

Ética y bioética en Fisioterapia

Ethics and Bioethics in Physiotherapy

Sonia Amparo Muñoz Fernández*

© <https://orcid.org/0000-0002-1992-5252>

Diana Yasmín Perafán González**

© <https://orcid.org/0000-0002-2042-1246>

Resumen

Este capítulo se propone relacionar la fisioterapia con la bioética, a través de la revisión del concepto de la persona humana y los principios de la bioética; el desempeño clínico permeado por criterios bioéticos de todos y cada uno de los profesionales en salud redonda en ganancias para el dúo profesional de la salud - usuario; se visualiza la fisioterapia como profesión liberal que es relativamente nueva; es necesario comprender de qué se trata y conocer un poco del desarrollo de su historia en Colombia. Objetivo: Socializar el estado del arte de la bioética en nuestro país, específicamente en el gremio de la fisioterapia. Visto desde la relación con el usuario y la sensibilización hacia ella por parte de los estudiantes de esta profesión. Desarrollo: Se retoman los elementos para la atención del paciente que publicó la Guía Práctica

*Universidad del Valle. Cali, Colombia.

✉ samf2609@gmail.com

**Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ diana.perafan00@usc.edu.co

Cita este capítulo

Muñoz Fernández, S. A. y Perafán González, D. Y. (2020). Ética y bioética en Fisioterapia. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 195-225). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Clínica, tales como examen, evaluación, diagnóstico, intervención y revaloración. Se exponen conceptos clave de la fisioterapia con su historia y las funciones que desempeñan los profesionales de esta área en relación con el surgimiento de la bioética, iniciando con la bioética y su razón de ser: la persona humana, relacionan la bioética y la persona humana, continuando con la relación bioética, persona humana y fisioterapia, los principios de la bioética y su relación con la fisioterapia y finalizando con la bioética personalista y sus principios. Por otra parte se aborda el principalismo que enfoca la atención en la salud y sus posibles complicaciones desde una manera muy general.

Conclusiones: Los trabajos de investigación aún son muy pocos y los que existen se dedican en su mayoría a la experiencia clínica, desde las áreas de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Se debe continuar investigando en “crear conocimiento y validarlo”.

Palabras clave: ética, bioética, bioética en fisioterapia, ética y fisioterapia.

Abstract

This chapter proposes to relate physiotherapy with bioethics, through the review of the concept of the human person and the principles of bioethics, the clinical performance permeated by bioethical criteria of each and every one of the health professionals results in earnings for the healthcare professional duo - user. Physiotherapy is visualized as a liberal profession that is relatively new, understanding what it is about and a bit of the development of its history in Colombia; Objective: To socialize the state of the art of bioethics in our country, specifically in the field of physiotherapy. Seen from the relationship with the user and the awareness towards it by the students of this profession. Development: the elements for patient care published in the Clinical Practice Guide are retaken, such as examination, evaluation, diagnosis, intervention and reassessment. Key concepts of physiotherapy are exposed with its history and the functions performed by professionals in this area in relation to the emergence of bioethics, starting with bioethics and its reason for being: the human person, they relate bioethics and the human

person, continuing with the relationship bioethics, human person and physiotherapy, the principles of bioethics and its relationship with physiotherapy and ending with personal bioethics and its principles. On the other hand, the Principal is addressed, which focuses attention on health and its possible complications from a very general way.

Conclusions: Research works are still very few and those that exist are mostly devoted to clinical experience, from the areas of evaluation, diagnosis and treatment. Research should continue to “create knowledge and validate it.”

Keywords: ethics, bioethics, bioethics in physiotherapy, ethics and physiotherapy.

Introducción

Para cualquier profesional de otra disciplina, el impartir clases de ética y bioética a los estudiantes de Fisioterapia, significa afrontar el reto de lo desconocido; generalmente relacionan Fisioterapia con los ortopedistas y los fisiatras, que ayudan al alivio del dolor y a recuperar el movimiento físico cuando presenta alteraciones; sin embargo, poco a poco van aprendiendo más desde sus estudiantes de los diferentes roles académicos y sociales de la fisioterapia. En su mayoría los grupos de estudiantes de Fisioterapia son pequeños y mixtos, en su mayoría mujeres aunque ya en los últimos años ha aumentado la proporción de hombres interesados en formarse en esta profesión. Es característico en los grupos de estudiantes que sean muy laboriosos, cumplidores de su deber, inquietos, creativos, críticos, aportan ideas al curso y además saben enseñar a otros acerca de sus conocimientos, con todas estas cualidades es evidente que en su mayoría viven muy bien los objetivos que propone la profesión. Otra característica es que al paciente se le llama usuario del servicio.

Entre los objetivos de la Fisioterapia (Univalle, 2020) están “abordar la condición de salud en el campo del movimiento corporal humano y contribuir a la transformación de la realidad de las personas con alteración motora o en riesgo de adquirirla”, además de la investigación,

la innovación académica y técnica y el trato humano que le dan a sus “usuarios”, mal llamados pacientes.

Este capítulo se propone relacionar la Fisioterapia con la bioética, a través de la revisión del concepto de la persona humana y los principios de esta; el desempeño clínico permeado por criterios bioéticos de todos y cada uno de los profesionales en salud redundan en ganancias para el dúo profesional de la salud - usuario. En este caso el fisioterapeuta se vuelve más consciente del otro, de la importancia de la escucha y de la empatía que se desarrolla debido al tiempo relativamente largo que comparte con sus usuarios, al mismo tiempo que la atención se realiza en forma más efectiva, competente y científica. El usuario, a su vez, también se beneficia porque encuentra alivio a su dolor o recuperación de su movilidad parcial o total, e igual de importante, se siente escuchado, comprendido en su cosmovisión personal, social, espiritual y familiar.

