooperaran con la organización de la Escuela de Enfermeras Visitadoras, junto con el médico José María Montoya; un año más tarde, en la Resolución 76 del 10 de septiembre de 1931, se prohibió nombrar oficialmente enfermeras para, dispensarios, consultorios, sala-cunas, entre otros, a quienes no presentaran el Título de Enfermeras expedido por la Escuela Nacional de Visitadoras.⁹ Esta resolución constituye uno de los primeros hechos relacionados con el acontecer jurídico de la profesión, en cuanto, condiciona el nombramiento de enfermeras, a la obtención de un título.

Un hecho que resulta relevante en la profesionalización de enfermería y, además, en la historia sindical en Colombia, es la creación de un sindicato

⁴ El Congreso de Colombia. Ley 39 de 1920. Por la cual se establece la enseñanza de Comadronas y Enfermeras en la Facultad de Medicina. Octubre 22 de 1920

⁵ BEJARANO, JORGE. ob. Cit., p. 1076

⁶ RESTREPO, JAVIER. La Cruz Roja en la Historia de Colombia 1915-2005. Bogotá: Cruz Roja Colombiana, 2005. p. 162

⁷ BEJARANO, JORGE. ob. Cit., p. 1076

⁸ *Ibíd.*, p. 1077

⁹ ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Temas Médicos. Primera edición. Vol. XVI. Bogotá: Kimpres Ltda., 2003. P.40-41

conformado por enfermeras visitadoras, esta fue la primera organización de mujeres que se unió para la protección del derecho al trabajo y al desarrollo profesional en el país; es así, como en 1935, surge la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia.¹⁰

A pesar de contar con varias leyes y decretos durante la primera mitad del siglo XX, en materia de regulación del ejercicio de enfermería, uno de los mayores logros, se alcanzó en 1946, con la expedición de la ley que rigió durante medio siglo y orientó el ejercicio de la profesión;¹¹ la Ley 87 de 1946 “*Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones*”,¹² esta ley regulaba aspectos referentes a, los planes de estudios de las Escuelas de Enfermeras, la obligatoriedad de contar con títulos expedidos por escuelas autorizadas por el gobierno, la vigilancia que ejercía el Gobierno Nacional y la Universidad Nacional sobre todas las escuelas de enfermeras, entre otros.

En 1962, surgen bajo la orden del gobierno, comisiones para las diferentes disciplinas de carácter universitario en Colombia, a su vez, se creó también la Comisión Permanente de Enfermería, lo que dio lugar a la convocatoria de decanas y directoras de los programas de enfermería de todo el país, que eran apenas seis para este año, con la finalidad de que dialogaran e identificaran falencias y fortalezas de cada uno de sus programas. La Comisión Permanente de Enfermería, tuvo la función de proponer reformas o modificaciones necesarias para la acreditación de los programas;¹³ pero allí no radica su única importancia como hito histórico en la profesionalización de enfermería, puesto que, esta comisión da lugar a la creación de ACOFAEN Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería.

¹⁰ ANEC, ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA. Identidad. Reseña histórica de la ANEC. 09 de octubre de 2006. [En línea] <<https://www.anec.org.co/identidad1.html>> [Citado: 3 de junio de 2019]

¹¹ VELANDIA, ANA LUISA. La enfermería en Colombia. Análisis sociohistórico. História de enfermagem: Revista eletrônica - HERE Vol. 1, nº 2 (2010), p. 287

¹² El Congreso de Colombia. Ley 87 de 1946. 26 de diciembre de 1946.

¹³ SILVA DE MOJICA, CECILIA. Remembranzas alrededor de los 25 años de ACOFAEN: 1968-1993. Avances en Enfermería. Vol. XIII, nº 1 (1995): p. 19.

En el año 1968, gracias a la unión de las Facultades de Enfermería, es creada ACOFAEN, asociación que recibe personería jurídica otorgada por el Ministerio de Justicia, en abril de 1969; desde entonces ha influido en la toma de decisiones relacionadas con la calidad del talento humano en enfermería, la calidad de la formación y los procesos de autorregulación.¹⁴ Sin dejar de lado la importancia de cada uno de los propósitos, por los que fue creada y que tuvo como metas ACOFAEN, se resalta, el que tiene total relación con el eje principal del presente estudio, pues consiste en “*dar oportunidad para que los miembros de esta profesión, sienten sus propias normas sobre programas profesionales y subprofesionales de enfermería*”¹⁵, lo que constituye un paso más, para el fortalecimiento de la autonomía de la profesión en su autorregulación.

Posteriormente, el Decreto 2184 de 1976, reglamentó la Ley 87 de 1946, realizando una actualización especialmente en materia de “*funciones y actividades, que ampliaron el rol de la Enfermera, particularmente en lo relativo a acciones materno - infantiles.*”, aspectos que se actualizan nuevamente con la expedición de la Ley 266 de 1996, gracias a la participación de una enfermera Representante en la Cámara.¹⁶

La Ley 266 de 1996 “*por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones*”, regula aspectos relacionados con el objeto y principios de la práctica profesional, la naturaleza y ámbito de aplicación, en este capítulo, la Ley definió la enfermería de la siguiente manera:

La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con

¹⁴ ACOFAEN, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Reseña Histórica. s.f. (último acceso: 10 de mayo de 2019). [En línea] <<https://acofaen.org.co/>> [Citado: 10 de mayo de 2019]

¹⁵ SILVA DE MOJICA, CECILIA. ob. cit., p. 21.

¹⁶ VELANDIA, ANA LUISA. Análisis prospectivo de la Enfermería en Colombia frente a las nuevas tendencias en Salud y Educación en América Latina. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta para desarrollar un Plan de Enfermería para 1998 – 2002. Washington D.C. 1997. Publicaciones & Reflexiones Ana Luisa Velandia Mora. 8 de septiembre de 2010.

sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y el bienestar.

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnológicas. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.¹⁷

En este artículo, se parte de la definición de la enfermería como profesión. El Diccionario de la Real Academia Española, define profesión como “*Empleo, facultad u oficio que alguien ejercer y por el que percibe una retribución*”, noción que no aporta una idea integral de este concepto. Los elementos del concepto de profesión implican, formación profesional específica de larga duración, seguimiento, aceptación y cumplimiento de un código ético o código deontológico, es decir de reglas específicas; reconocimiento legal de la profesión y compartir un objetivo beneficioso para la sociedad.¹⁸ Sumado a estos elementos, puede tenerse en cuenta también, una noción más completa aportada por Díaz Piña, la cual indica que la profesión es “*una actividad caracterizada por el predominio del esfuerzo*

¹⁷ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario oficial No. 42.710 del 5 de febrero de 1996. Artículo 3.

¹⁸ GONZÁLEZ, ELIAZAR, ANA ARRAS, y LETICIA MORIEL. La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. TECNOCENCIA VI, n° 1 (enero-abril 2012): p.,2

racional, y un producto de la investigación y la interacción de los profesionales con exigencias de desarrollo que general su entorno social, económico y político.”¹⁹

Por lo anterior, se comprende que la enfermería se encontraría organizada como profesión, toda vez que, cuenta con un reconocimiento legal como profesión, implica la formación específica de larga duración para obtención del título de enfermera profesional, debe ejercer bajo el cumplimiento de normas éticas y su propio código deontológico, aspecto sobre el que se profundizará más adelante. De otra parte, en la misma definición consagrada en la Ley 266, se hace referencia al objetivo de la profesión, en ese sentido, se infiere que la enfermería comparte un propósito, el cual, acorde a la citada Ley, resulta beneficioso para la sociedad, pues propende por la protección de derechos fundamentales como la vida,²⁰ la salud²¹ y la vida dignidad²². De otra parte, para denotar el predominio del esfuerzo racional y la interacción de los profesionales de enfermería, se encuentran las diferentes asociaciones profesionales de enfermería, las cuales propenden por el mantenimiento de la calidad de la educación,²³ y se van ajustando a las diferentes exigencias del entorno.

A partir de la expedición de la Ley 266 de 1996, de acuerdo con lo estipulado en su artículo 5, se crea el Consejo Técnico Nacional de Enfermería (CTNE), el cual constituye, *“un organismo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del Gobierno Nacional, de los entes territoriales y de las organizaciones de enfermería, con relación a las políticas de desarrollo y ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia”*. El CTNE se encuentra conformado por dos representantes de la ANEC, dos representantes de ACOFAEN, el Ministro de Salud

¹⁹ DÍAZ PIÑA, ANTONIO. El concepto de profesión, su presencia en los textos legales en México, y una propuesta de definición. Alegatos, n° 83 (enero/abril 2013): p., 242

²⁰ Constitución Política de Colombia. Artículo 11.

²¹ La Corte Constitucional ha entendido el derecho a la salud, como derecho fundamental. Sentencia T-926 de 1999.

²² Además de ser considerado un principio fundamental del ordenamiento jurídico, desde el artículo primero de la Constitución Política de Colombia, y como principio constitucional, la dignidad humana ha sido entendida en la jurisprudencia como un derecho fundamental autónomo. Corte Constitucional Sentencia T-881 de 2002.

²³ GONZÁLEZ, ELIAZAR, ANA ARRAS, y LETICIA MORIEL. Óp. cit., p.,2

o su delegado y un representante de los usuarios. Desde 2018, este organismo desarrolla acciones sobre 4 ejes de trabajo, a saber: (i) Formación y desarrollo del talento humano de enfermería como parte integrando del sistema de atención en salud, (ii) Fortalecimiento de la imagen de enfermería y fomento en la calidad, seguridad y dignidad laboral, (iii) Fomento de la investigación como eje de la acción enfermera, y (iv) Desarrollo de entornos nacionales e internacionales favorables para el desarrollo laboral de profesionales de enfermería.²⁴

La creación de Tribunal Nacional de Ética de Enfermería (TNEE), fue el antecedente directo de la autorregulación de la enfermería en Colombia, pues se deja en las manos del gremio la creación de su propio Código de Ética, así lo consagró La Ley 266 de 1996, en cuanto establece la creación y funciones del Tribunal Ético Nacional de Enfermería, definiendo como primera función, la adopción del Código deontológico de Enfermería.²⁵

El TNEE, se constituyó mediante Acto emitido por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, el 30 de enero de 1997, ese mismo día, se hizo nombramiento de las magistradas y la distribución de cargos. El TNEE trabajó en la creación del Código deontológico de la profesión, el cual, en principio, tuvo como base el Código trabajado por ACOFAEN; para 1999 ya se contaba con una tercera versión del proyecto de Código de deontológico de enfermería.²⁶ Luego de cinco años se logró culminar la tarea de conseguir la aprobación en el Congreso de

²⁴ Consejo Técnico Nacional de Enfermería. ¿qué trabajo estamos adelantando? Plan de acción 2018-2020. [En línea] < <https://ctneco.org/nuestro-trabajo/> > [Citado el: 22 de mayo de 2019]

²⁵ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Óp. cit., Artículo 11, numeral 1.

²⁶ LOPERA, ANGELA. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Febrero de 2018. [En línea] <http://www.trienfer.org.co/> [Citado el : 8 de mayo de 2019].

Colombia²⁷, y fue así como se expidió la Ley 911 de 2004 o Código Deontológico de Enfermería.²⁸

La creación y funcionamiento del TNEE es un reconocimiento social de la capacidad de autorregulación de la profesión, dado el crecimiento científico y tecnológico, la madurez, la responsabilidad profesional y la autonomía, cualidades que se ven reflejadas en la creación y adopción del Código de ética propio, y adicionalmente en la capacidad del gremio de salvaguardar su propia profesión, con la aplicación en conciencia de los mínimos éticos.²⁹ Para el 2014, luego de 10 años de la expedición de la Ley 911 de 2004, Código deontológico de enfermería, se habían investigado un total de 525 quejas, de las cuales, se emitieron en total 38 fallos sancionatorios³⁰, ello demuestra el cumplimiento del compromiso de los profesionales con el Código deontológico, y el trabajo constante de los Tribunales.

Es claro entonces, que el devenir histórico y los hitos previamente descritos, han influido positivamente en la enfermería y han permitido la consolidación de esta disciplina como profesión en Colombia. Luego de demostrar ser un gremio con autonomía profesional, han logrado su autorregulación a nivel ético y se ha demostrado con el tiempo que esta capacidad ha sido ejercida de manera disciplinada y constante.

²⁷ Nelly Garzón profesional de enfermería, quien para ese entonces asumía la presidencia del TNEE, indicó en una publicación, que el Senador Jimmy Chamorro fue quien asumió la autoría del proyecto de Ley y la ponencia estuvo a cargo del Senador Dief Maloof. GARZÓN, NELLY. Los Tribunales Éticos de Enfermería. Actualizaciones en enfermería 4, n° 4 (diciembre 2001). [En línea] <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-44/enfermeria4401-carta/> [Citado el : 9 de mayo de 2019].

²⁸ VELANDIA, ANA LUISA. Historia de la enfermería en Colombia. Cap. XI de Cultura de los cuidados: Historia de la enfermería iberoamericana, de JOSÉ SILES, TAKA OGUISSO, GENIVAL FERNANDES DE FREITAS y PAULO SOUZA, 349-377. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario, 2013.

²⁹ GARZÓN, NELLY. Óp. Cit.

³⁰ LOPERA, ANGELA. 10 años de la Ley 911 de 2004. Avances en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Vol. 32, n° 2 (julio-diciembre 2014): p., 183.

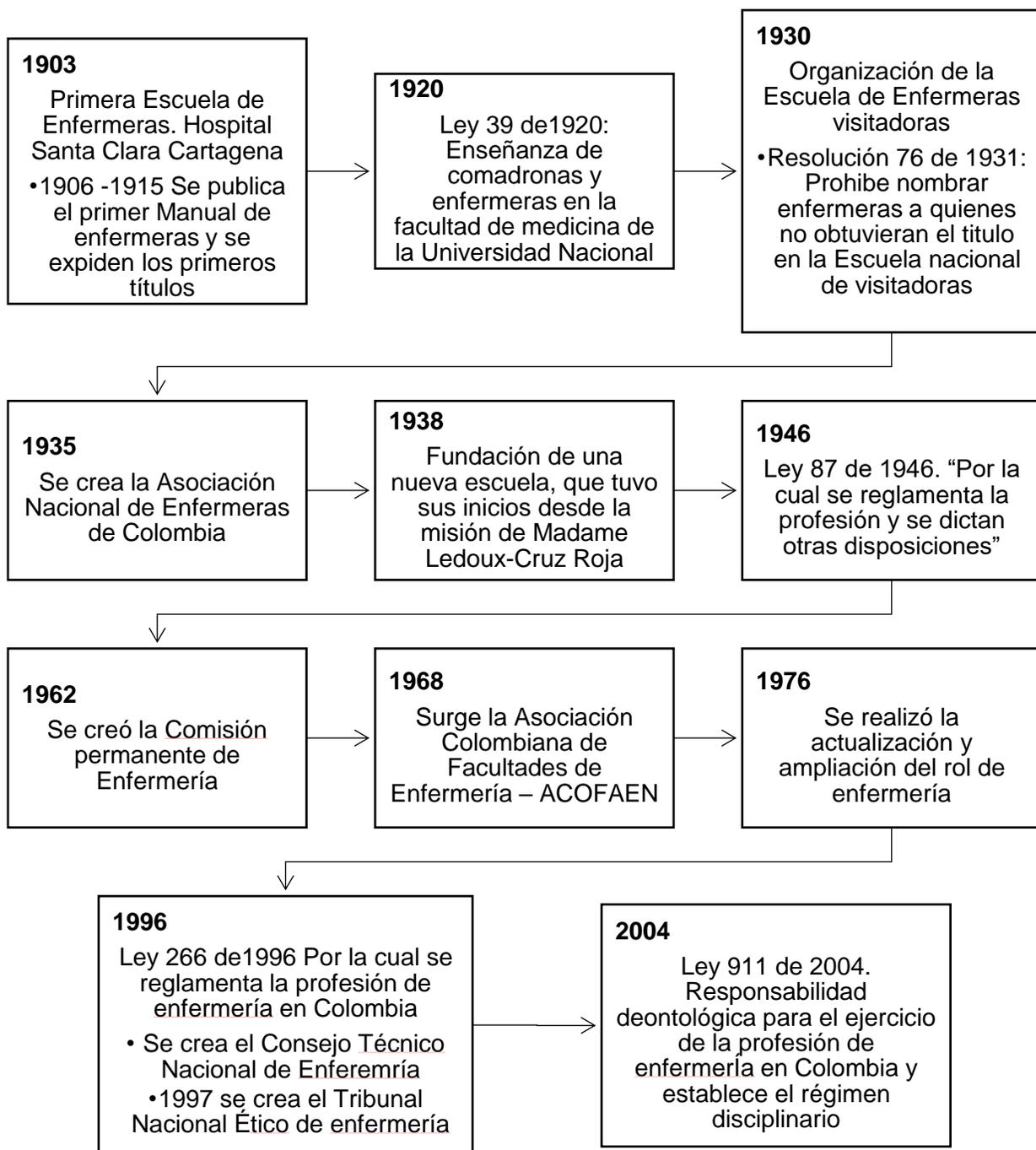


Ilustración 1. Línea del tiempo. Hitos en la historia de la profesionalización de enfermería.

2. DEBERES EN TORNO A LA AUTONOMÍA E INTERDEPENDENCIA EN EL EJERCICIO DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA

“Estar a cargo no es hacer todo por ti mismo ni delegar responsabilidades a un número de personas. Es asegurarse de que cada persona cumpla con la responsabilidad que se le ha encargado”.

Florence Nightingale

En el presente capítulo, se realizará el análisis sobre deberes entorno a la autonomía y la interdependencia del ejercicio de la enfermería en Colombia; destacando la importancia de la autonomía profesional, con la identificación de las condiciones para que el ejercicio de la enfermería sea de calidad y se entienda como un ejercicio autónomo, adicionalmente se hará referencia a las competencias otorgadas en la ley, las cuales aportan un marco de actuación el cual permite la valoración de la responsabilidad deontológica de los profesionales de enfermería.

En este capítulo también se podrá apreciar que existen diferentes deberes del profesional de enfermería, (i)cundo su ejercicio es ejecutado de manera plenamente autónoma, (ii)cundo delega actividades de cuidado y (iii)cundo se ejecutan actividades de cuidado que dependen de la prescripción de otros profesionales del equipo de salud.

2.1. EL EJERCICIO AUTÓNOMO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA

El concepto de autonomía ha sido un tema de interés desde múltiples enfoques, desde la filosofía moderna, la filosofía jurídica, el derecho, entre otros; algunos autores han considerado que el problema de esta idea es la ambigüedad del término,¹ pues no tiene una definición única, lo que puede deberse a la multiplicidad de escenarios en los que se puede hablar de autonomía.

¹ SIECKMANN, JAN-R. El concepto de Autonomía. DOXA, Cuadernos de Filosofía del Derecho, nº 31 (2008): p.,466.

Antes de realizar una descripción de las condiciones que permiten al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional y brindar una atención de calidad, vale la pena realizar un breve análisis de la noción de autonomía, con el objetivo de sintetizar una definición que aporte una idea de lo que a este acápite se refiere.

2.1.1. Noción de autonomía

Immanuel Kant define la autonomía como “...*el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional*”, la cual solo corresponde al ser humano y ello lo diferencia de los demás seres vivos, esto implica “*estar sometido a su propia legislación*”, y esto a su vez indica que la voluntad del ser humano es autónoma, se da su propia ley.²

En la obra de Durkheim, *Lecciones de sociología: física de las costumbres y del derecho*, a propósito de la moral, la moral cívica y la democracia, tema principal de la Lección octava, el autor establece las características de la democracia como forma de estado, manifiesta que la sociedad no es ella misma, sino en la medida en que es una sociedad autónoma de acción. También hace referencia a las dos formas en las que los individuos pueden recibir ayuda de las fuerzas exteriores, (i) una, de manera pasiva sin saber por qué o para que las recibe y (ii) la otra, dándose cuenta de lo que son las cosas y las razones que tiene para someterse, en esta segunda el sujeto actuaría ya de manera consciente y voluntaria, entendiendo lo que hace.³ Durkheim se refiere a la autonomía de los individuos de la siguiente manera:

“La autonomía de que puede gozar el individuo no consiste, pues, en revelarse contra la naturaleza; tal insurrección es absurda, estéril, sea contra las fuerzas del mundo material o contra las del mundo social. Ser autónomo es, para el

² KANT, IMMANUEL. *Lógica: un manual de lecciones*. Madrid: Akal; 2000

³ DURKHEIM, ÉMILE. *Lecciones de sociología: física de las costumbres y del derecho*/Emile Durkheim; versión directa del francés de David Maldivsky. Buenos Aires: Schapire; 1966. p. 83-88.

hombre, comprender las necesidades a las cuales debe plegarse y aceptar con conocimiento de causa. No podemos hacer que las leyes de las cosas sean distintas de lo que son, pero nos liberamos de ellas pensando, es decir, haciéndolas nuestras por el pensamiento. Es esto lo que hace la superioridad moral de la democracia. Porque ésta es el régimen de la reflexión, permite al ciudadano aceptar las leyes de su país con más inteligencia, y, por lo tanto, con menor pasividad.”⁴

En síntesis, de acuerdo con las afirmaciones de Durkheim en torno a este concepto, se puede inferir que la autonomía está lejos de ser un acto de rebeldía o como allí mismo se menciona de “insurrección”; es más bien, comprensión, que hace parte del “régimen de la reflexión”, en el cual los sujetos que integran una sociedad aceptan las normas que se les imponen, pero aceptarlas tampoco implica que sean sujetos pasivos, pues la aceptación a la que se hace referencia, parte de la inteligencia, la que faculta al sujeto para razonar y formar la idea de las leyes que acepta.

Como ya se pudo analizar en el capítulo primero, el profesional de enfermería ha adquirido a través de su historia de profesionalización, autonomía, la cual le ha permitido autorregularse y aceptar las normas. El gremio de enfermería se ha apropiado de las normas, no de manera pasiva, sino de manera reflexiva, en ese mismo sentido, no se ha requerido de una coerción en cuanto a la aplicación de las normas de su propio código deontológico, sino que el gremio las ha aceptado como suyas, gracias a la capacidad tecnológica y científica que le permite entender, con inteligencia, la importancia de las mismas.

Una de las varias definiciones⁵ contempladas en el Diccionario de la Real Academia Española, que guarda relación con el tema de interés del presente

⁴ *Ibíd.*, p.88

⁵ La Real Academia Española, tiene como primera definición de autonomía: “*Potestad que dentro de un Estado tienen municipios, provincias, regiones u otras entidades, para regirse mediante normas y órganos de gobierno propios*”, la cual se encuentra enfocada en el derecho administrativo.

análisis es la siguiente: “*Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie*”,⁶ no es en sí misma una definición profunda pero si precisa, toda vez que reproduce justamente lo que se pretende analizar en este acápite. Al realizar una operación lógica, en la que se determine como la afirmación de la definición reproduce la hipótesis de este acápite, tendríamos:

- “*Condición de quien*”: corresponde al sujeto, el cual acuerdo con la definición, tiene una condición, para el caso, el sujeto es quien posee la condición de ser profesional en enfermería.
- “*para ciertas cosas, no depende de nadie*”: para la ejecución de ciertas funciones, no dependen de nadie.

Ergo, los profesionales de enfermería en su ejercicio ejecutan funciones de manera autónoma, sin depender de nadie para ejecutarlas; como profesionales, se encuentran sometidos a su propia legislación, y gracias a los conocimientos adquiridos en su formación, poseen la facultad de razonar y formarse una idea de las normas que aceptan y comprenden de manera reflexiva. Es esta la noción de autonomía bajo la cual se entenderá y desarrollará todo el presente contenido.

Ahora bien, existen una serie de condiciones que habilitan al profesional de enfermería para actuar con autonomía profesional, estas se encuentran definidas en el Código deontológico de enfermería y se analizarán a continuación.

2.1.2. Condiciones que permiten al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia, de acuerdo con la Ley 911 de 2004

¿Por qué se entiende la enfermería como una profesión autónoma en Colombia y que le permite al profesional de enfermería brindar una atención de calidad, en la que se proteja la ética de la profesión? De acuerdo con lo estipulado

⁶ Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [En línea] < <https://dle.rae.es/?id=4TsdBo> > [Citado el: 10 de Junio de 2019].

en el artículo 5 de la Ley 911 de 2004⁷, existen ciertas condiciones o requisitos para el ejercicio de la enfermería, sin los cuales, el actuar del profesional de enfermería no puede ser entendido bajo la autonomía profesional, calidad ni independencia, toda vez que no permitirían garantizar el acto de cuidado. A continuación, se describirán las condiciones que se pueden extraer de la citada norma, realizando un análisis de cada una de ellas:

2.1.2.1. Los requisitos básicos indispensables de personal

Al hablar de los requisitos básicos indispensables de personal, se hace referencia a los criterios mínimos de talento humano con los cuales debe contar un servicio en el que se presten servicios de salud.⁸

El Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud⁹, describe por servicios y por estándar los criterios que deben cumplir los prestadores de servicios de salud; en la primera parte, se encuentran los criterios para “*Todos los servicios*”¹⁰, de los cuales, se analizarán únicamente, aquellos relacionados con el personal de enfermería, en el estándar talento humano.¹¹

⁷ Artículo 5 de la Ley 911 de 2004: “Entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, registro para el sistema de información, transporte, comunicaciones auditoría de servicios y medidas de seguridad que le permitan al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería.”