Para llegar a este fin, se visualiza la Fisioterapia como profesión liberal que es relativamente nueva, se busca comprender de qué se trata y ver un poco del desarrollo de su historia en Colombia; además repasar los principios de bioética, aplicados al quehacer de la fisioterapia, y revisar su legislación y normatividad actual en Colombia. Para así terminar con las conclusiones pertinentes a la problemática que presenta la fisioterapia en la resolución de los diferentes dilemas éticos y para los cuales aún no hay mucho escrito. Es frecuente que el fisioterapeuta genere admiración por su oficio, que en su actuar transdisciplinar propone autónomamente medidas que mejoran la situación de vida del usuario. Aunque falta aún vincular todos los aspectos bioéticos a su práctica clínica específica y se deben hacer muchos más estudios de investigación que no sea sólo clínica, sino con respecto al deber ser de su práctica clínica.

Fisioterapia

El término *fisioterapia* (Reyes, 2006) proviene de los vocablos griegos *physis* (naturaleza) y *therapehia* (tratamiento), entendiéndose como tratamiento a partir de la naturaleza. Según el *diccionario de la RAE* (2019) *fisioterapia* significa “Tratamiento de lesiones, especialmente

traumáticas, por medios físicos, como el calor, el frío o el ultrasonido, o por ejercicios, masajes o medios mecánicos”. La Organización Mundial de la Salud –OMS– (Colfisiocant, 2020) define en 1958 a la fisioterapia como: “El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”. La Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT) en 1987 la define como: “El conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud”.

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas (CGCF) la define en el Estatuto General (Título I, Capítulo I. Artículo 1), como: “la ciencia y el arte del tratamiento físico; es decir, el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan y previenen las enfermedades, promueven la salud, recuperan, habilitan, rehabilitan y readaptan a las personas afectadas de disfunciones psicofísicas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud”. La Asociación Americana de Fisioterapia --APTA-- (Reyes, 2001), la define como “una práctica profesional autónoma, que se caracteriza por el juicio profesional en el trabajo independiente”. En el 2001 publicó la Guía Práctica Clínica, que define los elementos para la atención del paciente, como examen, evaluación, diagnóstico, intervención y revaloración.

Funciones del fisioterapeuta

Asistencial: es la función del fisioterapeuta en interacción con el usuario, para prestarle un servicio donde contribuya al bienestar de la persona afectada por una patología, un trauma o porque desea mejorar en relación con sus movimientos corporales. En la valoración del usuario es necesario tener en cuenta una mirada integral del paciente considerando sus aspectos personal, familiar, cultural, religioso y socioeconómico. Esta rama asistencial tiene diferentes perfiles tales

como el osteomuscular, el cardiorrespiratorio y el neológico, estos perfiles intervienen en cualquiera de los grupos etarios.

Docencia: es la función que desempeñan los fisioterapeutas en la enseñanza de la profesión a nivel universitario o en la investigación clínica, ética y ontológica.

Gestión - administración: son las funciones administrativas que desempeña el fisioterapeuta en los centros de rehabilitación o en el área de la salud a nivel de políticas públicas.

Investigación: son las diferentes funciones que con fines de estudio y profundización en el conocimiento específico del movimiento corporal humano realizan los fisioterapeutas en todas las áreas pasando por las ciencias básicas hasta la generación de nuevas técnicas específicas.

Todas estas funciones tienen cabida en las diferentes áreas de desempeño de los profesionales en fisioterapia cuyo campo de acción incluye el área deportiva, ocupacional, clínica y comunitaria entre otras.

Historia de la fisioterapia

Se puede esbozar la historia general de la fisioterapia en tres grandes etapas: La primera etapa comprende la aplicación desde la época primitiva, de terapias a nivel experiencial curativo con sentido mágico y religioso. La segunda etapa es la terapéutica con el objetivo de preparar mejor físicamente a los soldados para la guerra y a los deportistas para las competencias. Incursionando en el uso de terapias con diferentes medios para aliviar y fortalecer el estado físico. Y la tercera etapa es el desarrollo y reconocimiento de la fisioterapia como profesión en la edad moderna (Grillo, López, 2016; Gómez, Colado, Rebollo y Villafaina, 1996).

En el nivel empírico:

- iar la enfermedad, asociados a rituales mágicos y religiosos.
- En Mesopotamia y el antiguo Egipto se utilizaban medios vegetales en forma terapéutica.

- Los aztecas y los mayas en América utilizaban el vapor de agua en sentido curativo.

En el nivel terapéutico:

- En Grecia, Hipócrates, Herodio, Aristóteles y otros, aportan al nacimiento de la fisioterapia, con la terapia física y la terapia por vendaje neuromuscular, para fortalecer los músculos y preparar el cuerpo para la guerra, la caza y el deporte. Aristóteles estudia también la marcha humana y las descargas eléctricas como tratamiento para la gota por medio del “pez torpedo”.
- Posteriormente la civilización romana aporta los conceptos básicos de masoterapia (masajes), la hidrocinesiterapia (el agua como agente terapéutico), la poleoterapia (cuerdas y poleas que facilitan el movimiento articular) y los ejercicios terapéuticos.
- En la edad media, un grupo de cirujanos-barberos se dedicó a la terapia física de sus pacientes.

En la modernidad:

- Estocolmo, 1813. P. Henrik Ling funda el Instituto Real de Gimnasia donde practica el llamado “Masaje sueco” y publica el libro Principios Generales de la Gimnasia.
- En 1847, Georgil, alumno de Ling, crea el término kinesiterapia.
- En 1864 en EEUU, Taylor Still propone la osteopatía (sistema músculo-esquelético) para la comprensión de la salud y la enfermedad.
- En 1895 Palmer también en EEUU, inicia la quiropraxia (relación entre la columna y los nervios), como tratamiento para el dolor. Iniciándose con estos últimos la Terapia Manipulativa Articular.
- El alemán S. Kneipp populariza el uso de la hidroterapia. Más adelante también se utiliza la balneoterapia (uso del agua en balnearios).
- G. Zander escribe en 1883 la obra Mechanical Exercise: A Means of Cure e inicia la mecanoterapia con el uso de aparatos de resistencia muscular gradual.

- En 1913 se establece en Nueva Zelanda “la Escuela de Fisioterapia” en la Universidad de Otago.
- En 1915 en Inglaterra, se inicia el desarrollo de la Fisioterapia Respiratoria después de la primera guerra mundial, para atender a los pacientes afectados por el gas mostaza.
- En 1917, durante la primera guerra mundial (1914-1918), se utilizan en EEUU las máquinas de Zander y el movimiento sueco de Ling para tratar a los soldados heridos con lesiones físicas.
- En 1920 un brote de poliomielitis en Suecia, Noruega, Países Bajos y EE.UU, dejó secuelas físicas y mentales en niños y adultos.
- Entre 1939 y 1944, como consecuencia de la segunda guerra mundial, se presentó otra gran demanda de los servicios de fisioterapia, debido a la gran cantidad de heridos.
- Como resultado de las guerras y de la epidemia de polio, se resignifica el concepto de discapacidad y de rehabilitación humanas, para velar por la recuperación o el restablecimiento de una función perdida.
- Estos hechos nos hablan del tronco común histórico, que une a la medicina en sus ramas de ortopedia, neurología y neurocirugía con la fisioterapia. Y se toma conciencia entre la comunidad médica de la necesidad de profesionalización de la fisioterapia, con lo cual se inician las primeras carreras en las universidades, con las posteriores especializaciones, maestrías y doctorados.
- A partir del siglo XX se profesionaliza la fisioterapia como una disciplina liberal que realiza valoración diagnóstica y tratamientos propios, con sus diferentes especializaciones y maestrías.

El surgimiento de la bioética

El primer dilema, en general, es diferenciar la ética de la moral (Ortiz Millán, 2016). Se podría realizar una aproximación diciendo que la ética es la ciencia que estudia el comportamiento moral humano y la moral es el estudio de las costumbres o comportamientos humanos en sociedad. La ética siempre se ha ocupado de analizar quién es el hombre, como

debe ser su comportamiento para que viva feliz dentro de su entorno, su profesión y sus condiciones de vida. La deontología a su vez, es el arte de comportarse como debe ser dentro de la profesión u oficio. En las profesiones de salud, la deontología o normativa ética habla de las características que debe tener la persona para vivir esa profesión de servicio con la mejor disposición, y qué debe tener en cuenta para esa realización: los deberes y derechos de los pacientes, la autonomía del propio profesional, tener claro a qué se compromete y a que no en el ejercicio profesional, y ante todo el respeto por la vida humana y la dignidad de los pacientes o usuarios de los servicios de salud. Hay que tener muy en cuenta la máxima de “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre” (Matijasevic, 2011), que aplica principalmente a los médicos, pero que también es muy útil en el caso de las profesiones afines a la salud y en especial al caso de la rehabilitación humana.

La bioética es una novísima disciplina ética que se inicia con el intento de entrelazar las ciencias y la tecnología con las humanidades y las artes, que históricamente iban por caminos diferentes y hasta se contradecían. Pero debido al desarrollo de nuestras civilizaciones, empiezan a ocurrir hechos que ya no se pueden explicar solamente desde la ética profesional, porque tocan con proyectos que modifican positiva o negativamente otras vidas humanas en su búsqueda por encontrar: la salud o la longevidad, impedir el nacimiento, modificar la genética de los seres humanos, encontrar tratamientos para muchas enfermedades que antes no eran curables y un largo etcétera (bioética clínica) (León Correa, 2009).

También con estos nuevos proyectos tecnocientíficos afectamos los ecosistemas y las demás formas de vida en la tierra y actualmente en el universo (bioética global) (Borgoño Barros, 2009).

El surgimiento la bioética como la conocemos hoy tuvo entre sus primeros escritos a Fritz Jahr (Garzón, 2009) teólogo protestante, en 1927, quien utiliza por primera vez el término bioética y sugiere que las plantas y los animales merecen el mismo respeto que los seres humanos. El habla del “imperativo bioético en un artículo titulado Bioethics: A Review of the Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants”, publicado en la revista *Kosmos*. Este autor es nombrado por algunos y no es tenido en cuenta por otros en las reseñas acerca de la historia

de la bioética, porque era un investigador biológico que trabajaba con animales únicamente, pero contribuyó, con su antecedente, a los derechos de los animales en investigación, que serían proclamados más tarde (Capacete, 2018). Luego ocurren múltiples hechos importantes en la historia del siglo XX, que no se pueden resolver solamente desde la ética personal o profesional.