⁸ En la tercera versión del proyecto de ley de “ética profesional” en el artículo 9, se regulada la relación del número de usuarios por el que podía responder una enfermera, sin que dejara de ser un cuidado de calidad; desafortunadamente tal artículo no quedo en la ley aprobada. Ob cit. LOPERA, ANGELA. Tribunal Nacional Ético de Enfermería.

⁹ Minsalud. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

¹⁰ *Ibíd.*, Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud, Numeral 2.3.2.1 p., 22-24

¹¹ No es objetivo de este análisis entrar en detalle de las diferencias entre los servicios de salud, razón por la cual se analizan únicamente los criterios descritos.

a. Contar con autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión.

Respecto de este criterio, se identificarán los requisitos tanto del personal profesional, como del personal técnico en enfermería:

Requisitos para ejercer enfermería en Colombia	
Profesionales de enfermería	Auxiliares de enfermería
Título ¹² otorgado por institución de educación superior legalmente reconocida ¹³	Certificado otorgado por una institución de educación para el Trabajo y Desarrollo Humano ¹⁴ , legalmente reconocida. ¹⁵
Cumplimiento del servicio social obligatorio posterior a la obtención del título profesional ¹⁶ , salvo aquellos inmersos en causales de exoneración o quienes no fueron seleccionados en el sorteo. ¹⁷	
Convalidar títulos adquiridos en el extranjero ¹⁸	
Inscribirse en el Registro único Nacional del Talento Humano en Salud, proceso con el cual se entiende que se entiende que el profesional cuenta con autorización para ejercer la enfermería ¹⁹	

Tabla 1 Requisitos para ejercer enfermería en Colombia

En cuanto al requisito de inscripción en el Registro único Nacional del Talento Humano en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 0085 de 2015, delegó esta función pública a la Organización Colegial de Enfermería (OCE). Actualmente, la OCE también es la encargada de expedir la tarjeta

¹² En términos del Artículo 24 de la Ley 30 de 1992, el Título es “*el reconocimiento expreso de carácter académico, otorgado a una persona natural, a la culminación de un programa, por haber adquirido un saber determinado en una Institución de Educación Superior.*” De conformidad con este mismo, el otorgamiento de títulos en Educación Superior, es competencia exclusiva de instituciones de este nivel.

¹³ Ley 1164 de 2007. Artículo 18, numeral primero, literal a.

¹⁴ La denominación “Educación no formal” es reemplazada por “Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano” en el artículo primero de la Ley 1064 de 2006.

¹⁵ Ley 1164 de 2007. Artículo 18, numeral primero, literal b.

¹⁶ Ministerio de la Protección Social. Resolución 1058 de 2010. “Por medio de la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones.”

¹⁷ *Ibíd.*, Artículos 4 y 13.

¹⁸ Ley 1164 de 2007. Artículo 12, numeral primero, literal c.

¹⁹ *Ibíd.*, Artículo 23

profesional de los profesionales de enfermería, y de expedir los permisos transitorios para los profesionales de enfermería extranjeros que van a prestar servicios de carácter humanitario social o investigativo, o para misiones científicas en Colombia.²⁰

b. Contar con la cantidad necesaria de talento humano requerido, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.

Este criterio resulta fundamental en el ejercicio del profesional de enfermería, sin embargo, la norma no es clara respecto de la cantidad de profesionales de enfermería con los que debe contar un servicio, si bien, la cantidad de profesionales debería ajustarse a los aspectos que allí se relacionan: capacidad instalada, relación oferta-demanda, oportunidad en la prestación y riesgo en la atención; no es clara la forma en la cual el prestador de los servicios de salud debe establecer cuál es la “cantidad necesaria”. En Colombia no existe legislación que aporte precisión en este aspecto.

En el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud,²¹ existen algunos requerimientos específicos en cuanto a la presencia de profesionales de enfermería por servicios, en algunas ocasiones con especialización o certificación propia del servicio,²² sin ser claro el número de profesionales de enfermería con que debe contarse, aspecto que sin duda alguna requiere de regulación.

²⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0085 de 2015. “Por medio de la cual se delegan funciones públicas en la Organización Colegial de Enfermería y se dictan otras disposiciones”

²¹ Minsalud. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

²² Ejemplo de estos requerimientos específicos, puede ser el criterio: “Cuenta con enfermera oncóloga o con certificado de formación del cuidado integral del paciente con quimioterapia...” el cual se exige en el estándar de Talento Humano, para el servicio de Quimioterapia.

La relación de enfermeras por paciente, o ratio enfermera/paciente, entendida como el “*número mínimo de enfermeras a cargo de cierta cantidad de pacientes; de igual manera puede tomarse como un coeficiente que determina la carga laboral de enfermería*”²³; ha sido regulada en otros ordenamientos, como el caso del Estado de California.²⁴ A nivel internacional existen diferentes instrumentos, entre ellos, NAS²⁵, TISS-28²⁶, NEMS²⁷; estas escalas de valoración de la carga de trabajo de enfermería, “*permiten la clasificación de pacientes, en funciones de sus necesidades de cuidados, favoreciendo el control de calidad y la comparación de resultados entre unidades con diferentes características*”²⁸. Resulta entonces clara la posibilidad de regulación a nivel nacional, incluso por medio de parámetros que son empleados a nivel internacional.

Recalcando la importancia de este numeral, vale la pena indicar que existen diferentes estudios, en los cuales se evidencia sobrecarga de trabajo de enfermería, dada por un promedio de enfermeras para la atención de pacientes inferior al ideal²⁹, esa ratio enfermera/paciente al encontrarse por debajo del ideal, podría afectar la calidad del cuidado de enfermería y poner en riesgo la integridad del paciente.³⁰ Este no es un tema ajeno a la realidad colombiana, donde pese a aumentar la preocupación por la seguridad del paciente, hay instituciones con una paupérrima asignación de profesionales de enfermería por paciente, las cuales posiblemente

²³Consejo Colegial de Enfermería. Organización Colegia de Enfermería. Estándares de Calidad y recomendaciones. 2014. <http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/ratios.html> (último acceso: 4 de junio de 2019).

²⁴ HYUN, JUH, et al. Current Status of Nursing Law in the United States and Implications. Health Systems and Policy Research. Vol. 5, n° 1 (enero 2018). p. 3

²⁵ Nursing Activities Score

²⁶ Therapeutic Intervention Scoring System

²⁷ Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score

²⁸ CARMONA, FRANCISCO, y otros. Análisis de la utilización de Nursing Activities Score en dos UCIS Españolas. La Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 47, n° 5 (Julio 2013). p. 1109

²⁹ ROMERO, ELIZABETH, et al. Relación entre la carga laboral de enfermería y la gravedad del paciente en unidades de cuidado intensivo de adultos. Aquichan. Universidad de La Sabana. Vol. 11, n° 2. (agosto 2011). p. 183

³⁰ ESCOBAR, ALICIA, et al. Relación enfermera (o)/paciente según TISS 28. Aplicación Clínica en Cuidado Intensivo. 2011. *Revista Facultad de Salud - RFS* Vol. 4, n° 2 (Julio 2012). p. 58

con sustento en “ahorro de costos” han reemplazado la labor profesional, dando a los auxiliares de enfermería el cuidado directo de los pacientes, sumado a ello se asignan a estas profesionales actividades fundamentalmente administrativas.³¹

Ahora bien, esta condición, específicamente en lo relacionado con el número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, permite cumplir con la calidad y oportunidad de cuidado cuando se realiza una correcta asignación, pero, en caso de no tener en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y cuando no permita el control y disminución de los posibles riesgos, debe ser valorada a la hora de imputar responsabilidad deontológica, pues puede constituirse en una eximente de responsabilidad³², punto sobre el cual se hará referencia en el capítulo de aspectos sustanciales de la responsabilidad deontológica en enfermería.

c. Demostrar el desarrollo de acciones para formación continua del talento humano en salud.

La ley 1438 de 2011, indicó que el Gobierno Nacional tendría a su cargo, establecer los lineamientos para poner en marcha el Sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud, bajo las siguientes condiciones:

“... dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios.

³¹ Agencia de Noticias de la Universidad Nacional. El Espectador. Falta de enfermeros profesionales en Colombia pone en riesgo a los pacientes. 20 de Marzo de 2014. <https://www.elespectador.com/noticias/salud/falta-de-enfermeros-profesionales-colombia-pone-riesgo-articulo-482029> (último acceso: 5 de Junio de 2019).

³² Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 7

Concurrirán para este efecto las entidades territoriales, las sociedades científicas, los centros de formación, superior y media y los empleadores.”³³

Si bien se ha manifestado la importancia de realizar capacitación y actualización permanente del talento humano en salud, para la garantía de la calidad de la atención en salud, y para promover el crecimiento personal y profesional del personal de la salud³⁴, tal sistema, a la fecha no se ha implementado. Sin embargo, en 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social creó la Política nacional de Talento Humano en Salud, en la cual, entre otras, fija las siguientes bases y lineamientos para el desarrollo del Sistema de formación continua³⁵:

- Priorizar actividades requeridas para la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud.
- Privilegiar la autorregulación de las profesiones y especializaciones, frente a la regulación del estado,
- Facilitar el desarrollo de un esquema de “formación médica avanzada”
- Promover la adhesión del ejercicio profesional a los lineamientos de Guías de Práctica Clínica, normas técnicas y competencias aceptadas o adoptadas en el país, en el marco de la autonomía y la autorregulación profesional.

De lo anterior, vale la pena resaltar, que el Ministerio de Salud y protección social, específicamente la dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, al plantear estos lineamientos, pretende fortalecer la autonomía y autorregulación profesional, dándole a esta prioridad incluso sobre la regulación del estado, claro

³³ Congreso de la Republica. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 98.

³⁴ Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Minsalud. Política Nacional de Talento Humano en Salud. 10 de Julio de 2018. [En línea] <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>> [Citado el: 8 de junio de 2019].

³⁵ *Ibíd.* p. 50-51

está, en cuanto a la determinación de criterios y normas técnicas sobre oferentes, contenidos, evaluación y acreditación de la formación continua.

**d. Criterios relacionados con escenarios de practica formativa para:
Todos los servicios en el estándar talento humano.**

Ahora bien, el Manual define ciertos criterios, igualmente para “Todos los servicios”, específicos para escenarios de practica formativa, en torno al mismo estándar de Talento humano,³⁶ entre ellos se encuentran lo referente a la suscripción formal de los lineamientos de convenios docencia – servicio. Los convenios docencia – servicio, se encuentran regulados en el Decreto 2376 de 2010, allí se definen como “*acuerdo de voluntades suscrito entre las instituciones participantes en la relación docencia –servicio...*”³⁷, en estos documentos deben estar claras las condiciones, compromisos y responsabilidades de cada parte.

Otros de los criterios que además se relacionan con el literal *b* de este numeral, hacen referencia a, contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, y finalmente se establece que el prestador debe definir el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación por jornada teniendo en cuenta las mismas variables del literal *b*. Se considera que tienen una relación con el literal *b*, puesto que no es posible realizar las correspondientes actividades de supervisión si no se cuenta con el personal suficiente; de su parte el número de estudiantes, aunque tampoco cuenta con una regulación estricta, considera que los prestadores deberán definir ese número máximo, teniendo en cuenta la capacidad instalada, la relación oferta-demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.

³⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014. Ob. cit., p.23

³⁷ Ministerio de la Protección social. Decreto 2376 de 2010. Por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.

2.1.2.2. Infraestructura física

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en lo relacionado con su infraestructura física, se encuentran sometidas al cumplimiento de los requisitos establecidos en diferentes normas; la subdirección de infraestructura Física en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, elabora políticas y normas técnicas relacionadas con estos requisitos y a su vez brinda asesoría a las instituciones públicas que prestan servicios de salud.³⁸

Algunos de los requisitos de esta condición, se encuentran relacionados con la localización³⁹, aspectos netamente arquitectónicos que propenden por la disminución de toda clase de riesgos,⁴⁰ la organización de cada uno de los servicios hospitalarios, entre otros. Dando cumplimiento a lo estipulado por el párrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006⁴¹, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2003 de 2014 *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”*.

³⁸ Minsalud. Ministerio de Salud y Protección Social. 16 de Julio de 2019. [En línea] <<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/infraestructura-en-salud.aspx>> [Citado el: 16 de Junio de 2019].

³⁹ La Resolución 4445 de 1996 establece requisitos relacionados con la construcción y ubicación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales deben localizarse evitando cercanía de zonas de riesgo o zonas que generen focos de insalubridad e inseguridad. Esta Resolución, además establece los requisitos relacionados con la construcción para suministro de agua potable y para evacuación de residuos líquidos y sólidos, define las condiciones generales de piso, cielo raso, techos y paredes o muros, accesos, áreas de circulación, salidas, señalización y finalmente -en lo relacionado con estructura física- establece las características que se deben cumplir por áreas, indicando los espacios con los que se debe contar en cada una.

⁴⁰ La Resolución 5381 de 2013, regula lo relacionado con los plazos para las acciones de reforzamiento estructural que debe realizar todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, indicando además que estas deben cumplir con las normas de construcciones sismo resistentes teniendo con objetivo mitigar los riesgos; estos plazos de reforzamiento estructural habían sido definidos por el artículo 54 de la Ley 715 de 2001 y en el artículo 35 de la Ley 1151 de 2007.

⁴¹ “Artículo 6. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.”

Los Prestadores de Servicios de Salud para poder permanecer en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir, entre otras⁴², con una serie de condiciones tecnológicas y científicas, definiendo inicialmente los estándares de habilitación generales y posteriormente los estándares y criterios de habilitación por servicio, en cada uno de estos numerales, se encarga de definir en detalle los estándares relacionados con la infraestructura.

De acuerdo con el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud adoptado por la referida Resolución, algunos de los Criterios que se evalúan en el Estándar de Infraestructura y con los que deben contar Todos los servicios son: Condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección, para lo cual pisos, paredes y techos deben ser de fácil limpieza con buenas condiciones de presentación y mantenimiento; edificaciones de uso exclusivo para prestación de servicios de salud con áreas delimitadas físicamente y con aseo independiente para área asistencial. Instalaciones eléctricas en buenas condiciones y fuentes de energía suficientes de acuerdo a las necesidades de cada servicio; existencia de rampas o ascensores según el número de pisos, ascensores con espacio suficiente para maniobrabilidad en el transporte de pacientes en camilla o silla de ruedas; áreas de circulación sin obstáculos, escaleras o rampas con piso uniforme y material antideslizante, de preferencia con pasamanos a ambos lados; en accesos, áreas de circulación y salidas se debe evitar el cruce de elementos sucios y limpios, espacio dedicado al uso exclusivo de almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares; ambientes de aseo con poceta, punto hidráulico y área de almacenamiento de elementos de aseo; existencia de unidades sanitarias para personas con discapacidad.⁴³

⁴² En la Resolución 2003 de 2014 Artículo 3 se establecen como condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud: 3.1. Capacidad Técnico- Administrativa. 3.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera; y la que representa interés en esta condición que garantiza la autonomía del ejercicio de Enfermería: 3.3. Capacidad Tecnológica y Científica.

⁴³ El Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud, consagrado en la Resolución 2003 de 2014, hace referencia a múltiples criterios con los cuales deben cumplir los prestadores de servicios de

2.1.2.3. Dotación

De acuerdo con la Resolución 2003 de 2014, la dotación hace referencia a *“las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales”*.⁴⁴ Esta misma resolución establece los criterios, que respecto de este punto, deben cumplir todos los servicios. En ese sentido, todos servicios deben contar con equipos en condiciones técnicas de calidad y soporte técnico-científico, los cuales deben recibir el adecuado mantenimiento y revisiones periódicas, de acuerdo con las indicaciones de los fabricantes, aspectos que se encuentran en la hoja de vida de cada equipo; adicionalmente se establece que debe contarse con el personal capacitado para el mantenimiento de equipos biomédicos y sistema de gases medicinales.

Adicionalmente, se hace referencia a los criterios específicos para los servicios en los que se requieran, área para el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, sistemas centralizados de gases medicinales, carro de paro;⁴⁵ servicios donde se realicen procedimientos de sedación y servicios donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes.

2.1.2.4. Procedimientos técnico-administrativos

En la normatividad vigente, en el marco de la regulación de la prestación de servicios de salud, no hay una definición exacta para procedimientos técnico administrativos, sin embargo, si la hay para el concepto de Proceso Prioritario, entendido como *“la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con*

Salud. Los criterios nombrados en el texto son solo enunciativos pues fueron incluidos solo algunos de los cuales aplican para todos los servicios.

⁴⁴ Así la define el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud, consagrado en la Resolución 2003 de 2014.

⁴⁵ De acuerdo con el Manual, el carro de paro debe contar con equipo básico de reanimación, resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas y guía de intubación de adulto y/o pediátricas según oferta de servicios, desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión, entre otros.

*calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.*⁴⁶ En ese sentido, debe ser claro, que los servicios deben contar con la existencia de los principales procesos asistenciales, los cuales como indica la norma, deben ser socializados y se debe realizar gestión de cumplimiento de los mismos; esto con el fin de que la atención a los pacientes y en general la prestación de los servicios de salud sea de calidad, evitando los posibles riesgos.

En el ejercicio diario de los profesionales de enfermería, existen diferentes procesos asistenciales que se deben llevar a cabo, con el fin de dar cumplimiento a una atención de calidad. El acto de cuidado es el pilar fundamental de la enfermería, es esencia del ejercicio de la profesión, este, además de implicar un juicio de valor, implica un *“proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería”*⁴⁷. Este proceso dinámico que implica el acto de cuidado, debe ejecutarse por medio de procedimientos.

Vale la pena referirnos en este numeral, a la importancia del Proceso de Enfermería, al que se han referido diferentes teóricos y autores, el cual consiste en cinco etapas subsecuentes, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, son entonces, cinco etapas que se encuentran engranadas y relacionadas entre sí.⁴⁸ Lo ideal es que las actividades ejecutadas por los profesionales de enfermería cumplan con estas etapas de manera consciente, pues es una herramienta que facilita la garantía de calidad de los cuidados, donde el profesional analiza la situación del paciente integralmente y ello le permite orientar sus intervenciones, con base en sus conocimientos, en los protocolos de cada institución y la literatura científica. Como resultado de este proceso, se obtienen los

⁴⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014. Ob. Cit., p.,22

⁴⁷ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.639 de 6 de octubre de 2004. Artículo 3

⁴⁸ JIMENEZ DE ESQUENAZI, TERESA. Proceso de Enfermería: Una metodología para la Práctica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 1997. p.17

Planes de cuidado de enfermería⁴⁹ o también conocidos como Planes de atención de enfermería PAE.

2.1.2.5. Registros para el sistema de información

De conformidad con el Decreto único reglamentario del Sector Salud y Protección Social, los Sistemas de Información para la calidad deberán ser diseñados e implementados por el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo como objetivo estimular la competencia por calidad entre los diferentes agentes del sector⁵⁰. Estos Sistemas tienen como objetivos (i) Monitorear y hacer seguimiento de la calidad de los servicios, (ii) orientar el comportamiento de la población en la selección de prestadores de servicios de salud, (iii) contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad, y (iv) estimular la gestión de calidad basada en hechos y datos.⁵¹

Actualmente existen normas que regulan los Sistemas de Información para la Calidad, los cuales pretenden, realizar seguimiento y evaluación de la gestión calidad de la atención en salud, por medio del monitoreo de indicadores,⁵² y brindar información a los usuarios que les permita ejercer sus derechos, entre otros.⁵³ Existe también un Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), conformado por bases de datos y sistemas de información del Sector sobre oferta y demanda de servicios de salud, el SISPRO permite tener información de manera

⁴⁹ ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, COMISIÓN DE EDUCACIÓN. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Enfermería disciplina social y profesión liberal: desarrollo de las competencias del profesional de enfermería. Ministerio de Salud y Protección Social. [En línea] < https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Enfermería_Octubre2014.pdf > [Citado el: 31 de julio de 2019]. p., 20

⁵⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.1.5.1

⁵¹ *Ibíd.*, Artículo 2.5.1.5.2

⁵² En la Resolución 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, se establecen disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

⁵³ Minsalud. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema de Información para la Calidad. Agosto de 2019. [En línea] < <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistemade-informacion-para-calidad.aspx> > [Citado el: 4 de agosto de 2019].

oportuna y estandarizada para la toma de decisiones en el sector Salud y Protección social.⁵⁴

Es importante recalcar que, el análisis de estas condiciones, tiene como finalidad identificar cuáles son las condiciones básicas, para que el ejercicio de enfermería se lleve a cabo bajo la autonomía y condiciones de calidad⁵⁵, puede ser que por esto mismo, constantemente, se haga referencia a requisitos de calidad. Retomando el tema de los registros para el sistema de información y teniendo claro que existe un marco general de regulación al respecto, seguiremos al ámbito específico de enfermería, relacionado directamente con los registros de enfermería, los cuales, en gran medida, permiten determinar la existencia o ausencia de responsabilidad, pues en ellos deberá reposar todo el actuar, intervenciones y procedimientos, ejecutados por estos profesionales, durante la atención al paciente.

Los registros o notas de enfermería, constituyen la “*información detallada y precisa de la atención brindada a nivel asistencial y del registro de los cuidados brindados por parte del persona del Enfermería*”⁵⁶, en la ley de ética de enfermería se definen de manera más detallada como “*los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad*”⁵⁷, de esta definición se puede extraer, que los registros de enfermería, son transversales,

⁵⁴ Minsalud, SISPRO. Sistema Integrado de Información de la Protección Social. Agosto de 2019. [En línea] <<https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>> [Citado el: 4 de agosto de 2019].

⁵⁵ Condiciones consagradas en el artículo 3 de la Ley 911 de 2004.

⁵⁶ SUÁREZ, MARIELA. Registros de Enfermería como evidencia del cuidado. Ciencia e Innovación en Salud (Universidad Simón Bolívar) 1, n° 2 (2013): 128

⁵⁷ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Artículo 35

al estado de salud y la atención brindada por el personal de enfermería a sus sujetos de cuidado.

En las instituciones en las que el profesional de enfermería ejecute sus funciones, resulta indispensable, contar con formatos y medios de registro que respondan a las necesidades del servicio y a la complejidad del mismo; en todo caso, el profesional de enfermería deberá exigir o adoptar tales formatos, acogiendo las directivas institucionales o de autoridades competentes ⁵⁸.

Las características básicas de calidad, y la forma en la que deben realizarse los registros en la historia clínica, se encuentra definidos en la Resolución 1995 de 1999,⁵⁹ en la que se establece, que tanto profesionales, como técnicos y auxiliares, deben hacer sus registros bajo las características de Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad y Oportunidad; adicionalmente se establece que el diligenciamiento debe realizarse *“en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.”*⁶⁰

De forma muy similar se encuentra regulados de manera específica los registros de enfermería, veamos entonces de manera resumida, las características que deben tener los registros de enfermería teniendo en cuenta que estos hacen parte de la Historia clínica y que, en ese sentido, deben acogerse a la regulación de la misma.

⁵⁸ *Ibíd.* Artículo 37.

⁵⁹ Mediante la Resolución 839 de 2017, el Ministerio de salud y protección social, modificó lo referente a los tiempos de conservación de la historia clínica en el marco del proceso de gestión documental, lo referente a la custodia y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, ante la liquidación de una entidad o el cierre definitivo del servicio.

⁶⁰ Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen las normas para el manejo de la Historia Clínica. Diario Oficial 43655 del 5 de agosto de 1999.

Características básicas de los registros	
En la historia clínica según resolución 1995 de 1999⁶¹	De los registros de enfermería Ley 911 de 2004, Título III, Capítulo V⁶²
Integralidad	
	Veracidad
Secuencialidad	
Racionalidad científica	
Disponibilidad	
Oportunidad	
	Coherencia
Legibilidad	
Claridad	
Sin tachones	
Sin enmendaduras	
Sin intercalaciones o espacios en blanco	
Sin utilizar siglas	Sin utilizar siglas (pueden emplearse las siglas que estén internacionalmente aprobadas)
	Las correcciones necesarias se harán con la salvedad respectiva, manteniendo la secuencialidad
Cada anotación con fecha y hora en que se realiza	
Nombre completo y firma del autor	Nombre completo, firma y registro profesional del responsable

Tabla 2. Características básicas de los registros en la Historia clínica y de los registros de enfermería

Pese a no contar con la consagración explícita de: integralidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, en la regulación de la Ley 911 de 2004, los registros de enfermería deben contar con esas características, pues como ya se indicó, se encuentran inmersos entre la Historia Clínica y todos los registros en ella consagrados, deben contar con las características definidas en la Resolución 1995 de 1999.