Entre ellos se destacó el holocausto nazi (ocurrido entre 1939 y 1945) y la gran paradoja bioética que surgió, al observar como las ciencias y la tecnología avanzaron a pasos agigantados, pero a costa de la vida de muchos seres humanos con quienes se experimentó en vivo y en contra de su voluntad. En ese momento se puso en evidencia que no había normativas para la investigación en seres humanos, además de la clara violación a los derechos de la población. En 1945 estallan las bombas nucleares sobre Hiroshima y Nagasaki, surgiendo el dilema acerca de si el desarrollo de la ciencia y la tecnología bastan por sí mismos o necesitan progresar de la mano de las humanidades y las normas éticas. Se puso en evidencia que no todo lo que el ser humano es capaz de hacer lo debe hacer, como lo proponía Kant (González Vallejo, 2010). Estos dos hechos suscitan en 1948 la proclamación de los Derechos Humanos por parte de la Organización de Naciones Unidas. En 1957 el Tribunal Médico de California utilizó el término consentimiento informado (Collazo, 2002), en busca de defender los derechos de los pacientes (usuarios) y su autonomía. En 1964 la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000), habla sobre las normas para la experimentación con humanos.

En 1970, Van Rensselaer Potter publica el neologismo bioético, en su libro *Bioética: un puente hacia el futuro* (Quintanas, 2009). Donde habla de tender un puente entre las ciencias y técnicas con las humanidades para que trabajen en conjunto, y así tratar de evitar posibles catástrofes mundiales. Además, sugiere que la bioética nos proporcionará “el conocimiento de cómo usar el conocimiento”. En 1973 se publica la carta de los derechos de los pacientes (Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales, 1973). En 1978 el Informe Belmont (1979) normatiza la experimentación sobre seres humanos. En 1979 se publica el libro *Los Principios de Ética Biomédica* de Beauchamp y Childress (2001) acerca de la justicia y la no maleficencia, la autonomía y la beneficencia.

A partir de esta década se sigue trabajando en todos los proyectos sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los seres humanos con parámetros bioéticos que intentan dar nuevas miradas sobre los dilemas que se presentan en torno a la salud de las personas y la vida en general.

Como hecho importante y relacionado con nuestro tema del movimiento y la rehabilitación humanas, en el 2005 se publica la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y la Discapacidad emanada de la Unesco. Podemos observar cómo en bioética y en todas las profesiones en torno a la salud, el centro es el ser humano. Un ser humano que atiende a otro ser humano, uno poseedor del conocimiento y las habilidades que está dispuesto a servir y el otro, un ser doliente que necesita orientación y quiere recibir ayuda.

La bioética y su razón de ser: la persona humana

Entonces viene la pregunta por la persona humana: *¿Quién es la persona humana?* y la respuesta desde la visión antropológica dirá que es un ser humano que conforma una unidad corpóreo espiritual, que se expresa a través de tres dimensiones, la biológica, la psicológica y la espiritual (Beltramo Álvarez, 2018).

Esa unidad corpóreo-espiritual es fácilmente observable por todos, somos un cuerpo animado o un espíritu corpóreo, que tiene una parte tangible, que es el cuerpo y una parte intangible o espiritual que es capaz de pensar sobre sí mismo. El ser humano es una unidad porque no podemos coexistir una parte sin la otra, soy mi cuerpo y soy mi espíritu.

Para un mejor entendimiento tenemos tres campos de acción o tres niveles de expresión:

- El nivel biológico: que se expresa a través de nuestro cuerpo con la fisiología y la biología, define al ser humano con el sexo masculino (xy) o femenino (xx) y contiene la impulsividad sexual.
- El nivel psicológico: área donde se expresan los sentimientos, afectos, pasiones y pensamientos. Es una intersección de unión entre el nivel biológico y el nivel espiritual.

- El nivel espiritual: Es finalmente la definición de la persona como ser humano y la diferencia del resto de las especies de seres vivos. Tiene la capacidad de razonamiento y la capacidad de decisión, a partir de la voluntad libre.

Relacionando la bioética y la persona humana

La bioética al conectar las ciencias con las humanidades tiene su esencia a partir de las propias vivencias y actos de las personas. Unos crean la ciencia, realizan la investigación, desarrollan la tecnología y los otros sufren las consecuencias positivas o negativas de estas primeras. Ahora vemos como la aplicación del binomio ciencia-tecnología incide sobre todas las formas de vida y en este tema que nos ocupa, sobre todo en la vida humana.

Es el hombre quien ha descubierto las ciencias y las está investigando; por eso se dice que las ciencias no son neutras, dependen de los intereses del investigador, de quienes patrocinan la investigación, o de intereses políticos y económicos (en busca del poder).

Los eventos científicos que son analizados por la bioética en sus diferentes problemáticas, de no fácil solución, afectan a la humanidad en general, en forma positiva o negativa, haciéndole un bien a la humanidad completa cuando estos hallazgos se vuelven patrimonio de la humanidad, como en el caso del genoma humano; haciéndole un bien a una parte de la sociedad, como en el caso de las vacunas, que favorecen sus beneficiarios pero no siempre a aquellas poblaciones en las cuales se realizan las pruebas. O haciéndole un perjuicio a la humanidad cuando son mal utilizados, como en el caso de las bombas atómicas o de los agentes letales fabricados en el laboratorio.

Entonces bioética y persona humana siempre están y estarán ligadas como un binomio que funciona en doble vía y del cual siempre saldrán beneficiadas o perjudicadas las personas humanas, llámense profesionales de la salud, usuarios-pacientes o sociedad en general. Y siempre se cumplirá el análisis de los actos éticos según Fernández de Córdova en su libro *30 lecciones de iniciación filosófica*:

El objeto hace la acción buena o mala intrínsecamente. Si el objeto es malo no lo hacen bueno ni el fin ni las circunstancias. El objeto bueno puede volverse malo por el fin y las circunstancias. El fin nunca justifica los medios. Y los actos que son indiferentes por su objeto pueden volverse buenos o malos por el fin y las circunstancias (Fernández de Córdova, 2006).