⁶¹ *Ibíd.* Artículos 3, 4 y 5

⁶² *Ob. Cit.*, Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Artículo 38

2.1.2.6. Transporte

En varios de los servicios a los que se refiere el Manual anexo de la resolución 2003 de 2014, se hace referencia al criterio de “Transporte asistencial”, el cual se encuentra incluido, por lo general, en el estándar de Interdependencia y en otros en el de Dotación; de modo tal que los servicios que lo requieran, deberán contar con disponibilidad de transporte asistencial que se ajuste a las necesidades de cada servicio; otros servicios, como por ejemplo los relacionados con la especialidad de obstetricia consagran en su estándar de dotación, la obligación de contar con incubadoras de transporte⁶³; por ello se considera de manera general, que cada servicio debe contar con transporte que se ajuste a las necesidades específicas, tanto para hacer traslado de pacientes dentro de la misma institución prestadora de servicios de salud,⁶⁴ como para la remisión de pacientes a otras instituciones.

En este mismo sentido, en varios de los servicios consagrados en el Manual, se hace referencia la obligatoriedad de contar con transporte, como aspecto logístico, para el estándar de “Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos”, los cuales tienen exigencias relacionadas con el personal que manipula y transporta, en especial para los medicamentos, consagrando incluso prohibición expresa, de que los pacientes transporten medicamentos⁶⁵. Otros de los estándares que consagran criterios relacionados con el transporte, son los de Procesos prioritarios, y en esta oportunidad el criterio suele referirse a transporte de muestras, de lo cual, debe contarse también con protocolo⁶⁶.

Finalmente, respecto de esta condición que permite al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional y brindar una atención de calidad; el

⁶³ Ob. Cit., Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014., p. 102

⁶⁴ Los servicios que lo requieran, deberán contar con camillas de transporte, cilindros de oxígeno con carro de transporte, en casos más específicos se requerirán incubadoras, ventiladores y monitores de transporte, carros de transporte de materiales esteriles y contaminados, entre otros. Ob. Cit., Minsalud. Resolución 2003 de 2014.

⁶⁵ Ob. Cit., Minsalud. Resolución 2003 de 2014., p. 67

⁶⁶ Ob. Cit., Minsalud. Resolución 2003 de 2014., p. 79

Manual de la resolución 2003 de 2014 consagra el Servicio de “Transporte asistencial”, y lo clasifica en (i) transporte asistencial básico y (ii) transporte asistencial medicalizado, definiendo de la misma manera, los estándares y criterios con los que cada uno de ellos debe contar.⁶⁷

2.1.2.7. Comunicaciones

Esta condición, que de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 911 de 2004, permite al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional y brindar una atención de calidad, debe referirse a los sistemas de comunicación con los que deben contar todos los servicios; este criterio se encuentra en el estándar de infraestructura de Todos los servicios, en la Resolución 2003 de 2014, la cual también establece en el criterio de Dotación que todos los servicios deben contar con “*elementos para la comunicación externa e interna*”⁶⁸

De manera específica y explícita, se establece para el servicio de medicina nuclear, un criterio relacionado con el personal de enfermería, en el que cada habitación debe contar con “*sistemas que permitan la vigilancia y comunicación con enfermería*”⁶⁹. De la misma manera se tienen algunas condiciones específicas de equipos de comunicación de acuerdo con las necesidades de cada servicio⁷⁰

A pesar de referirse de manera específica a los equipos de comunicación con el personal de enfermería, únicamente para el servicio de medicina nuclear; todos los servicios y cada unidad, deberían contar con equipos ubicados al alcance del paciente, que le permiten comunicarse con el personal de enfermería, o solicitar su asistencia a la unidad, lo que permitiría reducir los riesgos de caídas y otros riesgos

⁶⁷ Ob. Cit., Minsalud. Resolución 2003 de 2014., p. 149. Numeral 2.3.2.8 Transporte asistencial

⁶⁸ Ob. Cit., Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014., p. 26

⁶⁹ *Ibíd.*, p. 61

⁷⁰ A modo de ejemplo: en Radioterapia se requiere video para la observación y comunicación por voz con el paciente; para los servicios de transporte asistencial básico, se requieren sistemas de comunicación de perifoneo, sistemas de comunicación de doble vía; en el servicio de Brigadas o jornadas se requieren adecuados sistemas de comunicación que permitan el seguimiento postoperatorio a los pacientes. En general los servicios que implican transporte de pacientes requieren de sistemas de comunicación con características específicas Ob. Cit., Minsalud. Resolución 2003 de 2014.

propios del estado de salud del paciente, pues el llamado puede realizarse en momentos en que se presenten síntomas de alarma, con los que se requiere inmediata intervención del personal de enfermería.

2.1.2.8. Auditoria de servicios

Todas las entidades prestadoras de servicios de salud, tienen la obligación de adoptar procesos de auditoría, y en ellos se debe verificar que la entidad cumpla con los estándares básicos del Sistema único de Habilitación. La auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) en Salud implica:

- “1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y mantener las condiciones de mejora realizadas.”⁷¹

Esta condición, que permite al personal de enfermería brindar una atención de calidad y ejercer su profesión de manera autónoma, resulta de suma importancia, pues por medio del primer nivel la auditoría, el autocontrol, el profesional de enfermería planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa; en el segundo nivel que corresponde a la auditoría interna, la institución realiza una evaluación sistemática, por medio de una instancia externa al proceso que se audita; finalmente el tercer nivel, la auditoría externa, corresponde a la evaluación llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada.⁷²

⁷¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Ob. cit., Artículo 2.5.1.4.1

⁷² *Ibíd.*, Artículo 2.5.1.4.2

2.1.2.9. Medidas de seguridad

Incluso al hablar de medidas de seguridad, como condición que permite al profesional de enfermería actuar con calidad en la atención y autonomía profesional, este concepto puede ser analizado desde diferentes puntos de vista.

En el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, las medidas de seguridad, son aquellas que tiene por objeto evitar la ocurrencia de situaciones que atenten contra la salud de las personas⁷³; si bien, esta es una definición aparentemente amplia, cuando la norma se refiere a cuales son las medidas de seguridad, solamente enuncia dos, las cuales corresponden a (i) *“la clausura temporal de la institución prestadora de servicios de salud, que podrá ser total o parcial [y (ii)] la suspensión total o parcial de trabajos o de servicios”*⁷⁴. Se refiere entonces a medidas que son aplicadas por la dirección departamental, distrital o municipal de salud, que adicionalmente traen consigo, la iniciación de un proceso sancionatorio⁷⁵.

De otra parte, y siendo más específicos, puede partirse del entendimiento de medidas de seguridad, como medidas que beneficien al personal de enfermería como tal, se puede acudir a la regulación en torno al Sistema de Gestión de la seguridad y Salud en el Trabajo, consagrada, entre otras, en el Decreto 1072 de 2015. Este sistema garantiza la aplicación de medidas de seguridad y salud en el trabajo, controla de manera eficaz los peligros y riesgos en el lugar de trabajo, y mejora las condiciones y el medio ambiente laboral.⁷⁶

El empleador tiene como obligación la protección y seguridad de sus trabajadores, en ese sentido, las instituciones en las que laboren los profesionales de enfermería, el empleador por medio de diferentes obligaciones a su cargo,

⁷³ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Ob. cit., Artículo 2.5.3.7.4.

⁷⁴ *Ibíd.*, Artículo 2.5.3.7.7.

⁷⁵ *Ibíd.*, Artículo 2.5.3.7.17.

⁷⁶ *Ibíd.*, Artículo 2.2.4.6.4.

deberá identificar los peligros, evaluar y valorar riesgos y establecer los respectivos controles, deberá proteger la seguridad y salud mediante mejora continua de Sistema, adicionalmente deberá cumplir con la normatividad nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales; todo ello en el marco de la ejecución de funciones que son ejecutadas por el personal de enfermería, en cada institución y en cada servicio.⁷⁷

Finalmente, respecto de esta condición, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, tiene a su cargo la función de establecer los criterios para asegurar condiciones laborales adecuadas, bienestar y seguridad en el ejercicio profesional, por lo que el empleador, debería también ajustarse a las condiciones definidas por este organismo, respecto del personal de enfermería.⁷⁸

Ahora bien, una vez revisada la noción de autonomía a la cual nos referimos en este acápite, habiendo identificado las condiciones o requisitos básicos indispensables, que permiten “*al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería*”⁷⁹, y teniendo claro que la autonomía adquirida por la enfermería, en su surgimiento como profesión en Colombia, es la que le ha dado la posibilidad de autorregularse; nos referiremos a las competencias de los profesionales de enfermería en Colombia, toda vez son estas las que constituyen .

2.1.3. Competencias y deberes de los profesionales de enfermería en Colombia

La ejecución de funciones autónomas del profesional de enfermería, surgen de las competencias otorgadas en el artículo 17 de la Ley 266 de 1996, las cuales, dan un amplio margen de actuación, caracterizado por el liderazgo de estos profesionales. En ese sentido, el profesional de enfermería puede ejercer

⁷⁷ *Ibíd.*, Artículo 2.2.4.6.7.

⁷⁸ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. *Óp. cit.*, Artículo 6, numeral 7.

⁷⁹ *Ob. Cit.*, Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Artículo 5

responsabilidades y funciones en diferentes campos de acción, entre ellos, el asistencial, el de gestión y administración, el de investigación y el de docencia, en los cuales no solo ejecutan funciones del ámbito práctico, sino que pueden también, brindar asesorías y consultorías al respecto. El profesional de enfermería puede asumir la dirección de servicios, instituciones y programas de atención; puede participar en la formulación de políticas, programas, planes y proyectos de salud, adicionalmente puede establecer y desarrollar políticas y modelos para los cuidados específicos de enfermería.⁸⁰

En este mismo sentido, resaltando el liderazgo requerido en el ejercicio de la profesión de enfermería, la Ley 266 de 1996, consagra los deberes del profesional de enfermería. El primero de los deberes establece, "*Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud*"⁸¹, como se puede apreciar, hace remisión a los principios generales y específicos que consagra la misma ley, entre los cuales se encuentran la integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad⁸².

De su parte el deber de "*Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia...*"⁸³ remite a los principios de la Ley 911 de 2004, la cual establece que la responsabilidad deontológica del profesional de enfermería debe estar orientada por los principios éticos de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad⁸⁴.

⁸⁰ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Ob. cit., Artículo 17

⁸¹ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Ob. cit., Artículo 20, numeral 1

⁸² Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Ob. cit., Artículo 2

⁸³ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Ob. cit., Artículo 20, numeral 3

⁸⁴ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 2

Adicionalmente, como un deber derivado de la atención integral, se hace referencia al deber de coordinación de su labor con otros profesionales del equipo de salud, en este caso se refiere a un equipo interdisciplinario, en el que podrán encontrarse, médicos de todas las especialidades, fisioterapeutas, profesionales de terapia respiratoria, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. Dado el deber de coordinar su labor con otros profesionales, el profesional de enfermería debe *“Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución”*⁸⁵.

Un deber que tiene una relación con el liderazgo y a su vez con la Condición de Auditoria de servicios, a la cual se hizo referencia en el anterior título, es el de *“Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición”*⁸⁶, el cual, en un orden lógico, debe implicar, la ejecución del primer nivel de auditoria, que consiste en la autoevaluación⁸⁷, solo de esta manera se puede iniciar el proceso que permita mantener la calidad de la atención; a su vez, este deber implica una gran responsabilidad del profesional de enfermería, el cual debe propender por la garantía de dos derechos fundamentales, el derecho a la salud, por medio de la calidad en la atención de enfermería, y el derecho a la igualdad⁸⁸, toda vez que debe garantizarse sin distinción alguna.

En el título anterior se hizo referencia a la condición de “requisitos básicos indispensables de personal”, sin embargo, y como ya se mencionó también, no existe en Colombia una regulación precisa en torno al número máximo de pacientes

⁸⁵ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Ob. cit., Artículo 20, numeral 4

⁸⁶ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Ob. cit., Artículo 20, numeral 2

⁸⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Ob. cit., Artículo 2.5.1.4.2

⁸⁸ “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.” ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. (1991). Constitución política de Colombia. Bogotá. D.C.: Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991. Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html . Artículo 13.

que debe tener a su cargo un profesional de enfermería, aun así, es deber de enfermería “ *Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad*”⁸⁹.

Aunque la norma no establece cual será el número exacto que permita conformar “*la planta de personal de enfermería*”, el profesional de enfermería deberá emplear las herramientas necesarias existentes, que permitan el cumplimiento de este deber, las cuales pueden ser tomadas de la misma Ley, acudiendo a los criterios y normas de calidad que establezcan la ANEC, ACOFAEN, el CTNE y los organismos gubernamentales⁹⁰.

Adicionalmente consiste en deber del profesional de enfermería, acorde a lo citado, velar por que se cuente con los recursos necesarios, esto se relaciona con todas las condiciones que fueron ya descritas, que además le permiten al profesional de enfermería actuar de manera autónoma y brindar una atención de calidad. Sin embargo, las condiciones para el ejercicio de la enfermería, no dependen únicamente de la intervención de estos profesionales, pues algunas de esas condiciones deben preexistir al actuar de enfermería, dependen de la institución como tal, en ese sentido ante el incumplimiento de alguna de esas condiciones, el profesional de enfermería tiene la obligación de “*informar por escrito a las instancias de enfermería y de control de la Institución y exigirá el cambio de ellas, para evitar que esta situación se convierta en condición permanente que deteriore la calidad técnica y humana de los servicios de enfermería.*”⁹¹

La importancia de identificar las competencias y deberes, radica en que el profesional de enfermería podrá determinar cuando son procedentes, desde un

⁸⁹ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Ob. cit., Artículo 20, numeral 5

⁹⁰ Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Ob. cit., Artículo 19, numeral 1

⁹¹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 5, Parágrafo

análisis ético y legal, las solicitudes de los pacientes, pues mientras no resulten procedentes, el profesional de enfermería debe analizar tal solicitud con el paciente y demás profesionales.⁹²

Finalmente, para concluir esta primera parte del acápite relacionada con la autonomía del ejercicio de enfermería en Colombia, se pudo evidenciar que, el profesional de enfermería tiene un amplio campo de acción, delimitado por las competencias otorgadas por la ley, a su vez, tiene a su cargo una serie de deberes que se encuentran directamente relacionados con la calidad de la prestación de los servicios de salud, pero todas las funciones que ejecuten en el marco de sus competencias y con el fin de dar cumplimiento a sus deberes, deben circunscribirse a las condiciones que le permiten actuar con autonomía y prestar un servicio de calidad.

2.2. LA RELACIÓN INTERDEPENDIENTE DE ENFERMERÍA CON SUS COLEGAS Y CON OTROS PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD

Desde la Ley 266 de 1996 y la Ley 911 de 2004⁹³, se establecen deberes a los profesionales de enfermería, en torno a las relaciones con el equipo interdisciplinario de la salud. Comúnmente se conoce como equipo de salud, o equipo interdisciplinario en salud, a aquel integrado por médicos, profesionales de enfermería, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, fisioterapeutas, farmacéuticos y asistentes sociales⁹⁴, entre otros.

La agremiación en los profesionales de enfermería, como se pudo apreciar en el primer capítulo, ha constituido un pilar fundamental para el desarrollo de la profesión. Las relaciones entre colegas deberían estar enfocadas en fortalecer la profesión y resaltar las fortalezas de los demás profesionales; no deben entonces

⁹² Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 16

⁹³ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Título III, Capítulo II

⁹⁴ DA COSTA, SANDRA, y MARIA TREVIZAN. Los roles profesionales de un equipo de salud: La visión de sus integrantes. RLAE. Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol. 15, No. 1. enero-febrero 2007. p, 2

buscarse beneficios individuales a nivel profesional, basados en la exaltación de limitaciones, deficiencias o fracasos de los colegas, mucho menos deben realizarse calumnias o falsos testimonios, todo ello se considera competencia desleal,⁹⁵ la que resulta perjudicial para el desarrollo de la profesión.

El profesional de enfermería debe abstenerse de indicar a los pacientes o familiares, *“pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales. La violación de este artículo puede constituirse en falta grave.”*⁹⁶ Con toda razón se puede constituir en falta grave; realizar pronósticos de las decisiones de otros profesionales, implica que los pacientes pierdan confianza en el equipo de salud y se rehúsen a recibir los tratamientos, puede afectar la percepción de la atención y a su vez la calidad del mismo. Con base en las mismas razones, el profesional de enfermería tiene prohibido *“censurar o descalificar las actuaciones de sus colegas y demás profesionales de la salud en presencia de terceros”*⁹⁷.

El profesional de enfermería, de acuerdo con las competencias enunciadas en el acápite anterior, coordina su labor con la de los demás profesionales del equipo de salud, labor que, para ciertas funciones, implica delegar actividades de cuidado y en otras ocasiones, dar cumplimiento a las prescripciones de otros profesionales, en ambos casos, se deben tener en cuenta, las condiciones a las que debe ajustarse el profesional de enfermería, por lo que se mencionarán a continuación.

2.2.1. Facultad del profesional de enfermería de delegar funciones y los deberes respecto de los auxiliares de enfermería

De acuerdo con Potter, la facultad de delegar, es entendida como *“la transferencia de la responsabilidad del cumplimiento de una actividad, conservando*

⁹⁵ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 21

⁹⁶ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 15

⁹⁷ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 20

*el deber de rendir cuentas sobre el resultado*⁹⁸, en este caso, el profesional de enfermería, transfiere la responsabilidad de cumplir una actividad de cuidado a los auxiliares de enfermería. Sin embargo, hay un aspecto criticable en esta noción planteada por el autor, al menos bajo el entendido de las obligaciones de enfermería en Colombia, a la que se hace referencia en seguida.

De acuerdo con la Ley 911 de 2004, el profesional de enfermería no garantiza la calidad de los resultados de su intervención, puesto que el ejercicio de enfermería implica obligaciones de medio, mas no de resultado⁹⁹; en ese sentido, la segunda parte de la noción dada por Potter, es errada, pues el profesional de enfermería no responde del resultado de la actividad, es decir no conserva esa responsabilidad de rendir cuentas del resultado; en este caso lo correcto sería afirmar que lo que se conserva, es el deber de rendir cuentas sobre el proceso de la ejecución de la actividad de cuidado.

De manera previa a la delegación de actividades de cuidado, el profesional de enfermería debe analizar circunstancias de tiempo, modo y lugar, de modo tal que pueda determinar, que con la delegación, no se pone en riesgo la integridad física o mental de los pacientes; una vez hecha la delegación, el profesional de enfermería debe ejercer supervisión sobre la actividad delegada.¹⁰⁰ Como se puede apreciar, no es entonces una actividad deliberada de desprendimiento de funciones propias; el profesional de enfermería tiene el deber ético de determinar que la delegación no llegue a implicar un perjuicio para los sujetos de cuidado, es por ello que hay funciones que en definitiva no deben ser delegadas.

Adicionalmente, en esta relación, el profesional de enfermería, tiene el derecho y la responsabilidad de *“definir y aplicar criterios para seleccionar, supervisar y evaluar el personal profesional y auxiliar de enfermería de su equipo*

⁹⁸ POTTER, PATRICIA; PERRY, ANNE. Fundamentos de enfermería. Quinta edición. Barcelona: Harcourt, 2002.

⁹⁹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 11

¹⁰⁰ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 8

*de trabajo, para asegurar que este responda a los requerimientos y complejidad del cuidado de enfermería*¹⁰¹, con justa razón se ha delegado esta facultad, en la doble dimensión de derecho y responsabilidad; si al profesional de enfermería se le exige supervisión de las actividades de cuidado que puede delegar, entonces resulta lógico, que pueda y deba exigir idoneidad del personal auxiliar de enfermería. Ahora bien, respecto del personal profesional, el profesional de enfermería que dirige y coordina servicios, debe contar con esta facultad, pues el correcto funcionamiento del todo sistema de salud, tiene como fundamento el talento humano, a través del cual se garantiza el derecho a la salud y acceso a servicios de calidad en salud.¹⁰²

En conclusión, respecto de la relación del profesional de enfermería con el personal auxiliar de enfermería, se debe destacar la posibilidad de delegar ciertas actividades de cuidado, la cual debe tener una previa valoración en la que se determine la posibilidad de delegar, siempre y cuando se propenda por la prevención de riesgos para los pacientes. En la delegación, el profesional de enfermería debe ejercer supervisión; contando con el derecho y la responsabilidad, de aplicar criterios para seleccionar el personal, para que este responda por requerimientos de acuerdo a la complejidad de cada servicio.

2.2.2. Deberes entorno a las prescripciones médicas

En la relación de los profesionales de enfermería con los médicos, existen también obligaciones específicas, en este caso, en torno a las prescripciones médicas. Una de las actividades de cuidado de enfermería en el área asistencial, consiste en la administración de medicamentos para los cuales este autorizado mediante protocolos establecidos por la autoridad competente; sin embargo, el profesional de enfermería en Colombia, no se encuentra habilitado para realizar prescripción de medicamentos, por ello para la administración de medicamentos,

¹⁰¹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 8, Paragrafo

¹⁰² ORTIZ, LUIS; CUBIDES, JOSÉ; RESTREPO, DIEGO. Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. Monitor Estratégico. Ministerio de Salud, n° 4. julio-diciembre 2013. p.63

deberá exigir “*la correspondiente prescripción médica escrita, legible¹⁰³, correcta y actualizada*”¹⁰⁴, siendo así, vale la pena plantear algunas preguntas ¿puede entonces el profesional de enfermería recibir prescripciones médicas indicadas únicamente de manera verbal?

La administración de medicamentos ha constituido una de las principales causas de eventos adversos en las instituciones prestadoras de servicios de salud¹⁰⁵, razón por la cual, resulta de gran importancia la consagración de deberes específicos de esta actividad.

Además de las exigencias en la elaboración de la prescripción médica, es posible que el profesional de enfermería con base en su conocimiento técnico y científico considere, que como consecuencia de la prescripción se pueda causar daño o someter a algún riesgo injustificado al paciente, en este caso el profesional de enfermería tiene el deber de comunicarse con el profesional que emitió la prescripción, manifestar los fundamentos de su preocupación y discutir las dudas que la prescripción haya generado. Ahora bien, si el profesional que emitió la prescripción no realiza cambios en la misma, el profesional de enfermería “*actuará de acuerdo con su criterio: bien sea de conformidad con el profesional o haciendo uso de la objeción de conciencia, dejando siempre constancia escrita de su actuación.*”¹⁰⁶. Representa gran relevancia la objeción de conciencia, como vía u opción de actuar de los profesionales de enfermería.

¹⁰³ Hoy en día en la mayoría de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se cuenta con registros digitalizados, sin embargo, en los casos en que la prescripción se deje escrita a mano la letra, debe ser legible eso es, “Que se puede leer.” Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [En línea] <<https://dle.rae.es/?id=N4WdsDV> > [Citado el: 22 de julio de 2019]

¹⁰⁴ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 13

¹⁰⁵ MINSALUD. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. Paquetes instruccionales. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Vers. 2. minsalud.gov.co. 22 de octubre de 2013. [En línea] <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf> > [Citado el: 31 de julio de 2019].

¹⁰⁶ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 22

Pese a encontrarse en una actuación dependiente, en la cual, el acto de cuidado de la administración de medicamentos depende de la prescripción médica, el profesional de enfermería conserva su autonomía profesional, y debe demostrar siempre criterios propios y fundamentados al realizar el acto de cuidado¹⁰⁷.

2.3. CONCLUSIÓN PREVIA: LOS DEBERES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN TORNO A LA AUTONOMÍA Y LA INTERDEPENDENCIA

La noción de autonomía de los profesionales de enfermería, como la posibilidad de ejecutar funciones sin depender de nadie para ejecutarlas y como la capacidad de autorregulación, donde el profesional de enfermería se encuentra sometidos a su propia legislación, resulta ser un tema que se relaciona estrechamente con el objeto de estudio, toda vez que ello es lo que contiene el código deontológico, la autorregulación de la profesión.

El profesional de enfermería acepta y se somete a las normas de la deontología, gracias a otro de los elementos de la autonomía, y es que esa autorregulación es resultado de los conocimientos adquiridos en su formación, poseen la facultad de razonar y formarse una idea de las normas que aceptan y comprenden de manera reflexiva. No es entonces una vana imposición, sino que resulta ser una finalidad conjunta de los profesionales, con la que se protege a la profesión misma.

Ahora bien, tal como se enunció existen ciertas condiciones¹⁰⁸, con las cuales el profesional de enfermería puede actuar de manera autónoma y brindar una

¹⁰⁷ ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, COMISIÓN DE EDUCACIÓN. MINISTERIO DE SALUD Y PRTECCIÓN SOCIAL. Ob. Cit. p., 16

¹⁰⁸ Tales condiciones se encuentran enumeradas en el código deontológico de enfermería. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 5 “Entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, registro para el sistema de información, transporte, comunicaciones auditoría de servicios y medidas de seguridad que le permitan al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería.”

atención de calidad, de modo tal que si alguna de estas condiciones no se cumple puede que la atención del profesional de enfermería se vea deteriorada, no es autónoma y puede que afecte la calidad.