Relación bioética, persona humana y fisioterapia

La fisioterapia es la disciplina que se ocupa del movimiento humano, “su campo de acción se proyecta a todos los escenarios, ámbitos y lugares en donde el hombre se mueve a lo largo de su ciclo vital” (Congreso de Colombia, Ley 528 de 1999). Orgánicamente los movimientos dependen de fuentes neurofisiológicas que afectan los músculos y los huesos produciendo el desplazamiento de un miembro del cuerpo o de todo el cuerpo. Esos movimientos dependen de órdenes de la voluntad del ser humano aunque algunos son movimientos involuntarios.

El movimiento es la parte del ser humano que le permite comunicarse, realizar actos concretos como desplazarse, practicar deporte, trabajar, divertirse y hasta conquistar en forma amorosa. Por medio de los movimientos la persona utiliza su corporeidad para ser quien es, por eso la persona no tiene cuerpo, es su cuerpo (como una de las dimensiones esenciales del ser humano). Con la mente, se piensa y razona sobre la vida y por medio de la voluntad libre se decide que hacer y luego se ejecutan las acciones, que van acompañadas de movimientos propios.

El profesional de la fisioterapia se ocupa del movimiento de las personas humanas en forma preventiva, como en el caso de tener una buena postura o en forma curativa o de rehabilitación en los casos de afecciones cardiorrespiratorias, neurológicas y/o osteo-musculares; también desempeña funciones didácticas y educativas, cuando se enseñan medidas de protección para la recuperación del movimiento o en el caso de los fisioterapeutas dedicados a la enseñanza. En tales casos se requiere del fisioterapeuta una conducta profesional ética que: valore el respeto y la dignidad de los usuarios del servicio, respete sus propios derechos y la confianza depositada en él/ella durante el tiempo de las consultas; que cumpla las normas legales vigentes en cada país y desarrolle el proceso de una adecuada y clara información al usuario. Además, se requiere que el profesional esté actualizado

científicamente y sea competente y que se cobren honorarios justos, entre otros.

Para este propósito la Asociación Americana de Fisioterapia (American Physical Therapy Association –APTA–) publica con cierta periodicidad “una guía para la conducta profesional que tiene como propósito ayudar a interpretar el código de ética que esta misma asociación ha generado desde 1935” (Cruz Palacios, 2018). La más reciente es de 2015, donde se recomienda consignar la información general del usuario, la revisión por sistemas en el examen (cardiovascular, musculoesquelético, tegumentario y neuromuscular), aplicación de test y medidas para evaluar las alteraciones del movimiento, realizando posteriormente un diagnóstico, pronóstico, propuesta de intervención, revaloración y probabilidad de resultados.

Los principios de la bioética y su relación con la fisioterapia

La bioética reflexiona sobre los actos técnico-científicos aplicados al paciente, en la atención prestada por el profesional en Fisioterapia, guiada siempre por los principios y las normas asociados a la profesión (León, 1997; García, 2013).

Se observan cuatro modelos para la aplicación de los principios bioéticos:

- En el primer Modelo Liberal-Radical, su centro es la libertad que antecede a la vida; lo cual es éticamente equívoco, porque “tengo que estar vivo como ser humano para poder ejercer la libertad”.
- En el segundo Modelo Pragmático-Utilitarista, se justifica el utilitarismo social, seleccionando el servicio a los individuos de acuerdo a sus posibilidades. También es un modelo no ético, aunque se utiliza en la actualidad “como un utilitarismo mitigado” en vista de la falta de recursos económicos en el área de la salud.
- En el tercer Modelo Sociobiológico, la vida y la sociedad con sus valores morales, deben modificarse de manera evolutiva, y por tal

motivo todo lo que esté a favor del progreso estará bien y lo que dañe el equilibrio estará mal, se le llama “egoísmo biológico”.

En estos tres modelos predomina el individualismo sobre el personalismo. Recordemos que un individuo es uno más del grupo; según la RAE (2020) un individuo es “cada ser organizado, sea animal o vegetal, respecto de la especie a que pertenece”, “persona cuyo nombre o condición se ignoran”. Cuando se considera que los usuarios son individuos, se constituyen en un objeto de atención al cual brindarle nuestros saberes científicos exclusivamente y dejamos de verlos como personas íntegras, como un alguien particular y especial, a quien atender; no interesa su realidad de vida, solo su órgano, músculo o articulación afectada.

Bioética personalista

Queda el Modelo Personalista que deseo ampliar, porque respeta la vida humana y su dignidad, desde la concepción hasta la muerte natural de la persona. Aquí el ser humano es considerado un alguien y no algo, una persona íntegra y valiosa y no un individuo, pese a la condición de discapacidad que tenga. Se aprecia a la persona humana por lo que es, por lo que vale en sí su vida; sin distinciones de raza, edad, posición social, cultura, sexo o género, credo religioso o político, procedencia, etc. La persona humana vale por ser persona humana, única e irreplicable, según el estudio del genoma humano (Marqués, Sanz, Villa, García et. al, 2011).

La dignidad del ser humano se fundamenta antropológica, ontológica y socialmente, en su existencia, en que posee la capacidad de razonar y de decidir libremente como ningún otro ser vivo en el planeta. De esta reflexión objetiva surgen los Derechos Humanos, teniendo en cuenta que el primer derecho es el derecho a la vida, si no estamos vivos, vanos serían nuestros derechos, no existirían.

Este es el modelo propuesto para poner en práctica en todas las áreas de la salud, porque “promueve el bien íntegro de la persona”. La fisioterapia como profesión no tiene relación directa con intervenciones frente al derecho a la vida, lo respeta por sí mismo. Pero en cambio, tiene relación con el respeto a la persona humana, a sus principios, valores y

creencias. También se relaciona con el área del dolor y el sufrimiento humanos, donde además de la terapia física, la parte de la escucha es esencial con los usuarios.