Uno de los deberes del profesional de enfermería consagrados en el código deontológico, consiste en informar el déficit en alguna de las condiciones que le permiten brindar una atención de calidad y actuar con autonomía, por tanto en caso de que el profesional de enfermería cumpla con su deber de informar y aun así, las condiciones no cambien, dado que no siempre están bajo su esfera de control, el profesional de enfermería no debería ser declarado como responsable deontológicamente, pues puede que dependa de la institución en la que se desempeñe.

Al actuar de manera interdisciplinaria el profesional de enfermería puede de una parte delegar actividades de cuidado-a los auxiliares de enfermería- o dar cumplimiento a prescripciones de otros profesionales. En ambos casos el profesional de enfermería, lleva consigo el deber de diligencia, toda vez que se encuentra obligado respecto de los medios, más no de los resultados. Se hizo referencia a estos tipos de relación de los profesionales de enfermería, toda vez que unas y otras implican deberes específicos, los cuales se encuentran consagrados en el código deontológico, y en los cuales según sea el caso el profesional de enfermería puede encontrar justificación de su actuación. Justificación que como se verá más adelante, toma relevancia al analizar uno de los elementos de la responsabilidad deontológica.

Si bien el profesional de enfermería, debe dar cumplimiento a las prescripciones médicas, en cuanto a la administración de medicamentos, ello no quiere decir que allí pierda su autonomía, al contrario, en caso de considerar que la prescripción médica no es acertada, el profesional de enfermería tiene la opción de informarlo y posteriormente de rehusarse a ejecutarla. En todo caso, la actuación el

profesional de enfermería deberá conservar la debida prudencia y diligencia, so pena de encontrarse responsable en un proceso ético disciplinario.

Finalmente, se concluye que la profesión de enfermería se autorregula por medio de la Ley 911 de 2004, ello como muestra de su autonomía, pero solo es totalmente autónomo aquel profesional de enfermería que cuenta con todas las condiciones que le permiten ejecutar un cuidado de calidad. Por tanto, el profesional de enfermería que no cuente con estas condiciones, deberá informarlo por escrito para encontrar así, un actuar acorde a la deontología.

Adicionalmente, dentro del ejercicio autónomo e interdependiente, el profesional de enfermería cuenta con diferentes deberes a su cargo, es por ello que su actuar se encuentra matizado por el tipo de función que se encuentre ejecutando. Todos estos aspectos deben ser tenidos en cuenta en la valoración, para determinar la existencia de responsabilidad deontológica disciplinaria.

3. ASPECTOS SUSTANCIALES DE LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DISCIPLINARIA DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA

En este capítulo se desarrollarán los aspectos sustanciales para la determinación de la responsabilidad deontológica. En una primera parte, se identificarán los conceptos que resultan relevantes para la comprensión del tema objeto de estudio; posteriormente, teniendo en cuenta el contenido de estos conceptos y los aspectos contenidos en la Ley 911 de 2004, se identificarán y desarrollarán los elementos de la responsabilidad deontológica de los profesionales enfermería en Colombia.

3.1. CONCEPTOS RELEVANTES DE LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DISCIPLINARIA DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA

La comprensión de los aspectos sustanciales de la responsabilidad deontológica y régimen disciplinario de la enfermería en Colombia, debe partir de la identificación y desarrollo de conceptos relevantes relacionados con este tema. La deontología, el régimen disciplinario, la responsabilidad y específicamente la responsabilidad deontológica, serán los conceptos que constituyen el eje central del objeto de estudio, razón por la cual, serán desarrollados a continuación.

3.1.1. Deontología

Antes de acudir a la definición de deontología, es importante hacer referencia a los conceptos de ética y deontología, toda vez, que en la literatura que aborda el tema objeto de estudio, se suelen usar de manera indistinta. Desde el mismo título de la Ley 266 de 2004, se establece la noción de “*responsabilidad deontológica*”. Sin embargo, en diferentes artículos, se hace referencia a “*procesos disciplinarios ético-profesionales*”¹ y “*proceso deontológico-disciplinario profesional*”² para

¹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 39 y 40

² Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 45 y 46

significar el mismo proceso. Surge entonces la duda, de si ética y deontología son lo mismo, o cual es la relación que hay entre estos dos términos, en este contexto.

La ética, puede ser entendida como “*El conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida*”³. Siendo específicos, se podría afirmar que la ética, en el ejercicio de la enfermería, corresponde al conjunto de normas morales que rigen su conducta en el ámbito específico del ejercicio de la profesión. Esta noción básica de ética, resulta de utilidad para la comprensión de una ética profesional.

En la ética kantiana, se encuentra una clara relación de la ética con la deontología, toda vez que para Kant, el motivo de la acción moral se encuentra en el concepto del **deber**, y en ese sentido “*la ética kantiana se caracteriza como una teoría moral deontológica*”⁴

La deontología, al igual que el consecuencialismo, es un tipo de teoría o estructura ética.⁵ Estas distintas teorías o estructuras, implican un resultado diferente en la valoración moral de lo que es correcto. La teoría que resulta de interés, para el objeto de estudio de la presente tesis, es la estructura o teoría ética de la deontología, la cual encuentra su eje central en “*los principios de acción, en las obligaciones que pesan sobre el agente moral (por ejemplo, decir la verdad)*”⁶.

De acuerdo con lo anterior, el agente moral en este caso, es el profesional de enfermería, el cual tiene a su cargo una serie de obligaciones, basadas en unos principios de acción, y en estos tiene sustento la deontología de la profesión de enfermería. Todo ello tiene un sentido concordante y nos lleva a la definición de deontología. “*La deontología o teoría deontológica se puede considerar como una*

³ <https://dle.rae.es/?id=H3y8IjjH3yay0R>

⁴ IRACHETA, FRANCISCO. Deber y finalidad en la ética de Kant. *Theoria*. Revista del Colegio de filosofía, nº 18 (2007). p.166

⁵ CEJUDO, RAFAEL. Deontología y consecuencialismo: un enfoque informacional. *Crítica*. Revista Hispanoamericana de Filosofía Vol.42, nº 126 (diciembre 2010). p, 4

⁶ *Ibíd.*

*teoría ética que se ocupa de regular los deberes, traduciéndolos en preceptos, normas morales y reglas de conducta*⁷.

Con esta definición de deontología, y con lo previamente enunciado sobre la ética, es posible afirmar que la relación entre ética y deontología es una relación de género y especie, donde la ética puede considerarse el género y la deontología una especie, que es realmente una teoría de la ética, como otras que existen.

En ese sentido, cuando en el contexto del tema objeto de estudio, se hace referencia de manera indistinta a **ética-profesional** y **deontología**, no resulta ser un desacuerdo, pues en ambos casos el objeto de estudio corresponde al mismo, que sería el conjunto de deberes morales de una determinada profesión. Para dar mayor sentido a esta afirmación queda referirnos más específicamente al concepto de deontología, desde su origen.

El concepto de deontología, adoptado por Jeremy Bentham en su obra "*Deontología o ciencia de la moral*", es entendido por este autor como "*la ciencia de los que es bien o conveniente*"⁸. "*La palabra deontología deriva de dos vocablos griegos, τὸ δέον (lo que es conveniente) y λογία (conocimiento); que es como si dijéramos, el conocimiento de lo que es justo y conveniente. Este término aquí se aplica a la moral, es decir a aquella parte del dominio de las acciones que no está bajo el impero de la pública legislación.*"⁹

Bentham afirmó que la deontología se aplica a la moral, y que la moral hace parte de las acciones que no se encuentran bajo el dominio del imperio de la legislación. Sin embargo, vale la pena resaltar que múltiples normas morales se han consagrado en leyes, ejemplo de ello es el código deontológico de enfermería,

⁷ UNION PROFESIONAL. Deontología profesional: los códigos deontológicos. unionprofesional.com. s.f. http://www.unionprofesional.com/estudios/DeontologiaProfesional_Codigos.pdf (último acceso: 15 de octubre de 2019).

⁸ BENTHAM, JEREMIAS. Deontología o ciencia de la moral. Obra póstuma de Jeremías Bentham. Revisada y ordenada por M.J. BOWEING y publicada en francés sobre el manuscrito original. Traducida al español por D. P. P. TOMO 1. Valencia: Librería de Mallen y sobrinos en frente de San Martín, 1836. p,50

⁹ *Ibíd.* p. 19

consagrado en la Ley 911 de 2004 y los múltiples códigos deontológicos existentes de diferentes profesiones.¹⁰

En los códigos deontológicos se establecen deberes morales - los que se tendrían en estas leyes como supuestos de hecho-, a su vez se establece el régimen disciplinario ante el incumplimiento de alguno de esos deberes –lo que debe ser entendido como consecuencias jurídicas-; luego entonces, la deontología profesional y la autorregulación de las profesiones, al poner los deberes morales de una profesión en una ley, ha consagrado preceptos que no se encontrarían “*bajo el dominio del imperio de la legislación*” en normas del derecho positivo.

Ahora bien, la relación entre la deontología y la moral es indiscutible, las normas deontológicas se encargan de generar un constreñimiento a los sujetos de una determinada profesión, para el cumplimiento de las normas morales que ellos mismos han adoptado. La norma deontológica “*impone el deber de actuar de acuerdo con los principios de la naturaleza de su profesión, pero en muchas ocasiones le vincula asimismo jurídicamente mediante la amenaza de sanciones disciplinarias.*”¹¹

En el diccionario de la Real Academia Española se define la deontología como “*1. f. Parte de la ética que trata de los deberes, especialmente de los que rigen en una actividad profesional. 2. f. Conjunto de deberes relacionados con el ejercicio de una determinada profesión.*”¹² En estas definiciones, se tienen a los deberes como el eje central, y de manera más específica los deberes de una determinada

¹⁰ Algunas de las profesiones del área de la salud, que cuentan con un código en el que se recopilen los deberes morales atinentes al desarrollo de las actividades de su profesión, en Colombia son: medicina (Ley 23 de 1981), odontología (Ley 35 de 1989), medicina veterinaria y zootecnia (Ley 576 de 2000), optometría (Ley 650 de 2001), terapia ocupacional (Ley 949 de 2005), psicología (Ley 1090 de 2006), terapia respiratoria (Ley 1240 de 2008), entre otras.

¹¹ LÓPEZ, JOSE; APARIS, ANGELA. Aproximación al concepto de deontología (I). Revista Persona y Derecho, nº 30. 1994. p., 171

¹² Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [En línea] <https://dle.rae.es/?id=CESMXhy> [Citado el: 15 de agosto de 2019].

profesión; faltando la precisión de establecer, que se trata de **deberes morales** de una determinada profesión.

Con lo anterior, se puede afirmar entonces que, en el marco de las profesiones, la deontología es la ciencia que estudia los deberes morales de una determinada profesión. Adicionalmente, de acuerdo con lo que se ha afirmado en el capítulo anterior respecto de la noción de autonomía profesional, se puede afirmar que, en ejercicio de esa autonomía, los profesionales de enfermería crearon un cuerpo normativo que consagra los deberes morales de la profesión, no solo con el objetivo de crear “*advertencias para evitar infracciones, sino [también,] continuas sugerencias para llegar a un ejercicio clínico de excelencia*”¹³, y no solamente en el ámbito clínico, pues debe aplicarse en todos y cada uno de los roles de acción de los profesionales de enfermería.

3.1.2. Régimen disciplinario - sancionatorio

En este numeral se realizará una revisión del concepto de régimen disciplinario, ya que es una de las partes integrantes de la Ley 911 de 2004. Después de establecer lo referente a los deberes deontológicos de la profesión de enfermería, la citada Ley establece lo referente al proceso deontológico disciplinario profesional¹⁴, dentro del cual, en su parte final tras identificar la existencia de la falta deontológica, se impone la correspondiente sanción. Por lo anterior, resulta relevante hacer referencia al derecho sancionatorio.

“El derecho sancionador es una categoría jurídica amplia y compleja, por la cual el Estado puede ejercer un derecho de sanción o *ius puniendi*, destinado a reprimir conductas que se consideran contrarias al Derecho, es decir, a los derechos y libertades u otros bienes jurídicos protegidos. Dentro de sus manifestaciones, se han distinguido de un lado el derecho penal delictivo, que por lo mismo que está

¹³ CIA, PEDRO, y Ma.TERESA DELGADO. Las relaciones entre profesionales en los códigos de deontología de diversas profesiones de la salud. Cuadernos de Bioética 29, n° 97, 2018. p., 278

¹⁴ Ley 911 de 2004. Ob. Cit. Título V

encaminado a proteger bienes jurídicos más preciados para el ordenamiento admite la punición más severa, y de otro, los que representan en general poderes del Derecho administrativo sancionador, como es el caso del contravencional, del disciplinario y del correccional, en el que el derecho disciplinario procura asegurar el cumplimiento de deberes y obligaciones por parte de servidores públicos o profesionales de determinadas profesiones como médicos, abogados o contadores.”¹⁵

Teniendo en cuenta esta definición, se extraerán los elementos que resultan de interés de acuerdo con el tema objeto de estudio.

Si bien es cierto, que la potestad sancionadora se encuentra en cabeza del estado, es también cierto, que existen algunas autoridades administrativas e incluso particulares a los cuales se les han delegado estas funciones, ello con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento del aparato estatal¹⁶, tal es el caso del Tribunales éticos de enfermería, los cuales “*están instituidos como autoridad para conocer los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la profesión de enfermería en Colombia, sancionar las faltas deontológicas establecidas en la presente ley y dictarse su propio reglamento.*”¹⁷

En la sentencia de constitucionalidad C-762 de 2009, se hace referencia a las conductas que son sancionables, siendo aquellas contrarias al Derecho, derechos, libertades u otros bienes jurídicos. Sin duda alguna, incurrir en las faltas descritas en el código deontológico de enfermería, afecta derechos y libertades de los sujetos de cuidado e incluso del colectivo y la ética de la profesión.

¹⁵ CORTE CONSTITUCIONAL. (29 de Octubre de 2009). Sentencia C-762 de 2009. MP: Juan Carlos Henao Perez. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co, Referencia: expediente D- 7607. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/C-762-09.htm>

¹⁶ SUÁREZ, D., MEJÍA, P., & RESTREPO, L. Procedimientos administrativos sancionatorios. Opinión jurídica, Enero-Junio de 2014. 13(25), p., 141

¹⁷ Ley 911 de 2004. Op. Cit, Artículo 39

Otro aspecto a tener en cuenta en el extracto de la citada sentencia, es el referente a las diferentes formas de derecho sancionador, de un lado el derecho penal y de otra parte el derecho administrativo sancionador, siendo este último el que resulta de interés para el objeto de estudio. Dentro del derecho administrativo sancionador, hay también diferentes ramas, la que nos resulta relevante es la del derecho disciplinario, en el cual como se indica en la sentencia, se procura asegurar el cumplimiento de deberes de la profesión, en este caso, de la profesión de enfermería.

Hasta aquí, respecto de la definición de régimen disciplinario sancionatorio, en el contexto de la responsabilidad deontológica de los profesionales de enfermería, se puede afirmar que: El régimen disciplinario sancionatorio hace parte de la amplia y compleja categoría del derecho sancionador y específicamente al derecho administrativo sancionador, en el cual la potestad sancionatoria que se encuentra en cabeza del estado, es delegada a algunos particulares, en este caso, a los Tribunales de ética de enfermería, los cuales podrán imponer sanciones cuando el profesional de enfermería incurra en una falta a los deberes deontológicos.

3.1.3. Responsabilidad deontológica

Se partirá de la identificación de nociones básicas de responsabilidad, para posteriormente desarrollar la definición y objeto de la responsabilidad deontológica. Inicialmente, se acude a las definiciones contenidas en el Diccionario de la Real Academia Española que guardan relación con el tema en estudio, toda vez, que acudir desde el inicio, a una definición jurídica de responsabilidad, puede implicar yerros en la comprensión de la responsabilidad deontológica, ello teniendo en cuenta, que la definición de responsabilidad cuenta elementos diferenciadores en las distintas ramas del derecho, puesto que, existe responsabilidad civil, responsabilidad penal y responsabilidad administrativa.

De acuerdo con lo descrito, en el marco legal, el profesional de enfermería puede verse implicado como responsable, en procesos de responsabilidad penal, en procesos de responsabilidad civil y en procesos de responsabilidad contencioso-administrativa¹⁸, adicionalmente puede estar inmerso en procesos disciplinarios por responsabilidad deontológica.

La responsabilidad puede entenderse como “*Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal*”¹⁹. En esta definición se hace remisión a aspectos jurídicos, incluso, se amplía el espectro de las causas que dan origen a la responsabilidad como obligación de reparar, incluyendo “*otra causa legal*”. En síntesis, esta definición comprende a la responsabilidad como deuda u obligación de reparar.

Podría pensarse que la citada definición se ajusta a la responsabilidad deontológica, al incluir “*otra causa legal*”, comprendiéndola como faltas incluidas en la Ley 911 de 2004; sin embargo, no resulta procedente comprender de esta manera la responsabilidad en materia deontológica, ya que no es su objeto reparar las consecuencias de las faltas. La obligación de reparar, o también conocida como función resarcitoria es fundamental pero en otro ámbito, en el ámbito de la responsabilidad civil, donde se “*responde a una necesidad que se podría decir lógica, de devolver a la víctima lo que ha perdido...*”²⁰. El objetivo de la responsabilidad deontológica será estudiado más adelante.

En otra definición, se tiene a la responsabilidad como “*Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado*”²¹, esta es una noción amplia, en la que en síntesis, la responsabilidad resulta ser una

¹⁸ NAVARRO, ROMAN. El ejercicio profesional y la responsabilidad penal, civil, administrativa y ética disciplinaria derivada de su ejercicio. *Gestión* 14, nº 1 (Primer Semestre 2006): 11-54.

¹⁹ Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [En línea] <<https://dle.rae.es/?id=WCqQQIf>> [Citado el: 1 de agosto de 2019].

²⁰ CORTÉS, EDGAR. Responsabilidad civil y daños a la persona. El daño a la salud en la experiencia italiana ¿un modelo para América Latina? Primera. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2009. p.,62

²¹ *Ibíd.*

carga u obligación moral. En este caso las causas que originan esa responsabilidad, es decir la carga u obligación moral, son derivadas del yerro en cosa o asunto determinado. Puede entonces pensarse, que el yerro en asuntos de ética de enfermería, genera como resultado una carga u obligación moral; por lo que es una definición general de responsabilidad que se ajusta en mayor medida al tema en estudio.

Ahora, resulta indispensable tener una noción de la responsabilidad deontológica. En el marco de la enfermería en Colombia, la responsabilidad deontológica es aquella que se origina en la acción u omisión en la práctica de enfermería, con la que se incurra en las faltas deontológicas consagradas en el Código deontológico de la profesión, las cuales traerán como consecuencia la carga de una sanción. Esta definición surge de la lectura de las normas propias de la Ley 911 de 2004²², comúnmente conocida como Ley de ética o Código deontológico de enfermería.

En el encuentro de los Tribunales seccionales de ética médica que se llevó a cabo en Bogotá, en el año 1993, Alfonso Tamayo²³ recordó los diferentes tipos de responsabilidad a los que se puede enfrentar el médico en su ejercicio, y de manera residual se refirió a la responsabilidad disciplinaria ética-profesional.

“...cuando un paciente o sus responsables no tiene interés en involucrar a una clínica o al médico tratante en un proceso de responsabilidad civil, ni pretenden que éste último se vea comprometido en un proceso penal y solo, en presencia de un efecto adverso o una molestia, incomodidad o daño producidos por un acto médico, buscan para él una sanción ejemplarizante, caso en el cual deberá instaurarse un proceso disciplinario ético-profesional ante un Tribunal de ética Médica”²⁴

²² La definición se extrae de lo consagrado específicamente en los artículos 39 y 42 numeral primero. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit.

²³ Corredactor de la Ley 23 de 1981

²⁴ TAMAYO, ALFONSO. Ética médica y responsabilidad legal. Editado por Tribunal Nacional de Ética Médica. Ética y responsabilidad en medicina. Santafé de Bogotá. Giro Editores Ltda., 1994. p., 60.

En ese sentido, para Tamayo la responsabilidad ética-disciplinaria de los médicos, surge cuando la víctima “no quiere” ir por la vía de la responsabilidad civil, ni de la responsabilidad penal, pero, aun así, quiere que haya una “*sanción ejemplarizante*”. Es entonces una forma residual, de comprender la responsabilidad ética-disciplinaria. De otra parte, para el autor, el acto médico objeto de estudio para la declaratoria a la responsabilidad ética disciplinaria, debe haber generado “*un efecto adverso, molestia, incomodidad o daño*”, pues manifestó que “*solo en presencia*” de alguna de estas situaciones, se busca la sanción ejemplarizante, aspecto que será cuestionado, al referirnos a los elementos de la responsabilidad deontológica, en el siguiente acápite.

Otra forma de entender la responsabilidad deontológica, puede ser por medio de su objeto. La responsabilidad ética disciplinaria en enfermería, tiene su fundamento sustancial y procedimental en el código deontológico de enfermería, Ley 911 de 2004. En ese sentido, es posible afirmar que la responsabilidad ética disciplinaria comparte un mismo objeto que la deontología. La deontología establece reglas éticas y un sistema de sanciones en caso de su incumplimiento, con el fin de que exista una coerción externa, que obligue socialmente a su observancia.²⁵

Es allí donde radica el objeto principal de la deontología, obligar a la observancia y cumplimiento de reglas éticas, so pena de sanción, comprendida como forma de coerción externa. Es este mismo sentido, el objeto de la responsabilidad ética disciplinaria en enfermería, se configura como medio de coerción externa, para obligar a los profesionales de enfermería a la observancia y cumplimiento de las reglas éticas, so pena de sanción, unas y otras consagradas en la Ley 911 de 2004.

²⁵ MOURE, EUGENIO. El fundamento ético de la responsabilidad sanitaria. Revista de responsabilidad civil y seguro, 2008: 111-130.

Finalmente, teniendo claros los dos conceptos hasta aquí desarrollados, en el marco de la responsabilidad deontológica de enfermería en Colombia, vale la pena destacar que la responsabilidad deontológica, si bien, no debería ser entendida como parte de una de las ramas del derecho, por ser un tema relativo a la ética y a la moral, debe encontrarse reglado y legislado por implicar sanciones, es por ello que resulta ser parte de régimen disciplinario del derecho administrativo.

De acuerdo con el principio de legalidad, el procedimiento para sanción de las faltas deontológicas, las conductas constitutivas de falta y las sanciones que estas conllevan, deben encontrarse consagrados expresamente y de la manera más clara posible en la ley. En materia disciplinaria, la finalidad del principio de legalidad es *“garantizar la seguridad jurídica y los derechos de las personas que puedan resultar implicadas en un proceso de esa índole”*²⁶

En el siguiente numeral, se analizarán los elementos de la responsabilidad deontológica en enfermería, que permitirán obtener una noción completa de lo que comprende la responsabilidad deontológica.

3.2. ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DE ENFERMERÍA

De la definición de responsabilidad deontológica extraída de la Ley 911 de 2004, referida en el anterior título, se puede apreciar que se parte de la acción u omisión, ello comprende los tipos de obligación que, al incumplirse, pueden constituir la falta deontológica, pero más que una obligación, de acuerdo con el lenguaje comprendido en la Ley 911 de 2004, son deberes los allí consagrados. En ese sentido, la conducta del profesional de enfermería, puede llegar a constituir una falta deontológica, es por ello que el primer elemento a analizar será la (i) la

²⁶ CORTE CONSTITUCIONAL. (29 de agosto de 2001). Sentencia C 921 de 2001. MP: Jaime Araujo Rentería. Repositorio. www.corteconstitucional.gov.co, Referencia: Expediente D-3428. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-921-01.htm>

conducta del profesional de enfermería constitutiva de falta deontológica, punto en el cual se abordará el tema de la tipicidad y antijuridicidad.

De otra parte, teniendo en cuenta los principios del proceso disciplinario - sobre los que se entrará en detalle en el siguiente capítulo -, un segundo elemento que debe analizarse en el proceso disciplinario de la responsabilidad deontológica, es el (ii) el elemento subjetivo de la culpa. Finalmente, analizaremos la consecuencia de la declaratoria de responsabilidad deontológica, es decir (iii) la sanción disciplinaria por falta deontológica.

Antes de dar inicio al desarrollo de cada uno de los elementos, vale la pena destacar que, a diferencia de lo que ocurre en materia de responsabilidad civil, el daño no debe ser considerado como un elemento de la responsabilidad deontológica. **Varias de las conductas descritas en la Ley 911 de 2004, no implican la concurrencia de un daño; aun así, son faltas deontológicas** que incluso puede configurarse como faltas graves, en efecto, puede implicar la imposición de una sanción.