Principios de la bioética personalista

- **Principio de defensa de la vida física:** la vida física es el valor fundamental de la persona, porque ella no puede existir sin el cuerpo.
- **Principio de totalidad:** la persona es una unidad corpóreo-espiritual. De aquí deriva el principio terapéutico, por el cual es lícito intervenir una parte del cuerpo para curar o sanar la totalidad del cuerpo.

La fisioterapia interviene muy especialmente aplicando este principio en la recuperación y rehabilitación del usuario que ha perdido una parte de su cuerpo, ya sea por amputación congénita, traumática o quirúrgica asociada a traumas o patologías. También tiene un papel preponderante en los casos de pérdida de la funcionalidad por dolor y/o por disminución parcial o total de la sensibilidad que impide el movimiento. Y aplica el principio terapéutico en la valoración, diagnóstico, tratamiento, revaloración y prevención de complicaciones, así como del pronóstico de sus pacientes.

- **Principio de libertad y responsabilidad:** la persona es libre para actuar, pero debe responder por las consecuencias de sus actos. Este es un principio aplicable no solo en fisioterapia, sino en todas las profesiones relacionadas con la salud. Tiene que ver con el respeto a la autonomía del paciente en las decisiones que tome y en la comunicación asertiva entre el fisioterapeuta y el usuario-paciente del servicio. Aquí las preguntas bioéticas son numerosas; enumero algunas: ¿Como fisioterapeuta, me comunico con el usuario con un lenguaje no clínico, claro, eficiente y suficiente? ¿Se le explican al usuario todas las posibilidades de recuperación en forma veraz y al mismo tiempo sensible? ¿Se logra hacerle entender al usuario porque son necesarias múltiples citas donde se repiten las terapias y se explica su efectividad?

Por tanto, el fisioterapeuta debe responder frente al usuario, a la familia de éste y a la sociedad por todos los diagnósticos y procedimientos que aplique.

Como profesión de salud la fisioterapia requiere cada día mayor responsabilidad en la parte de la enseñanza a nivel de pre y posgrados y en el ejercicio de sus actividades, debido a que cada vez es más autónoma e independiente, sobre todo del campo de la medicina.

- **Principio de sociabilidad y subsidiaridad:** la persona es un ser social por su naturaleza humana y como tal, se tiene el deber y la responsabilidad de dar ayuda al que lo necesita (solidaridad). Este principio es aplicable a todas las profesiones de salud, incluida la fisioterapia, porque es parte de la vocación de servicio el ser solidarios con los usuarios, entender su situación, respetar su dolor, sufrimiento y preocupaciones. Estar seguros de que conoce claramente su diagnóstico y los objetivos de la terapia. Ser realistas y veraces frente a sus expectativas, pero siempre con amor y optimismo frente a ellos.

En cuanto a la atención de los usuarios algunos de los problemas detectados en los estudios de J. Sore es “la sobreexplotación o sobrecarga de los servicios de fisioterapia”, que se constituye en una de las quejas de los fisioterapeutas; atienden entre seis y ocho personas en turnos de 30-45 minutos, simultáneamente, lo que no permite brindar mejor calidad en la atención, e impide la atención personalizada y la escucha atenta de la problemática de los pacientes.

El Principialísimo

Son los principios enumerados en su libro por Beatchamp y Childress (2010), que surgen de la conjunción de un utilitarismo mitigado o suavizado y la deontología “prima facie” (deber a primera vista, el primer deber, la primera obligación). Estos principios se categorizan en principios de primer orden o públicos llamados “ética de mínimos” y corresponden a la no maleficencia y la justicia. Y principios de orden privado, la beneficencia y la autonomía que corresponden a la ética de máximos o verdadera ética donde se considera al hombre en su totalidad y humanidad.

El principalísimo enfoca la atención en la salud y sus posibles complicaciones desde una manera muy general. Se hace necesario especificar dichos principios y ponderarlos de acuerdo al caso específico de cada usuario, determinando cuál principio, norma, derecho o deber tiene más peso en esa situación concreta. Estos principios no son absolutos, implican la obligatoriedad moral, por parte del profesional de la salud de un análisis ético responsable, que incluya su relación fisioterapeuta-usuario, donde se ponderen las indicaciones médicas, la valoración del fisioterapeuta, las preferencias del usuario, la calidad de vida en cuanto a funcionalidad del paciente, las posibilidades reales de recuperación y hasta la espiritualidad del mismo.

Los aspectos más relevantes de estos cuatro principios son (Beatchamp y Childress, 2010):

- **No maleficencia (primun non nocere):** Primero no hacer daño, es un deber y una responsabilidad del fisioterapeuta con el usuario-paciente. Es un principio prioritario junto al de justicia.
- **Justicia:** Es el principio ligado al hecho de que las personas son seres sociales por naturaleza y forman parte de la sociedad. Este principio indica que por ser parte de la sociedad todos tienen iguales derechos frente “a la vida, la salud y la distribución de los recursos sanitarios”. También requiere equidad frente a la atención en salud. Este principio es de difícil cumplimiento en los países en desarrollo, por la falta de recursos económicos, para brindar el cuidado que cada paciente necesita de acuerdo a su patología.

En fisioterapia, la dificultad se presenta principalmente en el número de terapias que autorizan los servicios de salud, que no siempre son las necesarias y requeridas para la recuperación del paciente-usuario. Proceso que se ve interrumpido frecuentemente por la necesidad de renovar autorizaciones por parte del servicio de salud al que pertenece, trámite que frena el desarrollo y consecuente avance en su proceso de rehabilitación.