A modo de ejemplo, en los siguientes artículos puede apreciarse que la conducta del profesional de enfermería, si bien puede que ponga en riesgo derechos o libertades de los pacientes, no hay un resultado de daño como tal consolidado, aun así, puede constituirse como falta grave:

“El profesional de enfermería no hará a los usuarios o familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales. La violación de este artículo puede constituirse en falta grave.”²⁷

“La presentación por parte del profesional de enfermería, de documentos alterados o falsificados, así como la utilización de recursos irregulares para acreditar estudios

²⁷ Congreso de la Republica. Ley 911 de 2004. Ob. Cit. Artículo 15

de postgrado, constituye falta grave contra la ética profesional, sin perjuicio de las sanciones administrativas, laborales, civiles o penales a que haya lugar.”²⁸

“El profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave.”²⁹

No hay entonces necesidad de la presencia de un efecto adverso, molestia, incomodidad o daño, para que de oficio o por queja, se pueda iniciar un proceso disciplinario en el que se investigue la presunta falta deontológica.

3.2.1. Conducta constitutiva de falta deontológica

Tal como se mencionó previamente, en materia disciplinaria la finalidad del principio de legalidad es “*garantizar la seguridad jurídica y los derechos de las personas que puedan resultar implicadas en un proceso de esa índole*”³⁰, este principio del debido proceso, debe ser referido en este punto, toda vez que se relaciona con la descripción de las conductas que pueden ser objeto de una sanción disciplinaria por falta deontológica. Vale la pena destacar, que en la jurisprudencia se han decantado ciertas diferencias en la aplicación de este principio en materia penal y en materia disciplinaria.

Inicialmente haremos referencia a la concepción del principio de legalidad en materia penal, en palabras de la Corte Constitucional:

“Este principio se divide, principalmente, en dos especies, ambas consustanciales al derecho penal moderno. Primero, el principio de mera legalidad hace referencia

²⁸ Congreso de la Republica. Ley 911 de 2004. Ob. Cit. Artículo 25

²⁹ Congreso de la Republica. Ley 911 de 2004. Ob. Cit. Artículo 30

³⁰ CORTE CONSTITUCIONAL. (29 de agosto de 2001). Sentencia C 921 de 2001. MP: Jaime Araujo Rentería. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co, Referencia: Expediente D-3428. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-921-01.htm>

a la reserva legislativa para definir los tipos y las sanciones penales. Desde este punto de vista el principio supone que la libertad solo es limitable en virtud de decisiones adoptadas en el foro democrático del Congreso de la República y que los demás órganos que ejercen el poder público (en especial las autoridades administrativas y los jueces) tienen vedada la definición de las conductas prohibidas por la vía del derecho penal. El destinatario de este principio, entendido como límite del debido proceso es, principalmente, el juez, que sólo podrá iniciar y adelantar un juicio con base en normas promulgadas por el Congreso de la República, salvo las potestades limitadas del Gobierno en estados de excepción.

En segundo lugar, el principio de estricta legalidad se refiere a una forma de producción de las normas, consistente en la definición precisa, clara e inequívoca de las conductas castigadas.³¹

De acuerdo con esto, el principio de legalidad permite que los ciudadanos tengan plena consciencia de lo que está prohibido y lo que está permitido, sin que haya lugar a arbitrariedades por parte de los jueces en el momento de juzgar las conductas. Esa dimensión de la estricta legalidad en materia penal exige entonces una definición detallada de la conducta de manera clara y precisa, por tanto, no da lugar a que el juez cuente con un margen de valoración. Esta última dimensión es más flexible y diferente en el régimen disciplinario como se apreciará.

Resulta imposible la labor de describir de manera minuciosa, precisa y detallada, cada una de las actividades prohibidas en el régimen sancionatorio disciplinario, al cual -como afirmamos anteriormente- hace parte el régimen disciplinario de los deberes deontológicos de enfermería.

Imaginemos que dentro de cada uno de los roles de acción de los profesionales de enfermería, existen una gran cantidad de acciones a ejecutar, y dentro de cada una de ellas hay determinados protocolos y/o guías que indican la

³¹ CORTE CONSTITUCIONAL. (15 de febrero de 2017). Sentencia C-091 de 2017. M.P.: Maria Victoria Calle Correa. Relatoria. www.corteconstitucional.gov.co(Referencia: Expediente D-11506). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/C-091-17.htm>

manera de proceder; ahora, imaginemos crear una norma detallada en la que se prohíba actuar contrario a cada uno de los numerales de cada uno de los protocolos o guías y que de esa manera se pueda imponer una sanción disciplinaria, por actuar contra la deontología de la profesión; resultaría ser una tarea interminable.

Dada esa imposibilidad, en diferentes pronunciamientos jurisprudenciales, respecto del régimen disciplinario sancionatorio, se ha establecido la posibilidad del margen de valoración de la conducta por parte del juez, veamos:

“Las faltas disciplinarias, en cambio, no son diseñadas con el mismo pormenor, (que las acciones delictuosas), y de ordinario **se las señala en diversos ordenamientos por vía genérica, que dan margen de apreciación a quien haya de calificarlas**, pudiendo éste, para bien de la función pública, decidir en algunas circunstancias si un hecho ofrece aspectos suficientemente reprobables para justificar o no un correctivo disciplinario. Este proceder se aleja del principio sobre la legalidad de los delitos.”³² Negritas fuera de texto.

Continuando con esta argumentación, dar aplicación a la estricta legalidad, requeriría la tipificación de todas las normas, mandatos deberes y prohibiciones, lo que para la Corte constitucional puede constituirse en un obstáculo para la gestión coherente, ordenada y sistémica de la función disciplinaria³³, igual sucedería con la función disciplinaria sancionatoria de los Tribunales de ética de enfermería.

Para una mayor claridad y reiterando la afirmación de las diferencias entre el derecho penal y el derecho disciplinario, y la imposibilidad de una descripción detallada de las conductas que dan lugar a sanción disciplinaria, se citan algunas de las sentencias en las que se aborda al tema:

³² CORTE CONSTITUCIONAL. (29 de septiembre de 1994). Sentencia C 427 de 1994. Relatoria. www.corteconstitucional.gov.co(Referencia: Expediente No. D-562). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/C-427-94.htm>

³³ ZAPATA, J. (Enero-Junio de 2017). Los tipos sancionatorios en blanco en el derecho disciplinario. Un análisis desde el debido proceso. *Opinion Jurídica*, 16(31), 175-196. doi:10.22395/ojum.v16n31a8. p., 188.

Sentencia	Texto tomado de la sentencia	Observaciones
C-948 de 2002 ³⁴	<p>“...Otros derechos sancionadores no sólo no afectan la libertad física, pues se imponen otro tipo de sanciones, sino que además sus normas operan en ámbitos específicos, ya que se aplican a personas que están sometidas a una sujeción especial -como los servidores públicos- o a profesionales que tienen determinados deberes especiales, como médicos, abogados o contadores. En estos casos, la Corte ha reconocido que los principios del debido proceso se siguen aplicando pero pueden operar con una cierta flexibilidad en relación con el derecho penal.” Negrita fuera de texto</p> <p>“Dicha especificidad en lo que tiene que ver con el derecho disciplinario... (i) la imposibilidad de transportar integralmente los principios del derecho penal al derecho disciplinario, (ii) el incumplimiento de los deberes funcionales como fundamento de la responsabilidad disciplinaria y (iii) la vigencia en el derecho disciplinario del sistema de sanción de las faltas disciplinarias denominado de los números abiertos, o numerus apertus, por oposición al sistema de números cerrados o clausus del derecho penal.” Negrita fuera de texto</p>	<p>Al grupo de “<i>profesionales que tienen determinados deberes especiales</i>”, se pueden agregar los profesionales de enfermería.</p> <p>En el código deontológico de enfermería se encuentran descritas conductas genéricas de las faltas deontológicas, pero, en su régimen disciplinario sancionatorio debe entenderse que las faltas son numerus apertus.</p>
T-1093 de 2004 ³⁵	<p>“Esta Corte ha precisado en numerosas oportunidades que, dadas las especificidades propias del campo disciplinario, el principio de legalidad, y en particular el de tipicidad, tiene unas características propias que son similares, pero no idénticas, a las que adquiere en el ámbito penal; ha expresado la jurisprudencia constitucional que dicho principio de tipicidad no tiene en el derecho disciplinario la misma</p>	<p>En el ordenamiento en general se encuentran disposiciones relacionadas con el quehacer de los profesionales de enfermería, específicamente en el código deontológico se</p>

³⁴ CORTE CONSTITUCIONAL. (6 de noviembre de 2002). Sentencia C 948 de 2002. M.P.: Alvaro Tafur Galvis. Relatoria. www.corteconstitucional.gov.co(Referencia: expedientes D-3937 y D-3944). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/c-948-02.htm>

³⁵ CORTE CONSTITUCIONAL. (4 de noviembre de 2004). Sentencia T 1093 de 2004. M.P.: Manuel Jose Cepeda Espinosa. Relatoria. www.corteconstitucional.gov.co(Referencia. Expediente T-791349). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-1093-04.htm>

	<p>connotación que presenta en el derecho penal, en donde resulta ser más riguroso: “la razón de ser de esta diferencia, se encuentra en la naturaleza misma de las normas penales y las disciplinarias. En las primeras, la conducta reprimida usualmente es autónoma. En el derecho disciplinario, por el contrario, por regla general los tipos no son autónomos, sino que remiten a otras disposiciones en donde está consignada una orden o una prohibición”. En particular, la Corte ha indicado que existen diferencias importantes en cuanto a (i) la precisión con la cual han de estar definidas las conductas en las normas disciplinarias aplicables, y (ii) la amplitud del margen del fallador disciplinario en el proceso de adecuación típica de las conductas disciplinarias.” Negrita fuera de texto</p>	<p>encuentran los deberes de estos profesionales y algunas prohibiciones, las cuales se relacionan y hacen remisión al acápite de sanciones según sea el caso.</p> <p>Los tribunales de ética de enfermería cuentan entonces con una mayor amplitud en el proceso de adecuación típica de las conductas que dan lugar a la falta deontológica.</p>
C-030 de 2012 ³⁶	<p>“Si bien en el derecho disciplinario la regla general es que la aplicación de sus normas generales se lleve a cabo a partir de una interpretación sistemática y de una remisión a aquellas otras normas que contienen la prescripción de las funciones, deberes, obligaciones o prohibiciones concretas respecto del cargo o función cuyo ejercicio se le ha encomendado a los servidores públicos, y cuyo incumplimiento genera una falta disciplinaria. Esta forma de definir la tipicidad de la conducta a través de la remisión a normas complementarias, comporta un método. conocido por la doctrina y la jurisprudencia como el de las normas o tipos en blanco, que consiste precisamente en descripciones incompletas de las conductas sancionadas, o en disposiciones que no prevén la sanción correspondiente, pero que en todo caso pueden ser complementadas por otras normas a las</p>	<p>La valoración de las conductas objeto de estudio en el proceso disciplinario del profesional de enfermería debe ser de manera sistémica, con las demás normas que se refieren al ejercicio de la profesión, guías y protocolos según sea el caso.</p> <p>El código deontológico de enfermería contiene tipos en blanco, cada deber allí consagrado, no contiene en un mismo artículo la sanción que conlleva su</p>

³⁶ CORTE CONSTITUCIONAL. (1 de febrero de 2012). Sentencia C 030 de 2012. M.P.: Luis Ernesto Vargas Silva. Relatoria. www.corteconstitucional.gov.co(Referencia: expediente D-8608). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2012/C-030-12.htm>

	cuales remiten las primeras.” Negrita fuera de texto	incumplimiento, pero puede ser completada por otras normas que se encuentran incluso en la misma ley. ³⁷
--	--	---

Concluyendo, respecto del principio de legalidad y con base en la citada jurisprudencia, es posible afirmar que: el derecho disciplinario debe acogerse a los principios del derecho sancionador, de una forma diferente y más flexible respecto de las otras áreas del derecho sancionador, puntualmente del derecho penal, toda vez que específicamente en materia de tipicidad, el derecho disciplinario sancionador es más flexible respecto de consagración detallada de las conductas que pueden ser constitutivas de faltas.

Lo anterior con base en la imposibilidad fáctica de legislar todos y cada uno de los deberes de conducta, en nuestro caso puntual, de los profesionales de enfermería. Es por ello, que el análisis de la conducta objeto de estudio por parte de los tribunales de ética de enfermería, para la determinación de responsabilidad deontológica, debe realizarse de manera sistemática, y en el caso en que se determine la existencia de responsabilidad deontológica, se debe hacer remisión para completar los tipos en blanco y acudir a la parte de sanciones en el código deontológico.

Con lo anterior no se pretende afirmar, que haya libertad y discrecionalidad arbitraria por parte de los magistrados de los tribunales de ética de enfermería, pues solo podrá dictarse fallo sancionatorio, con base en una conducta que atente contra principios y disposiciones contenidas en el código deontológico³⁸. Acudir a otras leyes, o normas le servirá al magistrado para identificar las funciones concretas que

³⁷ Ob. Cit., Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Título V, Capítulo V Artículos 61-66

³⁸ Ob. Cit., Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Artículo 57. “No se podrá dictar fallo sancionatorio sino cuando exista certeza fundamentada en plena prueba sobre el hecho violatorio de los principios y disposiciones deontológicas contempladas en la presente ley y sobre la responsabilidad del profesional de enfermería disciplinado.”

el profesional debió haber ejecutado o no ejecutado, puesto que, si su acción es contraria a esos deberes específicos, puede que afecten los principios consagrados en el código deontológico y es allí donde podría encuadrarse en la responsabilidad deontológica.

Ahora bien, teniendo claro que los magistrados de los Tribunales de Ética de Enfermería cuentan con este margen delimitado, para determinar la presencia de una conducta constitutiva de falta deontológica, enmarcados en el código deontológico de enfermería, y acudiendo a las normas que regulan el quehacer de la profesión, guías y protocolos, según sea el caso; vale la pena hacer referencia a la antijuridicidad de la conducta.

De nuevo se aclara, que el principio de antijuridicidad tiene una aplicación diferente en materia penal y disciplinaria. Sin embargo, en este caso, de acuerdo con el tema objeto de estudio, solo se analizará la **antijuridicidad en materia disciplinaria**.

“La antijuridicidad ha sido identificada por la doctrina como un juicio de desvalor o de contrariedad con el ordenamiento normativo, que varía en relación con las distintas esferas jurídicas que determinan los hechos que son objeto de prohibición. En materia administrativa sancionatoria, una conducta típica será antijurídica cuando afecte el deber funcional, como bien jurídico del Estado protegido por el derecho disciplinario, sin que exista una justificación para sustentar la actuación u omisión”³⁹

De acuerdo con lo descrito por el Consejo de Estado, **la conducta es antijurídica cuando afecte sin justificación el bien jurídico** protegido por el derecho disciplinario, que es el deber funcional. **En nuestro tema de estudio, el**

³⁹ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Segunda. Subsección A. (17 de mayo de 2018). Sentencia 01092. C.P.: William Hernández Gómez. EVA-Gestor Normativo. [www.funcionpublica.gov.co/Rad. No.: 11001-03-25-000-2013-01092-00\(2552-13\)](http://www.funcionpublica.gov.co/Rad.No.:11001-03-25-000-2013-01092-00(2552-13))). Obtenido de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=87299

bien jurídico protegido sería la ética en el ejercicio de los profesionales de enfermería, la deontología del ejercicio de la profesión⁴⁰.

De modo tal, que los magistrados de los tribunales de ética de enfermería, también deberán analizar si la conducta afecta el bien jurídico protegido por el régimen disciplinario sancionatorio de la responsabilidad deontológica. Adicionalmente deben tener en cuenta, que hay conducta antijurídica cuando el actuar del profesional de enfermería (acción u omisión), haya sido sin justificación alguna.

Para comprender la afirmación “sin justificación alguna”, resulta necesario recordar lo referido en el acápite segundo, respecto de las condiciones que permiten al profesional de enfermería actuar con autonomía, calidad e independencia de acuerdo con la Ley 911 de 2004. Como allí se mencionó, tales condiciones deben coexistir, para que se puede brindar una atención de calidad y en muchas ocasiones la existencia de tales condiciones no depende únicamente de la intervención de los profesionales de enfermería, sino de las IPS en que se desempeñe, porque las condiciones deben preexistir al actuar de enfermería.

También es cierto que, de acuerdo con lo estipulado en el código deontológico, el profesional de enfermería tiene el deber de informar y exigir cambios ante las falencias⁴¹ respecto de las condiciones que le permiten actuar con autonomía y brindar una atención de calidad. Una vez el profesional de enfermería haga manifiesta la condición deficitaria, se debe considerar que ha actuado conforme a la deontología de la profesión. Si la institución en la que se desempeña, o la instancia a la que corresponda, no modifica las condiciones, y por ello resultare

⁴⁰ Ricardo. Deontología. 22 de mayo de 2019. [En línea] < <http://www.deontologia.org> > [Citado el: 16 de agosto de 2019]. “...*existe la figura de los colegios profesionales para mantener, promover y defender la deontología.*”

⁴¹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 5, Parágrafo: “*Del déficit de las condiciones para el ejercicio de la enfermería, el profesional deberá informar por escrito a las instancias de enfermería y de control de la Institución y exigirá el cambio de ellas, para evitar que esta situación se convierta en condición permanente que deteriore la calidad técnica y humana de los servicios de enfermería.*”

una situación en la que se pone en peligro la ética de la profesión, debe tenerse en cuenta que esta situación no se presentó sin justificación alguna, por el contrario, el profesional ya habría cumplido con su deber, y puede que la situación se haya escapado de su esfera de control; razón por la cual, en estos casos, no hay responsabilidad deontológica.

Finalmente, respecto de la conducta constitutiva de falta deontológica, se descarta la necesidad de la producción de un resultado material, para que se estructure la falta y consecuentemente se imponga sanción por la responsabilidad deontológica; ello ha sido sostenido en la jurisprudencia en los siguientes términos:

“...la naturaleza del derecho disciplinario [esta] basada en el encauzamiento de la conducta de quienes cumplen funciones públicas con el objeto de que se cumplan los fines del Estado, por lo que en su concepto el resultado material de la conducta no es esencial para que se estructure la falta disciplinaria, pues el solo desconocimiento del deber es el que origina la antijuricidad de la conducta...”⁴²

De acuerdo con esto, se reafirma entonces que, pese a que la conducta no genere un resultado, puede haber falta deontológica, pues en el régimen disciplinario las conductas que pueden constituir faltas, son de mera conducta y no de resultado.

3.2.2. El elemento subjetivo: la culpabilidad

Este elemento de la responsabilidad deontológica disciplinaria, tiene su fundamento inicialmente en la constitución, justamente el precepto que consagra el

⁴² CORTE CONSTITUCIONAL. (6 de noviembre de 2002). Sentencia C 948 de 2002. M.P.: Alvaro Tafur Galvis. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co (Referencia: expedientes D-3937 y D-3944). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/c-948-02.htm>

derecho fundamental al debido proceso, en este establece que “*Toda persona se presume inocente mientras no se la haya declarado judicialmente culpable.*”⁴³

Teniendo en cuenta, que la responsabilidad deontológica disciplinaria pertenece al régimen disciplinario, se acude también a una prohibición expresa en esta materia, la cual además es consonante con el precepto constitucional, en la que se establece que, “*en materia disciplinaria queda proscrita toda forma de responsabilidad objetiva. Las faltas sólo son sancionables a título de dolo o culpa.*”⁴⁴.

En ese sentido, resulta entonces indispensable que en el análisis para identificar la presencia de responsabilidad deontológica disciplinaria de enfermería, se estudie el elemento de la culpabilidad.

En la jurisprudencia se ha reiterado que la culpabilidad implica, que la persona objeto de un proceso de responsabilidad disciplinaria solo puede ser sancionado cuando su actuar haya procedido dolosa o culposamente, así lo ha sostenido la corte, en los siguientes términos:

“Si la razón de ser de la falta disciplinaria es la infracción de unos deberes, para que se configure violación por su incumplimiento, el servidor público infractor sólo puede ser sancionado si ha procedido dolosa o culposamente, pues como ya se dijo, el principio de la culpabilidad tiene aplicación no sólo para las conductas de carácter delictivo sino también en las demás expresiones del derecho sancionatorio, entre ellas el derecho disciplinario de los servidores públicos, toda vez que el derecho disciplinario es una modalidad de derecho sancionatorio, por lo cual los principios

⁴³ ASAMBLEA CONSTITUYENTE. (1991). Constitución política de Colombia. Bogotá. D.C.: Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991. Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

⁴⁴ Congreso de Colombia. Ley 734 de 2002. Febrero 5 de 2002. Diario Oficial No. 44.708 de 13 de febrero de 2002. Obtenido de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0734_2002.html. La Ley 734 de 2002, dejará de tener vigencia a partir del primero de julio de 2021 por derogatoria expresa de la Ley 1952 de 2019 -que será la que entra en vigencia a partir de esa fecha-. En el artículo 10 de la Ley 1952 de 2019, se regulará en el mismo sentido este requisito, en esta norma se establece: “*En materia disciplinaria solo se podrá imponer sanción por conductas realizadas con culpabilidad. Las conductas solo son sancionables a título de dolo o culpa. Queda proscrita toda forma de responsabilidad objetiva.*” Siendo incluso un poco más clara, pues en esta se exige que solo se puede imponer sanción por conductas realizadas con culpabilidad.

de derecho penal se aplican mutatis mutandi en este campo pues la particular consagración de garantías sustanciales y procesales a favor de la persona investigada se realiza en aras del respeto de los derechos fundamentales del individuo en comento, y para controlar la potestad sancionadora del Estado”⁴⁵

La corte se encarga entonces de poner en un contexto a la culpabilidad, y como ya hemos venido afirmando, el régimen sancionatorio disciplinario hace parte del derecho sancionatorio, es por ello, que a él se aplican principios y garantías sustanciales y procesales, similares a las del derecho penal, con el fin de garantizar derechos fundamentales como el derecho al debido proceso.

Tal como se afirma desde el título de este numeral, la culpabilidad corresponde al elemento subjetivo de la responsabilidad deontológica disciplinaria. Es de obligatoria observancia y valoración este elemento, toda vez que se encuentra proscrita la responsabilidad objetiva, así lo afirma también en Consejo de Estado,

“...es en el análisis de la culpabilidad donde se valora el aspecto subjetivo de la conducta, por lo tanto atendiendo a lo anterior y al contenido del artículo 13 de la Ley 734 de 2002 –antes transcrito- , es este factor el que determina si en un caso concreto se aplicó o no responsabilidad objetiva”⁴⁶.

En esta misma sentencia el consejo de estado, se encarga de sintetizar los grados de culpabilidad de la siguiente manera:

⁴⁵ CORTE CONSTITUCIONAL. (25 de noviembre de 2015). Sentencia C 721 de 2015. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co (Referencia: expediente D-10744). Obtenido de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/C-721-15.htm#_ftn137 En esta sentencia la Corte, cita jurisprudencia en la que se reitera esta misma noción de la culpabilidad: Sentencias de la Corte Constitucional C-195 de 1993 M.P. Alejandro Martínez Caballero; C-280 de 1996 M.P. Alejandro Martínez Caballero; C-306 de 1996; C-310 de 1997 M.P. Carlos Gaviria Díaz; C-155 de 2002, M.P. Clara Inés Vargas Hernández y C-504 de 2007 M.P. Clara Inés Vargas.

⁴⁶ CONSEJO DE ESTADO, S. D. (31 de enero de 2018). Sentencia 00032 de 2018. C.P.: SANDRA LISSET IBARRA VÉLEZ. EVA-Gestor Normativo. www.funcionpublica.gov.co(Rad. No.: 170012333000201400032 01 (1630-2015)). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=86961>

CULPABILIDAD EN MATERIA DISCIPLINARIA			
	FORMA DE CULPABILIDAD	DESCRIPCIÓN	SUSTENTO JURÍDICO
1	Dolo	Conocimiento de los hechos constitutivos de la infracción y querer su realización. (Conocimiento y voluntad).	Artículo 22 de la Ley 599 de 2000 – código penal-.
2	Culpa gravísima	Ignorancia supina, desatención elemental o violación manifiesta de reglas de obligatorio cumplimiento.	Ley 734 de 2002, artículo 44, parágrafo.
3	Culpa grave	Inobservancia del cuidado necesario que cualquier persona del común imprime a sus actuaciones. ⁴⁷	Ley 734 de 2002, artículo 44, parágrafo.