- **Beneficencia:** Además de no hacer daño, este principio recuerda que se debe hacer el bien con el paciente, siempre actuar en su beneficio. Aquí el problema que se presenta en general es entender

el significado del bien, ¿Aquello asociado al concepto utilitarista de calidad de vida? o ¿Se entiende adecuadamente y se asocia a la solidaridad con el paciente? Otro de los problemas que se puede presentar es la fijación de límites entre el usuario y su fisioterapeuta, debido a la cercanía que se presenta entre ellos con las terapias, además del intercambio de confianzas que podrían propiciar sentimientos de transferencia o contratransferencia (De León de Bernardi, 2010).

- **Autonomía:** Habla del respeto al paciente, teniendo en cuenta sus “valores, criterios y preferencias”. Genera distancia de la atención paternalista y pone al usuario en condiciones de reflexionar por sí mismo con base en la información dada y tomar decisiones responsables. Este principio está relacionado con el proceso-firma del documento de consentimiento informado. En cuanto a los fisioterapeutas uno de los problemas que se presenta es la claridad en cuanto a los límites de su función, con respecto principalmente a los médicos y también a los otros miembros del personal de salud.
- Recordemos que la fisioterapia como profesión nueva dentro del campo de la salud, cada vez adquiere más relevancia y mayor autonomía.

La fisioterapia en Colombia

En Colombia la historia de la fisioterapia se puede dividir en cuatro períodos, para su mejor comprensión (De León, 2010; Ramírez y Escobar, 2010; Herrera, Rivera, Prada y Sánchez, 2004)

Primer periodo de prácticas dispersas (1920-1951):

En la primera mitad del siglo se inician las prácticas de fisioterapia en Colombia, a partir de masajistas-sobanderos y enfermeras-entrenadoras-voluntarias. Se realiza la cinesiterapia con masajes suaves a los músculos, se utiliza el vapor de aire y la corriente eléctrica. Además, se empieza a considerar el movimiento humano como un elemento de desempeño de las labores del ser humano.

En 1936: Se crea el Instituto Nacional de Educación Física INEF, que les proporciona a los enfermos medios terapéuticos de rehabilitación, con “formación instrumental centrada en las técnicas y estrategias de abordaje”.

En 1940: El concepto de fisioterapia es propuesto por los organismos internacionales.

Segundo período. Proceso de institucionalización y consolidación profesional, (1952-1975):

- En 1952: Se crea la Escuela Nacional de Fisioterapia en Bogotá, es la primera institución educativa de fisioterapia en el país, a nivel técnico y exclusivamente femenina.
- En 1953: Se crea ASCOFI (Asociación Colombiana de Fisioterapia)
- En 1954: Se reglamenta el ejercicio de la profesión, mediante el decreto 1.056
- En 1963: Es creada la Fundación Nacional de Rehabilitación y empezó a ofrecerse la Fisioterapia en la Universidad Femenina de Santander como una licenciatura
- En 1964: Se realiza el primer Congreso Nacional de Fisioterapia.
- En 1967: La Fundación Nacional de Rehabilitación se afilia con la Universidad Colegio de Nuestra Señora del Rosario.

Tercer período. Consolidación profesional (1976 - 1989):

- En 1976: Se promulga la declaración del carácter universitario de la profesión, con la Ley 9.
- En 1984: Inicia la utilización de medios físicos como la inhaloterapia, las movilizaciones y la electroterapia.

Además, la profesión quiere ampliar su campo de acción, con la formulación de nuevas habilidades y la vinculación del componente investigativo.

Cuarto período. Reubicación profesional y desarrollo disciplinar (1990-a la actualidad):

- En 1992: La ley 30/92 garantiza la autonomía universitaria y el Estado se ocupa de la inspección y vigilancia universitaria. Con esta Ley se aumentaron los programas de Fisioterapia en el país.
- En 1993: Se promulga la Ley 100 y el fisioterapeuta debe articularse al sistema de seguridad social para fomentar la salud, promocionarla y actuar en el campo de la prevención.
- En 1998: Se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI), para unificar los programas a nivel nacional.
- En 1999: Se reglamenta la Fisioterapia en el país con la Ley 528.
- En 2010: Las publicaciones pasan de 5 en 1993 a 40 en 2010, con mayor número de publicaciones en las áreas de postgrado (maestrías y doctorados).
- En 2011: Se cuenta con 36 programas universitarios de pregrado inscritos en la base de datos del SNIES.
- En 2015: Se institucionaliza el día internacional de la fisioterapia. Y el Colegio Colombiano de Fisioterapia (COLFI) asume las funciones públicas de la fisioterapia.
- 2020: En la actualidad la fisioterapia en Colombia tiene diversos campos de acción como la fisioterapia cardiopulmonar, la fisioterapia musculoesquelética, la fisioterapia neuromuscular, la fisioterapia de piso pélvico, la fisioterapia oncológica, la fisioterapia en deporte adaptado y convencional, la fisioterapia comunitaria y la fisioterapia en ergonomía, entre otros. En estas áreas los fisioterapeutas pueden trabajar en la consulta externa, en la hospitalización, en cuidados intensivos, en escenarios educativos, en la comunidad y en la industria. Además pueden desempeñarse en la docencia universitaria, la docencia en instituciones educativas y las funciones de gestión administrativas y de investigación; uno de los más recientes campos de desempeño profesional es la fisioterapia en salud mental.