Tabla 3. Culpabilidad en materia disciplinaria. Tomado de: Sentencia 00032 de 2018 Consejo de Estado

Luego entonces, el profesional de enfermería que haya incurrido en una falta a la deontología, descrita en el código deontológico o que atente contra los principios deontológicos consagrados en el mismo y cuando su conducta constitutiva de la falta se haya ejecutado sin justificación, puede declararse deontológicamente responsable, siempre y cuando su conducta se encuentre inmersa en alguna de las formas de culpabilidad:

- El profesional de enfermería conoce que su conducta es constitutiva de falta deontológica, aun así, quiere realizarla. En cuyo caso actuaría dolosamente.
- La culpa gravísima implica, que el profesional de enfermería ignora y desatiende los deberes consagrados en el código deontológico de enfermería, o incluso puede ampliarse a normas o protocolos y guías de actuar de enfermería, siempre y cuando se relacionen con el cumplimiento de los principios consagrados en el código deontológico.
- Finalmente, y siendo el grado de más alta exigencia en materia de culpabilidad, la Culpa grave implica que el profesional de enfermería omite el deber de

⁴⁷ Téngase en cuenta, que para el tema objeto de estudio, “cualquier persona del común” debe ser entendido como cualquier profesional de enfermería del común, ya que el régimen deontológico, en este caso, es específico para los profesionales de enfermería, y es justamente este el rasero que permite valorar si la actuación del profesional de enfermería se ajusta a la actuación “cuidadosa” que ejecutaría el promedio de profesionales de enfermería del común.

cuidado que debe imprimir a sus actuaciones, tal como lo haría cualquier profesional de enfermería.

Respecto de la culpabilidad, la Ley 911 de 2004, no se refiere expresamente a este término, sin embargo, en uno de sus preceptos consagra la obligación del magistrado de tener en cuenta circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodean la conducta del profesional de enfermería, para determinar si hay responsabilidad deontológica. Sumado a estas circunstancias, relacionando el tema de la culpabilidad, la norma establece que la valoración ética también debe tener en cuenta “...las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente.”⁴⁸

Esta valoración que exige el código deontológico, podemos considerar que se asemeja a la culpa grave, donde la conducta del profesional de enfermería, debe valorarse de acuerdo con la actuación que hubiese ejecutado cualquier profesional de enfermería prudente y diligente. En ese sentido, si el código consagra de manera expresa la mayor exigencia, respecto de los niveles de Culpa, sería absurdo pensar que no se exigirían los dos grados menores de exigencia, dolo y culpa gravísima.

Resulta relevante hacer referencia a los deberes de prudencia y diligencia referidos en la Ley 911, pues ellos pueden constituir el eje central de la valoración del elemento subjetivo de la responsabilidad; al respecto la Corte Constitucional sostiene:

“Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales.

⁴⁸ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 11

Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida.”⁴⁹

Como se había afirmado anteriormente –en el capítulo 2, numeral 2.2.1.- las obligaciones del profesional de enfermería son de medio, mas no de resultado, así lo establece expresamente la Ley 911 de 2004⁵⁰. Por lo tanto, al igual que a los médicos, a los profesionales de enfermería, se les exige un actuar bajo los criterios de diligencia y prudencia.

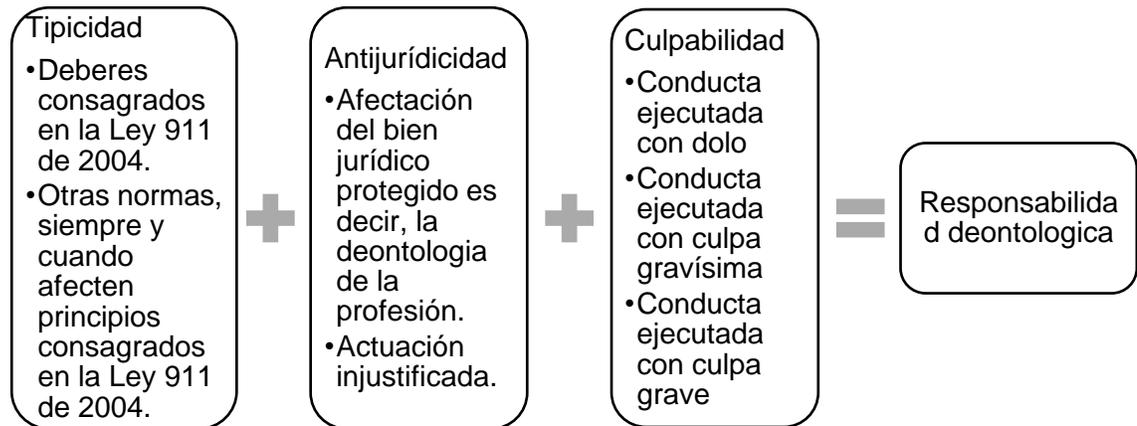
La prudencia en el actuar de enfermería, consiste en tomar las debidas precauciones para la ejecución de un acto de cuidado, haciendo previsión de los posibles riesgos, son las conductas que aconsejarían la experiencia y el buen sentido de un experto, contrario a ello la imprudencia sería, actuar sin prever el resultado, con acciones temerarias que pueden implicar daños al sujeto de cuidado, es decir sin las debidas precauciones. De su parte la negligencia, implica omisión o descuido de los actos de cuidado que deben ejecutarse.⁵¹

⁴⁹ CORTE CONSTITUCIONAL. (5 de abril de 2001). Sentencia T-373 de 2001 M.P.: Rodrigo Escobar Gil. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co(Referencia: expediente T-398862). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-373-01.htm>

⁵⁰ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 11 “El profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. **Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no de resultados.** La valoración ética del cuidado de enfermería deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente.” Negritas fuera de texto.

⁵¹ FRANCO, E., GUZMÁN, F., & MORALES, M. C. (1998). Criterios para definir la responsabilidad civil del acto médico. Médico-Legal on-line. Revista Colombiana para los Profesionales de la Salud, 4(2). Obtenido de http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/1998/4/2/criter_defrespomed_v4_r2.pdf

Ilustración 2. Elementos objetivos y subjetivo de la Responsabilidad deontológica disciplinaria



Finalmente, para concluir lo relacionado con los elementos de la responsabilidad deontológica, tanto en su ámbito objetivo como el subjetivo tenemos que, en el proceso deontológico disciplinario, podrá declararse responsable deontológicamente al profesional de enfermería cuando de manera concurrente: su conducta constitutiva de falta deontológica sea:

- (i) Típica, es decir atenta contra los deberes consagrados en el código deontológico, o contra otras normas descritas en guías o protocolos, siempre y cuando afecten directamente principios deontológicos consagrados en el código;
- (ii) Antijurídica, en este caso como ya se mencionó la antijuridicidad hará referencia a la actuación injustificada que atenta contra el bien jurídico protegido por la deontología en enfermería, que correspondería a la ética profesional,
- (iii) Culpable, en el proceso deontológico disciplinario, deberá valorarse el elemento subjetivo, donde el profesional de enfermería debe haber actuado como mínimo, igual que el promedio de sus colegas, teniendo en cuenta la prudencia y diligencia que los actos de la profesión exigen.

4. ASPECTOS PROCESALES DE LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DISCIPLINARIA DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA

En el presente capítulo se desarrollarán algunos de los temas relacionados con los aspectos procesales de la responsabilidad deontológica disciplinaria, que como se ha afirmado previamente, hace parte del derecho sancionatorio y específicamente al régimen disciplinario sancionatorio, así lo ha sostenido el Consejo de estado

“El proceso disciplinario ético profesional es, pues, una de las especies del derecho administrativo disciplinario que regula el ejercicio de la medicina y determina, entre otros asuntos, los órganos de control y el régimen disciplinario sustancial y procedimental para establecer la responsabilidad por la infracción de las normas éticas de dicha profesión. Es pertinente destacar que la naturaleza de éste proceso es pública y su índole autónoma en relación con otros procesos y acciones. La finalidad del proceso es determinar la responsabilidad y decidir el mérito para aplicar sanciones por violación de las normas ético-disciplinarias reguladoras del ejercicio profesional de la medicina.”¹

De lo anterior, si bien se refiere puntualmente al ejercicio de la medicina, puede asemejarse al proceso de responsabilidad deontológica disciplinaria del ejercicio de enfermería, en ese sentido se pueden extraer que el proceso deontológico disciplinario de enfermería:

- Es una especie del derecho administrativo disciplinario.
- Es de naturaleza pública y su índole autónoma respecto de otros procesos y acciones. La autonomía que tiene plena vigencia en el proceso deontológico disciplinario de enfermería, puesto que la Ley es clara y describe a plenitud

¹ CONSEJO DE ESTADO SALA DE CONSULTA Y SERVICIO CIVIL. (5 de diciembre de 2006). Concepto C.E. 64 de 2006. C.P.: Flavio Augusto Rodríguez Arce. EVA-Gestor Normativo. www.funcionpublica.gov.co(Radicación numero: 11001-03-06-000-2006-00064-00(1756)). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39559>

las etapas del proceso, de modo que no da lugar a la necesidad de recurrir a otras normas en este sentido.

- Su finalidad es determinar la responsabilidad deontológica y determinar el mérito para imponer sanciones por las faltas éticas disciplinarias reguladoras del ejercicio de los profesionales de enfermería.

Por lo anterior, resultara relevante referirnos a los principios que deben regir el proceso deontológico disciplinario, y se mencionarán las etapas del proceso por responsabilidad deontológica consagradas en la Ley 911 de 2004, resaltando los aspectos relevantes de cada una de ellas.

4.1. PRINCIPIOS DEL DEBIDO PROCESO EN LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DISCIPLINARIA DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA

Como bien se hizo referencia en uno de los numerales del capítulo de aspectos sustanciales, existen ciertos casos en los cuales el Estado delega su potestad sancionadora a particulares, tal es el caso de los Tribunales de ética de enfermería. De igual forma, en los procesos a cargo de estos tribunales también se debe garantizar el debido proceso, toda vez es una garantía de orden constitucional², que implica ceñirse a ciertos principios que orientan los procesos, tanto de orden judicial, como administrativo, siendo el proceso de responsabilidad deontológica disciplinaria una especie de estos últimos.

² ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. (1991). Constitución política de Colombia. Ob. Cít. Artículo 29 “El debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas.

Nadie podrá ser juzgado sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa, ante juez o tribunal competente y con observancia de la plenitud de las formas propias de cada juicio.

En materia penal, la ley permisiva o favorable, aun cuando sea posterior, se aplicará de preferencia a la restrictiva o desfavorable.

Toda persona se presume inocente mientras no se la haya declarado judicialmente culpable. Quien sea sindicado tiene derecho a la defensa y a la asistencia de un abogado escogido por él, o de oficio, durante la investigación y el juzgamiento; a un debido proceso público sin dilaciones injustificadas; a presentar pruebas y a controvertir las que se alleguen en su contra; a impugnar la sentencia condenatoria, y a no ser juzgado dos veces por el mismo hecho.

Es nula, de pleno derecho, la prueba obtenida con violación del debido proceso.”

En la jurisprudencia constitucional, se han señalado algunos de los principios considerados como elementos constitutivos de la garantía del debido proceso en materia disciplinaria, entre estos se encuentran

“(i) el principio de legalidad de la falta y de la sanción disciplinaria, (ii) el principio de publicidad, (iii) el derecho de defensa y especialmente el derecho de contradicción y de controversia de la prueba, (iv) el principio de la doble instancia, (v) la presunción de inocencia, (vi) el principio de imparcialidad, (vii) el principio de non bis in idem, (viii) el principio de cosa juzgada y (ix) la prohibición de la reformatio in pejus.”^{3,4}

En seguida haremos referencia a cada uno de estos principios, y la aplicación que tiene en el proceso de responsabilidad deontológica disciplinaria de enfermería, ya que la misma ley 911 de 2004, establece la obligatoriedad de la sujeción al debido proceso⁵, y su incumplimiento puede implicar nulidad del proceso⁶, es por ello que trae consigo reglas específicas en este sentido.

4.1.1. Principio de legalidad de la falta y de la sanción disciplinaria

A este principio debemos referirnos en el elemento de la responsabilidad referido a la falta constitutiva de falta deontológica, toda vez que la tipicidad resulta ser el centro del principio de legalidad, por tanto, al respecto solo resta recordar que

³ CORTE CONSTITUCIONAL. (20 de agosto de 2014). Sentencia C 593 de 2014. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Relatoría. [www.corteconstitucional.gov.co](http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-593-14.htm#_ftn26)(Referencia: expediente D-10032). Obtenido de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-593-14.htm#_ftn26

⁴ CORTE CONSTITUCIONAL. (4 de mayo de 2007). Sentencia T 1034 de 2006. M.P.: Jaime Córdoba Triviño. EVA-Gestor Normativo. [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44338)(Referencia: expediente T-1524734). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44338>

⁵ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 42. Todo el artículo 42, permite tener claridad respecto de la aplicación de las reglas del debido proceso y de manera expresa se refiere a esta garantía en los siguientes términos: “*El profesional de enfermería que sea investigado por presuntas faltas a la deontología tendrá derecho al debido proceso ...*”

⁶ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 69, Numerales 3 y 4

el principio de legalidad implica que “*Nadie podrá ser juzgado sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa*”⁷.

En concordancia con este principio, en las normas del proceso deontológico disciplinario de enfermería se establece que, solamente puede haber fallo sancionatorio cuando haya plena prueba de hechos que atenten contra principios y disposiciones contemplados en la Ley 911 de 2004.⁸

Otro componente del principio de legalidad, es el de la consagración de la sanción disciplinaria. Las exigencias respecto de la determinación de la conducta y la sanción implican que haya, (i) *lex scripta*, (ii) *lex praevia* y (iii) *lex certa*, tales exigencias se han desarrollado en la jurisprudencia del consejo de estado como se desarrollara enseguida.⁹

La exigencia de (i) *lex scripta*, implica que la infracción y la sanción sean señaladas de manera precisa por el legislador, teniendo en cuenta el margen que se da en cuanto a la conducta constitutiva de la falta, (ii) *lex praevia*, donde las conductas y las sanciones hayan sido señaladas de manera previa a la comisión de la conducta constitutiva de la falta y a la imposición de la sanción, en este mismo sentido se establece que “*El profesional de enfermería que sea investigado por presuntas faltas a la deontología tendrá derecho al debido proceso, de acuerdo con las normas establecidas en las leyes preexistentes al acto que se le impute...*”¹⁰.

⁷ ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. (1991). Constitución política de Colombia. Ob. Cít. Artículo 29

⁸ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 57

⁹ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE CONSULTA Y SERVICIO CIVIL. (5 de marzo de 2019). Concepto. C.P.: Germán Alberto Bula Escobar. www.cosejodeestado.gov.co (Radicación número: 11001-03-06-000-2018-00217-00(2403)). Obtenido de <http://www.cosejodeestado.gov.co/documentos/boletines/218/11001-03-06-000-2018-00217-00.pdf>

¹⁰ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 42

Un último componente del principio de legalidad se refiere a la *(iii) lex certa*, de modo tal que la sanción se encuentre determinada plenamente, esta función no puede ser delegada a las autoridades administrativas.

Dando aplicación a las exigencias relativas a este principio, específicamente en materia de sanciones, el capítulo V del título V, de la Ley 911 de 2004, establece todo lo relativo a las sanciones que conlleva incurrir en faltas deontológicas de enfermería. En este, se encuentran determinadas y definidas de manera clara y precisa cada una de las sanciones y los aspectos que se deberán tener en cuenta a la hora de imponerlas.

De acuerdo con lo anterior y a modo de ejemplo, siendo un tema de suma importancia, la referida ley define los criterios específicos para imponer la máxima sanción en materia deontológica, que corresponde a la suspensión temporal del ejercicio de la enfermería¹¹. La imposición de esta sanción se encuentra limitada, para los casos en los que se ha incurrido en las faltas que la misma Ley califica como graves¹². Sumado a ello, tal sanción solo puede ser impuesta por un periodo máximo de 3 años, pero tal periodo dependerá de circunstancias como, *“la gravedad, modalidades y circunstancias de la falta, los motivos determinantes, los antecedentes personales y profesionales, las atenuantes o agravantes y la reincidencia.”*¹³

En cuanto a los agravantes y atenuantes, la Ley 911 de 2004, también es clara, pues establece las circunstancias que atenúan¹⁴ y las que agravan¹⁵ la

¹¹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 61, numeral 4

¹² Al respecto se citaron ejemplos en la parte introductoria del capítulo de los elementos de la responsabilidad deontológica, donde se citaron los artículos 15, 25 y 30 de la Ley 911 de 2004

¹³ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 66

¹⁴ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 43 *“1. Ausencia de antecedentes disciplinarios en el campo deontológico profesional durante los cuatro (4) años anteriores a la comisión de la falta. 2. Demostración previa de buena conducta y debida diligencia en la prestación del cuidado de enfermería.”*

¹⁵ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 44 *“1. Existencia de antecedentes disciplinarios en el campo ético y deontológico profesional durante los cuatro (4) años anteriores a la comisión de la falta. 2. Reincidencia en la comisión de la falta investigada dentro de los cuatro (4) años siguientes a su sanción. 3.*

responsabilidad en los casos en los que se concluya con la existencia de responsabilidad deontológica disciplinaria del profesional de enfermería.

Con lo descrito en materia legalidad de la falta y de la sanción, se puede concluir que el proceso por responsabilidad deontológica de enfermería, tal como se encuentra descrito en la Ley, permite plena aplicación del principio de legalidad, corresponde entonces a los magistrados circunscribir y justificar sus decisiones de acuerdo con la norma y ajustándose al mismo.

4.1.2. Principio de publicidad, derecho de defensa y especialmente el derecho de contradicción y de controversia de la prueba

El principio de publicidad, resulta ser una garantía que funge como herramienta para la aplicación del debido proceso. La publicidad implica poner en conocimiento de los sujetos procesales, decisiones que les resulten de interés, de modo tal que puedan ejercer sus derechos a la defensa y contradicción.¹⁶

En ese sentido, en el momento en que se ordena la iniciación del proceso por responsabilidad deontológica disciplinaria, el profesional de enfermería debe ser notificado personalmente de la apertura de investigación, lo que le permitirá ejercer sus derechos a la defensa y contradicción durante todo el proceso. Además, también deberá ser notificado personalmente del dictamen de peritos, la resolución de cargos y el fallo.¹⁷ Al ser notificado del dictamen de peritos y de los cargos, se está dando la posibilidad de conocer las pruebas que puede controvertir, lo que toca el tema específico de la controversia de la prueba.

Aprovecharse de la posición de autoridad que ocupa para afectar el desempeño de los integrantes del equipo de trabajo.”

¹⁶ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN CUARTA. (19 de febrero de 2015). Sentencia 02097. C.P.: Jorge Rigoberto Villareal Ocaña. (Radicación número: 11001-03-15-000-2014-02097-00(AC)). Obtenido de [http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/165/AC/11001-03-15-000-2014-02097-00\(AC\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/165/AC/11001-03-15-000-2014-02097-00(AC).pdf)

¹⁷ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 49 y 67

El profesional de enfermería, cuenta además con la posibilidad de acceder al expediente y solicitar copias, esto por un término de quince días¹⁸, lo que constituye otra manifestación del principio de publicidad, con el fin de que pueda rendir descargos al respecto, una vez más garantizando su derecho a la defensa, contradicción y controversia de la prueba.

Cabe resaltar, que la publicidad permite garantizar un interés público, por tanto, al ser un principio del debido proceso, *“no es una mera norma susceptible de aplicarse o no en un determinado caso, sino que por su fuerza normativa y su textura abierta está llamado a tener eficacia directa por sí mismo en la diversidad de actuaciones administrativas o judiciales...”*¹⁹, tal como el caso del proceso deontológico disciplinario de los profesionales de enfermería.

Con relación a la controversia de la prueba, el profesional de enfermería que se encuentra inmerso en el proceso por responsabilidad deontológica disciplinaria, cuenta también con la posibilidad de *“aportar y solicitar al Tribunal Departamental Ético de Enfermería las pruebas que considere convenientes para su defensa”*²⁰. Se considera garantía relacionada con la controversia de la prueba, puesto que el profesional de enfermería ya habría contado con la posibilidad de acceder al expediente en el cual se encuentran las correspondientes pruebas que lo implican en la ejecución de una conducta constitutiva de falta deontológica, o en el que se evidencian indicios graves al respecto.

4.1.3. Principio de la doble instancia

Para garantizar el principio de la doble instancia, la persona involucrada en un proceso debe contar con la posibilidad de controvertir una decisión, ante otra autoridad de diferente nivel jerárquico a la que emitió la decisión, debe además ser

¹⁸ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 51

¹⁹ CORTE CONSTITUCIONAL. (16 de mayo de 2012). Sentencia C 370 de 2012. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co (Referencia: Expediente D - 8835). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2012/C-370-12.htm>

²⁰ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 55

independiente e imparcial. En ese sentido, se considera que este principio es una forma más de garantizar el derecho de contradicción y además el de impugnación.²¹

El proceso de responsabilidad deontológica disciplinaria de enfermería, cuenta con la garantía de este principio, toda vez que faculta al profesional de enfermería para interponer, entre otros, el recurso de apelación²², contando como segunda instancia, con el Tribunal Nacional Ético de Enfermería²³. De su parte, los Tribunales Departamentales Éticos de enfermería, conocen de la primera instancia. De modo tal, que se cuenta con una estructura jerárquica, en la cual hay una autoridad de diferente nivel jerárquico, la cual es imparcial e independiente, dando así cumplimiento al principio de doble instancia.

4.1.4. Presunción de inocencia

El principio de presunción de inocencia se predica de todos los procesos que correspondan al derecho sancionador, en ese sentido el proceso de responsabilidad deontológica disciplinaria, que como se ha sostenido, hace parte del régimen disciplinario sancionador, debe contar con la garantía de este principio.

La jurisprudencia constitucional ha sostenido, que existen ciertas reglas relacionadas con este principio, el cual adicionalmente resulta ser expresión de las garantías mínimas del Estado Constitucional. Solo cumplidas estas reglas o etapas se puede superar la presunción de inocencia. De modo tal, que durante el proceso de responsabilidad deontológica disciplinaria, se debería demostrar que la conducta del profesional de enfermería “(i) es una conducta establecida como disciplinable; (ii) que la ocurrencia de dicha conducta se encuentra efectivamente probada y (iii)

²¹ CORTE CONSTITUCIONAL. (11 de febrero de 2003). Sentencia C 095 de 2003. M.P.: Rodrigo Escobar Gil. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co (Referencia: expediente D-4172). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/C-095-03.htm>

²² Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 68

²³ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 59 y 40

que la autoría y responsabilidad de ésta se encuentra en cabeza del sujeto pasivo de la acción disciplinaria.”²⁴

Tal como lo establece la Ley 911 de 2004, el profesional de enfermería solo podrá ser sancionado por las conductas que violen normas o principios consagrados en la misma ley²⁵, dando así cumplimiento a la primera regla, de otra parte, solo puede haber un fallo sancionatorio cuando exista plena prueba del hecho violatorio de reglas o principios deontológicos²⁶.

La citada ley, anticipa la protección de este principio desde una etapa previa de la apertura formal de la investigación, pues establece que solo podrá dictarse resolución de cargos *“cuando esté establecida la falta a la deontología o existan indicios graves o pruebas que ameriten serios motivos de credibilidad sobre los hechos que son materia de investigación y responsabilidad deontológica disciplinaria del profesional de enfermería.”²⁷*

En ese sentido, se puede afirmar, que solo puede ser sancionado el profesional de enfermería autor y responsable de la conducta constitutiva de la falta deontológica; de hecho, solo puede estar en una investigación formal, cuando existan serios motivos de credibilidad.

En la jurisprudencia, se ha desarrollado lo referente a la regla de **in dubio pro funcionario**, se entiende además como un principio rector del proceso disciplinario.

“Como principio rector del procedimiento disciplinario, esta disposición consagra la regla del In dubio pro funcionario en términos jurídicos precisos, consistente en el deber de los funcionarios competentes de adelantar las

²⁴ CORTE CONSTITUCIONAL. (18 de diciembre de 2009). Sentencia 969 de 2009. M.P.: Maria Victoria Calle. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co(Referencia: expediente T-2338861). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-969-09.htm>

²⁵ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 57

²⁶ Íbid. Artículos 57

²⁷ Íbid. Artículos 52

investigaciones correspondientes sobre la conducta de aquéllos servidores que incurran en una eventual infracción de aquella naturaleza, con especial énfasis en la averiguación de todos los elementos que se relacionen con la misma, pero siempre sobre la base de la presunción de inocencia. Este deber consiste en la obligación del beneficio de la duda en favor del funcionario hasta que no quede descartada debidamente, y de conformidad con las reglas del debido proceso.”²⁸

De manera precisa la Ley 911 de 2004, da una estricta aplicación a esta regla, toda vez que establece que, “*La duda razonada se resolverá a favor del profesional inculpado.*”²⁹, y adicionalmente impone a los Tribunales éticos de enfermería la obligación de investigar, “*tanto lo favorable como lo desfavorable del profesional inculpado.*”³⁰

4.1.5. Principio de imparcialidad

Por medio del principio de imparcialidad, se garantiza que el juzgador no sea al mismo tiempo juez y parte, ni que sea juez de la propia causa. La jurisprudencia y la doctrina han distinguido dos formas de imparcialidad, la subjetiva y la objetiva.

La imparcialidad subjetiva exige que el juzgador sea ajeno a las partes del proceso, no debe haber tenido ningún interés en el caso específico³¹, en ese sentido, para el proceso deontológico disciplinario, se debería exigir que los magistrados que conocen de la investigación, no tengan ningún interés en los hechos objeto de investigación, ni deben tener relación con el profesional investigado.

²⁸ CORTE CONSTITUCIONAL. (11 de septiembre de 1995). Sentencia C 406 de 1995. M.P.: Fabio Moron Díaz. Relatoria. www.corteconstitucional.gov.co (REF: Expediente No. D-815). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/C-406-95.htm>

²⁹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 42, numeral 4

³⁰ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 42, numeral 5

³¹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T - 1034 de 2006. Ob. Cit.

De su parte, la imparcialidad objetiva exige que quien conozca del caso no haya tenido un acercamiento previo al tema a decidir, de modo que no haya prevención de ánimo, esto desde el punto de vista funcional y orgánico.³² Es por ello, que los magistrados de los tribunales éticos de enfermería, no deberán decidir de un caso con el que hayan tenido un contacto previo, pues tendrían prevención de ánimo, con lo que se vulneraría este principio.

Lo anterior encuentra sustento, como ya se ha sostenido, en el deber de garantizar el debido proceso como mandato constitucional, adicionalmente en el hecho de que los tribunales de enfermería tienen a su cargo una función pública. Si bien, los Tribunales de enfermería y los profesionales que lo integran, no deben ser considerados como empleados públicos, debe ser claro que tienen a su cargo una función pública de naturaleza administrativa, la cual se les encargó por medio de la Ley 266 de 1996 y posteriormente con la ley 911 de 2004.

“Tratándose de particulares en ejercicio de una función pública de naturaleza administrativa, los tribunales de ética médica, odontológica y de enfermería y sus miembros, son autoridades (artículo 2º de la Ley 1437 de 2011); forman parte de la organización de la administración pública (Ley 489 de 1998, artículo 2º); y profieren actos administrativos susceptibles de control judicial (Ley 1437 de 2011).”³³

Al ser una función pública, que corresponde al derecho disciplinario y que tiene como finalidad garantizar la ética y observancia de principios en el ejercicio de la profesión, se exige la *“observancia y cabal realización de los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, que informan la función pública.”*³⁴

³² *Ibíd.*

³³ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE CONSULTA Y SERVICIO CIVIL. (12 de diciembre de 2017). Sentencia 2340. C.P.: Germán Alberto Bula Escobar. www.consejodeestado.gov.co(Radicación número: 11001-03-06-000-2017-00079-00(2340)).

³⁴ *Ibíd.*

La ley 911 de 2004, en las normas referentes a la segunda instancia, propende por la garantía de la imparcialidad, puesto que establece, que *“si como consecuencia de la apelación de la resolución de preclusión el Tribunal Nacional Ético de Enfermería la revoca y decide formular cargos, los magistrados intervinientes quedarán impedidos para conocer la apelación del fallo de primera instancia.”*³⁵ En ese sentido, se garantiza que el juez que ya tuvo contacto con el caso, no vuelva a tenerlo respecto del mismo caso, garantizando así la imparcialidad objetiva.

Sin embargo, a modo de sugerencia, vale la pena resaltar que la ley se queda corta al definir condiciones que garanticen el principio de imparcialidad, toda vez que no existe prohibiciones o impedimentos expresos para los magistrados, en los casos en los que puedan haber tenido relación con los profesionales investigados, o cuando cuenten interés con el caso en concreto, lo que podría llegar a ser un riesgo para la garantía del debido proceso. Esto sin dejar de lado, el hecho de que la norma establece que *“En lo no previsto en la presente ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.”*³⁶

4.1.6. Principio de non bis in ídem y principio de cosa juzgada

*“El principio del non bis in idem (aforismo latino que significa “no dos veces sobre lo mismo”)*³⁷, pese a haber surgido en el derecho penal, hace también parte integral del derecho administrativo sancionador, la jurisprudencia ha hecho extensiva su aplicación en el derecho disciplinario,³⁸ de modo tal, que debe también tener plena observancia en el procedo deontológico disciplinario de enfermería.

³⁵ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 68

³⁶ *Ibíd.*

³⁷ NAVARRO, R. Ob. Cit., p.38

³⁸ CORTE CONSTITUCIONAL. (15 de octubre de 2002). Sentencia 870 de 2002. M.P.: Manuel José Cepeda Espinosa. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co(Referencia: expediente D-3987). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/C-870-02.htm>

En cuanto a su fundamento constitucional, es claro como el inciso final del artículo 29, establece este principio, indicando que el sindicado no podrá “*ser juzgado dos veces por el mismo hecho.*”³⁹

“La función de este derecho, conocido como el principio non bis in idem, es la de evitar que el Estado, con todos los recursos y poderes a su disposición, trate varias veces, si fracasó en su primer intento, de castigar a una persona por la conducta por él realizada, lo cual colocaría a dicha persona en la situación intolerable e injusta de vivir en un estado continuo e indefinido de ansiedad e inseguridad.”⁴⁰

Hay autores que sostienen que el principio de non bis in ídem, resulta ser uno de los efectos del principio de cosa juzgada⁴¹, de hecho, la corte ha definido estos principios de manera conjunta en los siguientes términos:

“Como quiera que el significado primigenio de los principios de non bis in idem y de cosa juzgada consiste en impedir que los hechos o conductas debatidos y resueltos en un determinado proceso judicial vuelvan a ser discutidos por otro funcionario en un juicio posterior, esta Corporación ha considerado que la relación que debe existir entre los hechos, el objeto y la causa de esos dos procesos debe ser de identidad. En efecto, la jurisprudencia señala que debe tratarse de motivos idénticos, de juicios idénticos, del mismo hecho, del mismo asunto o de identidad de objeto y causa.”⁴²

Con lo anterior, debe resaltarse, que el profesional de enfermería tiene derecho a que en los casos en los que exista un fallo sancionatorio emitido por los Tribunales éticos de enfermería, no puedan estos mismos tribunales volver a

³⁹ ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. (1991). Constitución política de Colombia. Ob. Cít. Artículo 29

⁴⁰ CORTE CONSTITUCIONAL. (15 de octubre de 2002). Sentencia 870 de 2002. Ob. Cit.

⁴¹ NAVARRO, R. Ob. Cit., p.39

⁴² CORTE CONSTITUCIONAL. (30 de abril de 1998). Sentencia T 162 de 1998. M.P.: Eduardo Cifuentes Muñoz. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co (Referencia: Expediente T-149814). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-162-98.htm>

someter a estudio los mismos hechos, con el fin de determinar de nuevo la existencia de responsabilidad deontológica.

Ahora bien, lo que si resulta posible es que el profesional de enfermería sea investigado de nuevo por los mismos hechos que ya fueron objeto de estudio en materia deontológica disciplinaria, pero en una jurisdicción diferente. “...*la Corte ha estimado que no se violan los principios constitucionales en comento cuando una misma conducta es juzgada por dos jurisdicciones diferentes con base en normas de categoría, contenido y alcance distintos*”⁴³. Así mismo lo entiende a Ley 911⁴⁴.

Siendo así, queda claro que los Tribunales éticos de enfermería, no podrán pretender sancionar a un profesional de enfermería múltiples veces, por un hecho que ya ha sido objeto de estudio de estos tribunales. De su parte, la Ley 911 de 2004, establece que el Departamental Ético de Enfermería no puede abrir investigación formal o dictar resolución de preclusión durante el curso de la investigación, cuando respecto de esa conducta exista cosa juzgada conforme al proceso disciplinario deontológico⁴⁵.

4.1.7. Prohibición de la reformatio in pejus

El principio de la reformatio in pejus, implica la prohibición de que en una instancia superior se agrave la sanción impuesta por el inferior. Este principio, es de estricta observancia en materia disciplinaria,⁴⁶ así lo ha reiterado la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

⁴³ *Ibíd.*

⁴⁴ “La acción disciplinaria por faltas a la deontología profesional se ejercerá sin perjuicio de la acción penal, civil o contencioso - administrativo a que hubiere lugar o de las acciones adelantadas por la Procuraduría o por otras entidades, por infracción a otros ordenamientos jurídicos.” Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 71

⁴⁵ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículo 48

⁴⁶ CORTE CONSTITUCIONAL. (23 de enero de 1997). Sentencia 012 de 1997. M.P.: Jorge Arango Mejía. Relatoría. www.corteconstitucional.gov.co (Referencia: Expediente D-1334.). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-012-97.htm>

"...según la jurisprudencia de la Corte Constitucional, inclusive en caso de actuaciones administrativas de naturaleza disciplinaria, diferentes al régimen penal, en atención a los principios constitucionales que establecen el debido proceso en todas las actuaciones judiciales y administrativas, no es constitucionalmente válido que el superior pueda agravar la sanción impuesta por el inferior"⁴⁷

Resulta relevante resaltar que, al ser predicable de las actuaciones administrativas, se entiende también exigible, para el régimen disciplinario de los procesos por responsabilidad deontológica de enfermería, aún más, cuando este es un principio de orden constitucional y toma carácter de derecho fundamental del apelante único. *"En sana lógica, es evidente que quien recurre una decisión, solo lo hace en los aspectos que le resultan perjudiciales. La situación del apelante puede mejorarse pero nunca hacerse más gravosa."*⁴⁸

De acuerdo con lo anterior, el profesional de enfermería que recurra una decisión, en la cual se le ha impuesto una sanción, goza del derecho a que esta sanción no se agrave, pues su situación, en calidad de apelante es posible mejorarla, pero no hacerla más gravosa.

En este mismo sentido, el régimen disciplinario consagrado en la Ley 911 de 2004, establece como norma rectora: *"El superior no podrá agravar la sanción impuesta cuando el sancionado sea apelante único."*⁴⁹; por lo que debe entenderse que respecto del principio de la reformatio in pejus, la Ley 911 de 2004 se ajusta y permite una plena observancia del mismo.

⁴⁷ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C 406 de 1995. Ob. Cit.

⁴⁸ CORTE CONSTITUCIONAL. (6 de abril de 2006). Sentencia T 291 de 2006. M.P.: Jaime Araújo Rentería. Relatoria. www.corteconstitucional.gov.co(Referencia: expediente T-1249393). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/t-291-06.htm>

⁴⁹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 42, numeral 6.

4.2. ETAPAS DEL PROCESO DISCIPLINARIO POR RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA

Teniendo en cuenta, que en el régimen disciplinario del proceso por responsabilidad deontológica de enfermería en Colombia, se encuentra regulada la competencia de los tribunales éticos de enfermería⁵⁰, la conformación de los mismos⁵¹ y lo referente a cada una de sus etapas en el código deontológico⁵², no resultaría útil hacer una transcripción de las normas allí contenidas, razón por la cual, únicamente se realizará un esquema que permita visualizar de manera general las etapas del proceso.

En los esquemas que se graficarán a continuación, se indican de manera puntual, cada una de las etapas del proceso disciplinario. En los cuadros sombreados, se identificarán los términos ordinarios de cada una de las etapas, esto, sin dejar de lado que existe la posibilidad de ampliar términos, según las características de la investigación y que también se encuentran descritas en la norma. En los cuadros punteados, se encuentran algunas de las vías por las cuales puede terminar el proceso.

4.2.1. Esquema de la Primera instancia: Tribunal Departamental ético de enfermería.

En el esquema que se planteará en seguida, se identificarán las formas con las que puede iniciar el proceso y las etapas de la averiguación preliminar.

⁵⁰ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Título IV, Capítulo I

⁵¹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Título IV, Capítulo II

⁵² Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Título V



Como se pudo apreciar, sea cual sea la vía, por la que haya iniciado el proceso, el Magistrado instructor debe determinar si (i) dicta resolución de apertura de investigación formal, en cuyo caso se pasaría de inmediato a la etapa de investigación formal o inductiva, o (ii) puede que tenga dudas respecto de la procedencia del proceso deontológico disciplinario, en cuyo caso, debe ordenar la investigación preliminar.

En la etapa de investigación preliminar, el proceso puede terminar⁵³ con una resolución motivada -cuadro punteado en el esquema-, ya que el magistrado instructor no puede abrir investigación formal, ni dictar resolución de preclusión, en los casos en los que *“aparezca demostrado que la conducta no ha existido o que no es constitutiva de falta deontológica o que el profesional de enfermería investigado*

⁵³ Realmente el proceso inicia de manera formal con la investigación formal o inductiva, por tanto, en la etapa de investigación preliminar no termina el proceso realmente, pues allí no habría iniciado formalmente.

no la ha cometido o que el proceso no puede iniciarse por haber muerto el profesional investigado, por prescripción de la acción⁵⁴ o existir cosa juzgada de acuerdo con la presente ley⁵⁵; en cuyo caso, el magistrado debe emitir resolución motivada, pero existe la posibilidad de interponer recursos ordinarios por parte del ministerio público, por el quejoso o su apoderado.⁵⁶

De su parte la etapa de investigación formal o instructiva, tiene como finalidad esclarecer los hechos constitutivos de responsabilidad deontológica por parte del profesional de enfermería, para que finalmente se decida si califica con resolución de preclusión o con resolución de cargos, tal como se apreciará en el siguiente esquema.



Vale la pena destacar, que resulta imperativo para el Tribunal ético de enfermería dictar resolución de cargos, solo en los casos en los que como resultado de la investigación formal, se haya logrado tener “*establecida la falta a la deontología o existan indicios graves o pruebas que ameriten serios motivos de credibilidad sobre los hechos que son materia de investigación y responsabilidad*”

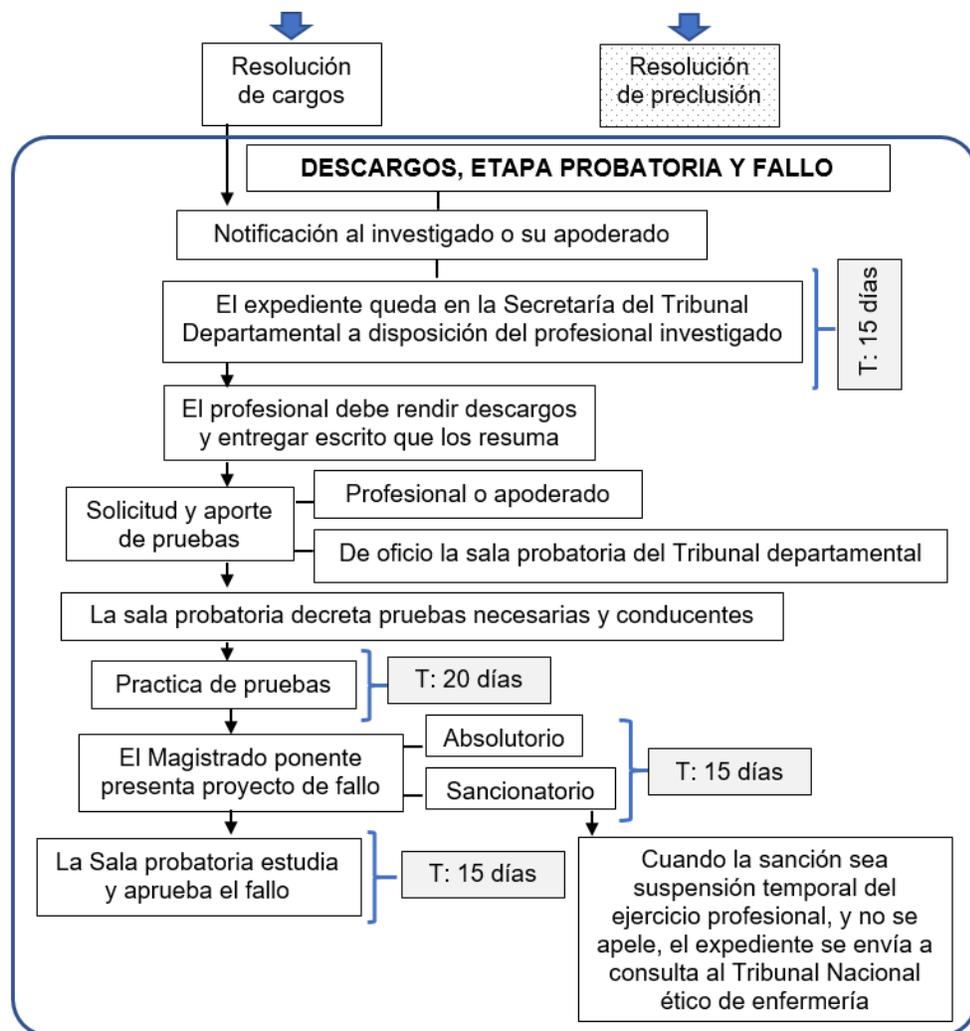
⁵⁴ El termino de prescripción de la acción es de 5 años desde la última conducta constitutiva de falta deontológica. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 70

⁵⁵ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 48

⁵⁶ *Ibíd.*

*deontológica disciplinaria del profesional de enfermería.*⁵⁷ Habiendo hecho algunas consideraciones acerca de las primeras etapas, se continúa con el esquema, teniendo en cuenta que el Tribunal puede decidir en dos sentidos, con resolución de cargos o resolución de preclusión, en este segundo caso, si no se interpone recurso, el proceso terminaría.

En la etapa de descargos, tal como se encuentra descrita en la Ley 911 de 2004, también se lleva a cabo lo correspondiente al iter probatorio, es decir, solicitud, decreto y practica de pruebas, posteriormente el Tribunal departamental emite el fallo.



⁵⁷ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 52

De esta etapa, resulta relevante indicar y reiterar que el fallo solo puede ser sancionatorio, cuando *“exista certeza fundamentada en plena prueba sobre el hecho violatorio de los principios y disposiciones deontológicas contempladas en la presente ley y sobre la responsabilidad del profesional de enfermería disciplinado.”*⁵⁸.

Ahora bien, el resultado del proceso, cuando se encuentre que hay responsabilidad deontológica del profesional de enfermería, implicará la imposición de una sanción, es decir un fallo sancionatorio. Las sanciones que establece Ley 911 de 2004 son cuatro, y se encuentran enunciadas en orden de gravedad así, *“1. Amonestación verbal de carácter privado. 2. Amonestación escrita de carácter privado. 3. Censura escrita de carácter público. 4. Suspensión temporal del ejercicio de la enfermería.”*⁵⁹

Ante cualquier fallo sancionatorio procede el recurso de reposición; solo en los casos de fallo sancionatorio que implique la sanción de los numerales 3 y 4, procede el recurso de apelación, y tal como se indicó en el caso de imponer la sanción del numeral 4, aun cuando no se interponga recurso de apelación, el expediente se envía a la segunda instancia, es decir al Tribunal Nacional ético de enfermería.

4.2.2. Esquema de la Segunda instancia: Tribunal Nacional ético de enfermería.

Dando cumplimiento al principio de la doble instancia, como ya se destacó previamente, el proceso disciplinario por responsabilidad deontológica, cuenta con la doble instancia, en la cual es competente el Tribunal Nacional Ético de Enfermería (TNEE).

⁵⁸ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 57

⁵⁹ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 61

El proceso puede llegar a la segunda instancia por tres vías, (i) la primera de ellas se da cuando se haya apelado la resolución motivada que no abre investigación formal ni dicta preclusión. Cuando el Tribunal Departamental debe abstenerse de abrir investigación formal o dictar resolución de preclusión por no haber conducta constitutiva de falta deontológica o no la haya cometido el profesional, el profesional de enfermería haya muerto, haya prelucido o exista cosa juzgada, debe emitir una resolución motivada que puede ser apelada por el ministerio público, por el quejoso o su apoderado⁶⁰.

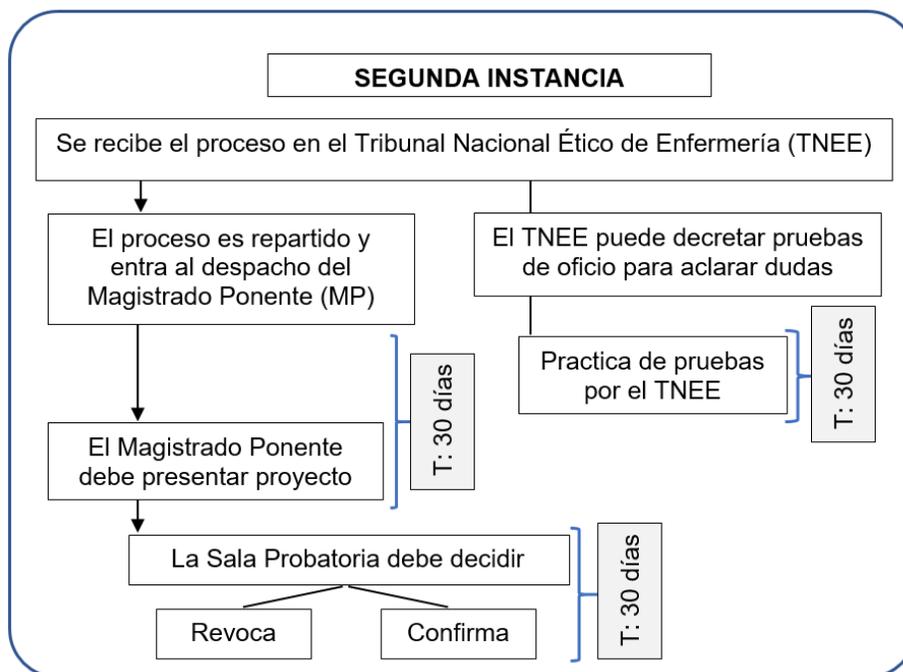
Otra forma de que el proceso llegue a la segunda instancia, al TNEE, es (ii) por disposición de la ley, cuando en el fallo se haya impuesto la sanción más gravosa⁶¹ y no haya sido apelado. Finalmente, el proceso puede llegar a la segunda instancia al TNEE, (iii) cuando el profesional sancionado o su apoderado hayan apelado el fallo, que sanciona con censura escrita de carácter público, o suspensión temporal del ejercicio profesional⁶².

Habiendo precisión sobre las vías de acceso del proceso al TNEE, a continuación, se describirán las etapas de esta segunda instancia, mediante esquema.

⁶⁰ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 48

⁶¹ Es decir, la suspensión temporal en el ejercicio profesional. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 58, y Artículo 61, numeral 4

⁶² Esto teniendo en cuenta que solo procederá el recurso de apelación, en los casos en los que el fallo imponga las sanciones de los numerales 3 y 4 del artículo 61 de la Ley 911 de 2004. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 68



De acuerdo con lo anterior, una vez el proceso se recibe en el tribunal debe repartirse e ingresar al despacho del Magistrado ponente, sin embargo, el TNEE puede decretar y practicar pruebas si lo considera necesario⁶³. Posteriormente el magistrado presenta proyecto, y es la sala probatoria quien finalmente decide.

Si el proceso ingresa al TNEE por la primera vía descrita anteriormente, y como resultado se revoca la resolución motivada y se formulan cargos, los magistrados intervinientes quedan impedidos para conocer de la apelación del fallo de primera instancia⁶⁴.

Finalmente, tenemos que las etapas del proceso deontológico disciplinario de enfermería en Colombia, de acuerdo con la norma y en un curso ordinario, tiene una etapa inicial luego de la cual puede haber una etapa de averiguación preliminar, o puede que se acuda directamente a la etapa de investigación formal o etapa instructiva. Posteriormente, si el proceso continúa, se seguirá con la etapa de

⁶³ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 59

⁶⁴ Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 68

descargos, en la cual además de los descargos, se lleva a cabo todo lo relacionado con las pruebas, para luego concluir con el fallo. En algunos casos, como se indicó, el proceso puede pasar a la segunda instancia.

Para concluir este acápite, tal como se indicó, resultan de estricta observancia los principios del debido proceso, tanto por mandato legal y evitar nulidades del proceso, como por mandato de preceptos superiores, ya que los mismos integran el debido proceso, entendido como derecho fundamental y garantía de orden constitucional. Es por esto que cada una de las etapas del proceso deontológico disciplinario de los profesionales de enfermería en Colombia, se ajusta a cada uno de los principios.

5. CONCLUSIONES

1. La enfermería como profesión en Colombia, adquirió su reconocimiento y autonomía gracias a la consolidación de escuelas de formación, a la expedición de títulos que certificaban los conocimientos adquiridos en la formación, a la consolidación de organizaciones gremiales y sindicales, a la expedición de normas jurídicas que establecían requisitos relativos al ejercicio de la enfermería y finalmente gracias a la autorregulación de la profesión.
2. La autorregulación de la profesión de enfermería, como avance y reconocimiento social de las capacidades de estos profesionales, trajo consigo la adopción del código de ética propio, en el cual se consagró lo referente a la deontología y régimen disciplinario correspondiente.
3. La autonomía, que hace parte de la profesión, implica la posibilidad de establecer sus propias reglas y aceptarlas de manera reflexiva, no por mera imposición, es por ello que, al formarse, el profesional de enfermería entiende de manera reflexiva los deberes mínimos éticos, a los que debe ajustar su ejercicio profesional.
4. Tal como se ha definido en el Código deontológico de enfermería, la profesión es autónoma y los profesionales podrán brindar una atención de calidad, siempre y cuando, se cumpla con una serie de condiciones, que en últimas se relacionan con condiciones de calidad y habilitación de los servicios de salud. Al respecto, el profesional de enfermería tiene el deber de verificar el cumplimiento de esas condiciones, y en caso de evidenciar déficit o falencias en alguna de ellas, deberá informarlo por escrito, lo que constituye también en un deber deontológico.
5. El profesional de enfermería tiene una serie de competencias y deberes, dentro de los cuales se encuentra enmarcado su ejercicio, por ende, solo deberá actuar en este marco de competencias, verificando, además, que su ejercicio pueda

ser prestado con calidad y con autonomía, de lo contrario puede incurrirse en faltas deontológicas.

6. En la relación del profesional de enfermería con otros profesionales del área de la salud, surgen deberes específicos. Las competencias y deberes por los cuales debe responder el profesional de enfermería, se encuentran condicionados por el tipo de relación en la que se ejecute la determinada conducta, ello deberá influir y ser tenido en cuenta, en el análisis que haga en magistrado del Tribunal ético de enfermería, para determinar la existencia de responsabilidad deontológica disciplinaria.

7. Respecto de su capacidad de delegar, el profesional de enfermería conserva el deber de supervisión, y responderá por los actos delegados, tal como se responde por el ejercicio propio, esto es como obligación de medio.

8. Bajo el supuesto de la delegación de una función que sea posible delegar: En materia deontológica, el profesional de enfermería responde por la omisión al deber de supervisión; pero nunca por los actos ejecutados por el personal auxiliar al que delego la función, toda vez que una de las condiciones para que se declare responsabilidad deontológica, es precisamente, que sea el mismo profesional investigado, quien haya incurrido en la conducta constitutiva de falta deontológica.

9. Respecto del deber específico relacionado con las prescripciones médicas¹, el profesional de enfermería responderá por lo ejecutado en el marco de sus competencias, con base en sólidos conocimientos científicos, por lo que deberá actuar con prudencia y diligencia, tanto para rehusarse, como para dar cumplimiento a la prescripción. Ello da muestra de la autonomía y rigor de la profesión.

¹ “Cuando el profesional de enfermería considere que como consecuencia de una prescripción se puede llegar a causar daño, someter a riesgos o tratamientos injustificados al sujeto de cuidado, contactará a quien emitió la prescripción, a fin de discutir las dudas y los fundamentos de su preocupación. Si el profesional tratante mantiene su posición invariable, el profesional de enfermería actuará de acuerdo con su criterio: bien sea de conformidad con el profesional o haciendo uso de la objeción de conciencia, dejando siempre constancia escrita de su actuación.” Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Ob. Cit., Artículos 22

10. La función sancionatoria es una potestad en cabeza del estado, sin embargo, los Tribunales éticos de enfermería son particulares a los que se les delega esta función pública, por tanto, en materia deontológica, tienen a su cargo el juzgamiento y la imposición de sanciones a los profesionales de enfermería.

11. El régimen disciplinario consagrado en el código deontológico de enfermería, hace parte del grupo de los procedimientos disciplinarios sancionatorios, los que a su vez hacen parte del derecho sancionatorio, razón por la cual, de este ámbito deben ser extraídos los elementos de la responsabilidad deontológica disciplinaria de enfermería.

12. En la responsabilidad deontológica disciplinaria hay elementos objetivos y subjetivos. Un primer elemento que deberá valorar el magistrado para determinar la existencia de responsabilidad deontológica es el de la conducta constitutiva de falta deontológica, la cual debe ser típica y antijurídica, y finalmente se debe valorar el elemento subjetivo de la culpabilidad. Estos elementos tienen ciertas precisiones.

13. La tipicidad, hace referencia a la consagración expresa de la conducta constitutiva de falta deontológica, sin embargo, en materia de responsabilidad deontológica disciplinaria, esta apreciación debe tener una comprensión un poco más amplia.

14. El profesional de enfermería tiene múltiples tareas en el quehacer diario de su ejercicio profesional, todas estas tareas no se encuentran descritas en el código deontológico, tal consagración resultaría interminable. Aun así, el profesional de enfermería puede incurrir en faltas a la deontología, con conductas que no están allí descritas, esto, porque su actuar puede ir en contra de los principios consagrados en el Código deontológico, en el cual se establece claramente, que se puede sancionar por faltas a los deberes o **principios** en él consagrados.

15. El amplio pero delimitado margen de valoración que tiene el Tribunal ético de enfermería, para valorar la conducta constitutiva de falta deontológica, no implica una vulneración al principio de legalidad. Si bien, es posible sancionar al profesional de enfermería, por una conducta que no esté descrita en el código deontológico, no quiere ello decir que se pueda sancionar cualquier conducta arbitrariamente, pues tal valoración encuentra su límite, en que esa conducta, ejecutada por el profesional de enfermería, debe haber sido contraria a los principios consagrados en el Código deontológico.

16. No existe una norma expresa que consagre el bien jurídico protegido por el régimen disciplinario deontológico de la enfermería en Colombia; sin embargo, se propone, de acuerdo con el alcance de la responsabilidad deontológica, y de la lectura integral de todas las disposiciones, **que el bien jurídico en este caso corresponda a la ética y deontología de la profesión.**

17. En cuanto al elemento de la antijuridicidad, en materia de responsabilidad ética o deontológica disciplinaria, es necesario que se verifique la afectación real al bien jurídico protegido, que en este caso corresponde a la deontología de la profesión. Adicionalmente la conducta debe ser injustificada. De modo tal que cuando el profesional de enfermería se encuentre inmerso en un proceso de responsabilidad deontológica, puede hacer uso de sus derechos y garantía constitucional al debido proceso, y si existió justificación alguna, deberá él mismo o por medio de su apoderado, solicitar las pruebas que considere conducentes para demostrar la justificación de su conducta. El Tribunal deberá valorar este aspecto y determinar si la justificación de su actuar es válida.

18. Si el profesional de enfermería cumplió con su deber de informar el déficit de condiciones que le permiten actuar con autonomía y brindar una atención de calidad, y aun así el responsable de ejecutar las mejoras no las hiciera, y ello repercutiera de alguna manera en el actuar de enfermería, pudiéndose ver inmerso en un proceso de responsabilidad deontológica disciplinaria, deberá tenerse en

cuenta que su actuar estuvo justificado, pues informó del déficit de condiciones. Por lo anterior, el Tribunal ético de enfermería debe tener en cuenta que hay condiciones que se escapan a la esfera de control de estos profesionales.

19. Si el profesional de enfermería informó al profesional de medicina, que consideraba que había irregularidades en una prescripción médica, aun así, este no la modifica, el profesional de enfermería cuenta con la posibilidad de no ejecutar tal prescripción. Ahora bien, si la ejecuta habiendo informado al médico, pero su competencia y conocimiento, le indican de acuerdo con la prudencia y diligencia que debe dar cumplimiento a la prescripción médica, y por esta conducta el profesional de enfermería llega a verse inmerso en un proceso de responsabilidad deontológica, deberá el Tribunal valorar si el hecho de haber informado puede considerarse como justificación.

20. El elemento subjetivo de la culpabilidad, en materia de responsabilidad deontológica disciplinaria, implica de suyo, el mayor grado de exigencia, toda vez que el código deontológico, exige que el profesional de enfermería, en el cumplimiento de los deberes deontológicos y acatamiento de los principios, debe actuar con prudencia y diligencia, como actuaría cualquier otro profesional de enfermería en su caso. En ese sentido, el Tribunal ético al valorar el elemento subjetivo, entenderá que el profesional de enfermería tiene responsabilidad ética o deontológica y debe ser sancionado, cuando haya actuado con dolo, culpa gravísima o culpa grave.

21. Con relación al régimen disciplinario consagrado en el Código deontológico, se puede afirmar que se da un correcto cumplimiento a los principios del debido proceso, a los cuales debe ajustarse todo proceso disciplinario sancionatorio, de modo que aquí se encuentra inmerso el proceso deontológico disciplinario de enfermería.

22. Un principio sobre el cual debe hacerse un mejor desarrollo para futuros proyectos o modificaciones del código de ética de enfermería, por no encontrarse consagrado en la norma, es el de imparcialidad, sin embargo, se destaca que el código exige que los Magistrados deben ser profesionales con reconocida idoneidad profesional, ética y moral, lo que implicaría que ellos mismos deberían actuar de manera ética manifestando sus propios impedimentos o recusaciones, a la hora de juzgar un determinado caso. En todo caso, puede consagrarse de manera explícita, con el fin de evitar afectaciones a la garantía constitucional del debido proceso.

23. En cada una de las etapas del proceso deontológico disciplinario, se debe tener plena observancia de los principios del debido proceso. Es por ello que la norma consagró en el Código, los deberes y principios, las sanciones y su graduación, el profesional cuenta con la posibilidad entre otras, de rendir descargos y solicitar o aportar pruebas para su defensa y contradicción de las pruebas existentes. Tal como se encuentra estructurado el proceso, da la posibilidad de acudir a la doble instancia en los casos en los que se puedan ver afectados gravemente los derechos del profesional implicado.

24. Existe una prohibición expresa, de juzgar temas sobre los cuales ya haya cosa juzgada en la misma materia. Tema diferente, es que el profesional haya sido investigado y tal vez exista cosa juzgada en materia penal o civil, en esos casos, si será posible iniciar el proceso por responsabilidad deontológica y ello no implica una vulneración al principio de non bis in ídem.

25. El Tribunal tiene a su cargo la obligación de imponer sanciones solo cuando realmente se haya demostrado la comisión de la conducta. Los elementos de la responsabilidad ética de enfermería, descritos de manera ordenada en **la presente tesis, puede considerarse como herramienta que le permite al magistrado del tribunal ético tener una “carta de navegación”**, a la hora de valorar la conducta del profesional de enfermería implicado en un proceso e responsabilidad ética.

BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS FUENTES DE CONSULTA

- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. *Temas Médicos*. Primera. Vol. XVI. Bogotá: Kimpres Ltda., 2003.
- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, COMISIÓN DE EDUCACIÓN. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. «Enfermería disciplina social y profesión liberal: desarrollo de las competencias del profesional de enfermería.» agosto de 2013. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Enfermería_Octubre2014.pdf (último acceso: 31 de julio de 2019).
- ACOFAEN, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. *Reseña Histórica*. s.f. <https://acofaen.org.co/> (último acceso: 10 de mayo de 2019).
- Agencia de Noticias de la Universidad Nacional. *El Espectador*. *Falta de enfermeros profesionales en Colombia pone en riesgo a los pacientes*. 20 de Marzo de 2014. <https://www.elespectador.com/noticias/salud/falta-de-enfermeros-profesionales-colombia-pone-riesgo-articulo-482029> (último acceso: 5 de Junio de 2019).
- ANEC, ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA. *Identidad. Reseña histórica de la ANEC*. 09 de Octubre de 2006. <https://www.anec.org.co/identidad1.html> (último acceso: 3 de Junio de 2019).
- ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. *Constitución política de Colombia*. Bogotá. D.C.: Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991, 1991.
- BEJARANO, JORGE. «Historia y Desarrollo de la Enfermería en Colombia.» *Revista de la Facultad de Medicina* XVII, nº I (Julio 1948): 1075-1079.
- BENTHAM, JEREMIAS. *Deontología o ciencia de la moral. Obra postuma de Jeremias Bentham. Revisada y ordenada por M.J. BOWEING y publicada en francés sobre el manuscrito original. Traducida al español por D. P. P.* TOMO 1. Valencia: Librería de Mallen y sobrinos en frente de San Martín, 1836.
- CARMONA, FRANCISCO, y otros. Análisis de la utilización de Nursing Activities Score en dos UCIS Españolas. *La Revista da Escola de Enfermagem da USP* 47, nº 5 (Julio 2013): 1108-1116.

- CIA, PEDRO, y Ma.TERESA DELGADO. Las relaciones entre profesionales en los códigos de deontología de diversas profesiones de la salud. *Cuadernos de Bioética* 29, nº 97 (2018): 271-280.
- CEJUDO, RAFAEL. Deontología y consecuencialismo: un enfoque informacional. *Crítica. Revista Hispanoamericana de Filosofía* 42, nº 126 (diciembre 2010): 3-24.
- Consejo Colegial de Enfermería. *Organización Colegia de Enfermería. Estándares de Calidad y recomendaciones.* 2014. <http://www.seguridadelpacienteyenfermero.com/ratios.html> (último acceso: 4 de Junio de 2019).
- CONSEJO DE ESTADO SALA DE CONSULTA Y SERVICIO CIVIL. Concepto C.E. 64 de 2006. C.P.: Flavio Augusto Rodríguez Arce. *EVA-Gestor Normativo.* www.funcionpublica.gov.co, nº Radicación número: 11001-03-06-000-2006-00064-00(1756) (diciembre 2006).
- CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN CUARTA. Sentencia 02097. C.P.: Jorge Rigoberto Villareal ocaña. nº Radicación número: 11001-03-15-000-2014-02097-00(AC) (febrero 2015).
- CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN SEGUNDA SUBSECCIÓN A,. Sentencia 01092. C.P.: William Hernández Gómez. *EVA-Gestor Normativo.* www.funcionpublica.gov.co, nº Rad. No.: 11001-03-25-000-2013-01092-00(2552-13) (mayo 2018).
- CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN SEGUNDA SUBSECCIÓN B. Sentencia 00032 de 2018. C.P.: SANDRA LISSET IBARRA VÉLEZ. *EVA-Gestor Normativo.* www.funcionpublica.gov.co, nº Rad. No.: 170012333000201400032 01 (1630-2015) (enero 2018).
- CONSEJO DE ESTADO. SALA DE CONSULTA Y SERVICIO CIVIL. Concepto. C.P.: Germán Alberto Bula Escobar. www.cosejodeestado.gov.co, nº Radicación número: 11001-03-06-000-2018-00217-00(2403) (marzo 2019).
- CONSEJO DE ESTADO. SALA DE CONSULTA Y SERVICIO CIVIL. Sentencia 2340. C.P.: Germán Alberto Bula Escobar. www.consejodeestado.gov.co, nº Radicación número: 11001-03-06-000-2017-00079-00(2340) (diciembre 2017).

- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia 012 de 1997. M.P.: Jorge Arango Mejía. *Relatoría*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: Expediente D-1334. (enero 1997).
- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia 870 de 2002. M.P.: Manuel José Cepeda Espinosa. *Relatoría*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expediente D-3987 (octubre 2002).
- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia 969 de 2009. M.P.: Maria Victoria Calle. *Relatoría*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expediente T-2338861 (diciembre 2009).
- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C 030 de 2012. M.P.: Luis Ernesto Vargas Silva. *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expediente D-8608 (febrero 2012).
- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C 095 de 2003. M.P.: Rodrigo Escobar Gil. *Relatoría*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expediente D-4172 (febrero 2003).
- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C 370 de 2012. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. *Relatoría*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: Expediente D - 8835 (mayo 2012).
- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C 406 de 1995. M.P.: Fabio Moron Díaz. *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº REF: Expediente No. D-815 (septiembre 1995).
- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C 593 de 2014. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expediente D-10032 (agosto 2014).
- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C 721 de 2015 M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. *Relatoría*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expediente D-10744 (noviembre 2015).
- CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C 921 de 2001. MP: Jaime Araujo Renteria. *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: Expediente D-3428 (agosto 2001).

- CORTE CONSTITUCIONAL. «Sentencia C 948 de 2002. M.P.: Alvaro Tafur Galvis.» *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expedientes D-3937 y D-3944 (noviembre 2002).
- CORTE CONSTITUCIONAL. «Sentencia C 948 de 2002. M.P.: Alvaro Tafur Galvis.» *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expedientes D-3937 y D-3944 (noviembre 2002).
- CORTE CONSTITUCIONAL. «Sentencia C-091 de 2017. M.P.: Maria Victoria Calle Correa.» *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: Expediente D-11506 (febrero 2017).
- CORTE CONSTITUCIONAL. «Sentencia C-762 de 2009. MP: Juan Carlos Henao Perez.» *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, Octubre 2009: Referencia: expediente D- 7607.
- CORTE CONSTITUCIONAL. «Sentencia T 1034 de 2006. M.P.: Jaime Cordoba Triviño.» *EVA-Gestor Normativo*. www.funcionpubilca.gov.co, nº Referencia: expediente T-1524734 (mayo 2007).
- CORTE CONSTITUCIONAL. «Sentencia T 1093 de 2004. M.P.: Manuel Jose Cepeda Espinosa.» *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia. Expediente T-791349 (noviembre 2004).
- CORTE CONSTITUCIONAL. «Sentencia T 162 de 1998. M.P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.» *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: Expediente T-149814 (abril 1998).
- CORTE CONSTITUCIONAL. «Sentencia T 291 de 2006. M.P.: Jaime Araújo Rentería.» *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expediente T-1249393 (abril 2006).
- CORTE CONSTITUCIONAL. «Sentencia T-373 de 2001 M.P.: Rodrigo Escobar Gil.» *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: expediente T-398862 (abril 2001).
- CORTE COSNTITUCIONAL. «Sentencia C 427 de 1994.» *Relatoria*. www.corteconstitucional.gov.co, nº Referencia: Expediente No. D-562 (septiembre 1994).

- CORTÉS, EDGAR. *Responsabilidad civil y daños a la persona. El daño a la salud en la experiencia italiana ¿un modelo para América Latina?* Primera. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2009.
- DA COSTA, SANDRA, y MARIA TREVIZAN. Los roles profesionales de un equipo de salud: La visión de sus integrantes. *RLAE. Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15, nº 1 (enero-febrero 2007): 2.
- DÍAZ PIÑA, ANTONIO. El concepto de profesión, su presencia en los textos legales en México, y una propuesta de definición. *Alegatos*, nº 83 (enero/abril 2013): 237-254.
- Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Minsalud. *Política Nacional de Talento Humano en Salud*. 10 de Julio de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf> (último acceso: 8 de Junio de 2019).
- DURKHEIM, ÉMILE. *Lecciones de sociología: física de las costumbres y del derecho/Emile Durkheim; versión directa del francés de David Maldavsky*. Buenos Aires: Schapire; 1966, 1966.
- ESCOBAR, ALICIA, JHON MATÍNEZ, LEIDY MONTENEGRO, MAGDA VARGAS, y DOLLY ARIAS. «Relación enfermera (o)/paciente según TISS 28. Aplicación Clínica en Cuidado Intensivo. 2011.» *Revista Facultad de Salud - RFS* 4, nº 2 (Julio 2012): 55-65.
- FRANCO, EDUARDO, FERNANDO GUZMÁN, y Ma CRISTINA MORALES. Criterios para definir la responsabilidad civil del acto médico. *Médico-Legal on-line. Revista Colombiana para los Profesionales de la Salud* 4, nº 2 (1998).
- GARZÓN, NELLY. Los Tribunales Éticos de Enfermería. *Actualizaciones en enfermería* 4, nº 4 (diciembre 2001).
- GÓMEZ, CONSUELO, y otros. *Tres escuelas una historia. Formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2011.
- GONZÁLEZ, ELIAZAR, ANA ARRAS, y LETICIA MORIEL. La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. *TECNOCENCIA* VI, nº 1 (enero-abril 2012): 1-7.

- GUERRERO, SARA, y PATRICIA CID. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan* 15, nº 1 (abril 2015): 129-140.
- HENAO, JUAN CARLOS. *El Daño. Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en Derecho colombiano y frances*. Primera. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1998.
- HYUN, JUH, JUNGEUN KOH, HA EUN, HA JIN, y SEOUNGYOON SONG. Current Status of Nursing Law in the United States and Implications. *Health Systems and Policy Research* 5, nº 1 (Enero 2018): 1-7.
- IRACHETA, FRANCISCO. Deber y finalidad en la ética de Kant. *Theoria. Revista del Colegio de filosofía*, nº 18 (2007): 165-189.
- JIMENEZ DE ESQUENAZI, TERESA. *Proceso de Enfermería: Una metodología para la Práctica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 1997.
- LOPERA, ANGELA. 10 años de la Ley 911 de 2004. *Avances en Enfermería* (Universidad Nacional de Colombia) 32, nº 2 (julio-diciembre 2014): 183.
- LOPERA, ANGELA. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Febrero de 2018. <http://www.trienfer.org.co/> (último acceso: 8 de mayo de 2019).
- LÓPEZ, JOSE, y ANGELA APARIS. Aproximación al concepto de deontología (I). *Revista Persona y Derecho*, nº 30 (1994): 163-185.
- MINSALUD. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. Paquetes instruccionales. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Vers. 2. *minsalud.gov.co*. 22 de octubre de 2013.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf> (último acceso: 31 de julio de 2019).
- MINSALUD. *Ministerio de Salud y Protección Social de la Republica de Colombia*. 16 de Junio de 2019.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/infraestructura-en-salud.aspx> (último acceso: 16 de Julio de 2019).

- MINSALUD. *SISPRO. Sistema Integrado de Información de la Protección Social*. agosto de 2019. <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx> (último acceso: 4 de agosto de 2019).
- MINSALUD. *Sistema de Información para la Calidad*. Agosto de 2019. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistemade-informacion-para-calidad.aspx> (último acceso: 4 de Agosto de 2019).
- MOURE, EUGENIO. El fundamento ético de la responsabilidad sanitaria. *Revista de responsabilidad civil y seguro*, 2008: 111-130.
- NAVARRO, ROMAN. El ejercicio profesional y la responsabilidad penal, civil, administrativa y ético disciplinaria derivada de su ejercicio. *Gestión* 14, nº 1 (Primer Semestre 2006): 11-54.
- ORTIZ, LUIS, JOSÉ CUBIDES, y DIEGO RESTREPO. Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistemad einformación del registro único nacional del talento humano en salud. *Monitor Estratégico* (Ministerio de Salud), nº 4 (julio-diciembre 2013): 63-68.
- POTTER, PATRICIA, y ANNE PERRY. *Fundamentos de enfermería*. Quinta. Barcelona: Harcourt, 2002.
- RESTREPO, JAVIER. *La Cruz Roja en la Historia de Colombia 1915-2005*. Bogotá: Cruz Roja Colombiana, 2005.
- ROMERO, ELIZABETH, JOHANA LORDUY, CARMEN PÁJARO, y CAROLINA PÉREZ. Relación entre la carga laboral de enfermería y la gravedad del paciente ne unidades de cuidado intensivo de adultos. *Aquichan* (Universidad de La Sabana) 11, nº 2 (Agosto 2011): 173-186.
- SIECKMANN, JAN-R. El concepto de Autonomía. *DOXA, Cuadernos de Filosofía del Derecho*, nº 31 (2008): 465-484.
- SILVA DE MOJICA, CECILIA. Remembranzas alrededor de los 25 años de ACOFAEN: 168-1993. *Avances en Enfermería* XIII, nº 1 (1995): 19-23.
- SUÁREZ, DAVID, PAULINA MEJÍA, y LAURA RESTREPO. Procedimientos administrativos sancionatorios. *Opinión jurídica* 13, nº 25 (Enero-Junio 2014): 139-154.

- SUÁREZ, MARIELA. Registros de Enfermería como evidencia del cuidado. *Ciencia e Innovación en Salud* (Universidad Simón Bolívar) 1, nº 2 (2013): 126-133.
- TAMAYO, ALFONSO. Ética médica y responsabilidad legal. Editado por Tribunal Nacional de Ética Médica. *Ética y responsabilidad en medicina*. Santafé de Bogotá : Giro Editores Ltda., 1994. 49-70.
- UNION PROFESIONAL. Deontología profesional: los códigos deontológicos. unionprofesional.com. s.f.
http://www.unionprofesional.com/estudios/DeontologiaProfesional_Codigos.pdf (último acceso: 15 de octubre de 2019).
- VELANDIA, ANA LUCIA. La influencia de la "Cuestion femenina" en la educación de Enfermería en Colombia. *UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA XX*, nº 1 (Marzo 2002): 36-52.
- VELANDIA, ANA LUISA. Análisis prospectivo de la Enfermería en Colombia frente a las nuevas tendencias en Salud y Educación en América Latina. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta para desarrollar un Plan de Enfermería para 1998 – 2002. Washington D.C. 1997. *Publicaciones & Reflexiones Ana Luisa Velandia Mora*. 8 de septiembre de 2010. <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2010/09/analisis-prospectivo-de-la-enfermeria.html> (último acceso: 19 de junio de 2019).
- VELANDIA, ANA LUISA. Historia de la enfermería en Colombia. Cap. XI de *CULTURA DE LOS CUIDADOS: HISTORIA DE LA ENFERMERÍA IBEROAMERICANA*, de JOSÉ SILES, TAKA OGUISSO, GENIVAL FERNANDES DE FREITAS y PAULO SOUZA, 349-377. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario, 2013.
- VELANDIA, ANA LUISA. La enfermería en Colombia. Análisis sociohistórico. *História de enfermagem: Revista eletrônica - HERE* 1, nº 2 (2010): 263-294.
- ZAPATA, JONATHAN. Los tipos sancionatorios en blanco en el derecho disciplinario. Un análisis desde el debido proceso. *Opinion Jurídica* (Universidad de Medellín) 16, nº 31 (Enero-Junio 2017): 175-196.