- Todos y cada una de estos campos de acción están soportados en formación posgradual a nivel de especialidades, maestrías y doctorados que se dictan a nivel regional, nacional y mundial. Siendo así como durante la situación pandémica generada por el COVID-19, el rol del fisioterapeuta ha cobrado vital importancia tanto en la rehabilitación intrahospitalaria como en la ambulatoria y domiciliaria, debido a todas las secuelas respiratorias y neuromotoras que deja en el cuerpo humano la infección viral.

Legislación y normatividad de la fisioterapia en Colombia

- **Ley 528 de 1999:** define la Fisioterapia como “una profesión liberal del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente donde se desenvuelve. Determina como objeto de estudio, la comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y bienestar del hombre. Además, orienta las acciones del fisioterapeuta al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social”.
- **Resolución 1995 de 1999, sobre la historia clínica:** en Colombia este decreto es genérico para todos los profesionales de la salud y los fisioterapeutas deben aplicarla, de acuerdo a su criterio, en cumplimiento a las condiciones requeridas. Pero se observa en las revisiones de historias clínicas que estas carecen de buenas descripciones acerca de cada una de las terapias (Molina, 2017).

Se describen las condiciones que debe cumplir la historia clínica y que son: consignar todos los aspectos tanto científicos como administrativos referentes a la atención del paciente (integralidad); deben apuntarse todos los eventos en forma cronológica (secuencialidad), la historia clínica debe estar disponible cuando sea necesario (disponibilidad), los registros deben realizarse en el momento que ocurren (oportunidad), los registros deben realizarse en forma obligatoria (obligatoriedad); todo lo consignado en la historia clínica debe hacerse con letra legible, aunque ahora se realizan la mayoría de registros en el sistema digital.

Tampoco debe haber siglas, ni espacios en blanco, debe contener los datos completos del usuario, registrar todos los eventos con fecha y hora, aún los acuerdos verbales que se hagan con el paciente y el nombre completo, registro y firma del fisioterapeuta o la firma electrónica.

En forma adicional se deben registrar en la historia clínica, las pruebas estandarizadas que evalúan las alteraciones del movimiento en forma objetiva, según lo establecido por la APTA.

- **Consentimiento Informado:** En el consentimiento informado se explica el diagnóstico y el procedimiento terapéutico con todos los riesgos que puede conllevar, los efectos secundarios de las técnicas aplicadas, las prescripciones, instrucciones y recomendaciones posteriores. Se deben explicar tanto en forma oral como escrita todas las reacciones molestas e inevitables, por leves que sean.

El consentimiento informado de fisioterapia se sustenta bajo el principio de autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y en los Códigos de Ética de la Profesión (Ley 528 de 1999) según el Ministerio de Salud en sus artículos 23, 44 y 45 principalmente; así como, de la norma de manejo de la historia clínica según la Resolución 839 del 2017 y la Resolución 13437 de 1991, donde se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

La Asociación Colombiana de Fisioterapia, en el año 2004, publicó los lineamientos para la elaboración del consentimiento informado. Uno de los problemas que se presenta en la actualidad es que aún no se comprende el consentimiento informado como un proceso bioético que se inicia desde la llegada del usuario hasta que termina todo el procedimiento en la totalidad de las terapias, sino sólo como un documento para firmar. No es un requisito administrativo, tiene carácter obligatorio.

- **Situaciones que pueden llevar a demandas:** Son las que conllevan riesgos asociados al uso de determinados dispositivos médicos, especialmente equipos de electroterapia y mecanoterapia, presencia de productos defectuosos o no acordes con las normas, además de las fallas humanas y las deficiencias en el sistema.

El fisioterapeuta “puede verse involucrado en casos de demandas de responsabilidad profesional, no directamente, sino por su trabajo en equipo con los demás profesionales de la salud” (Sore, 2020).

- **Dilemas éticos en fisioterapia:** En la práctica, la falta de registros en la historia clínica dificulta identificar la periodicidad de las terapias o el cumplimiento de las recomendaciones por parte del paciente.

Las áreas de fisioterapia cardiopulmonar y neuromuscular son las que se enfrentan a más dilemas éticos debido a la gravedad y las complicaciones que pueden presentar estos usuarios.

En la tabla 1 se describen los principales dilemas éticos descritos en los estudios realizados en el sistema sanitario público y privado. De allí se destacan principalmente, la falta de recursos económicos que impiden la adecuada dotación de los consultorios y la falta de contratación de un mayor número de fisioterapeutas. También la interrupción en las terapias por falta de compromiso y/o entendimiento del usuario acerca de su importancia y la diferente apreciación entre lo que el fisioterapeuta considera importante en la terapia y lo que la sociedad considera esencial para la salud.

Tabla 1. “Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta”.

Dilemas éticos descritos en estudio realizados en el sistema sanitario público y privado	
Sistema de salud privado	Sistema de salud público
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer prioridades para el tratamiento del paciente cuando el tiempo o los recursos son limitados • La interrupción del tratamiento por falta de compromiso del paciente • La continuación del tratamiento con enfermos terminales • La continuación del tratamiento para proporcionar apoyo psicológico después de alcanzar los objetivos del tratamiento de fisioterapia • Responsabilidad profesional cuando los objetivos del paciente difieren de los de la familia (pediatría) • Límites en el rol del fisioterapeuta en la educación inicial del diagnóstico y pronóstico • Informar al paciente sobre los límites del tratamiento • Conocimiento y formación del fisioterapeuta • Beneficios del tratamiento en comparación con las molestias creada por el procedimiento • Intimidad y dignidad del paciente durante el tratamiento • Diferencia entre lo que un fisioterapeuta puede valorar como necesario para los pacientes y lo que la sociedad considera esencial para la salud • Mantener la confianza del paciente y su familia • Criterios para delegar deberes al personal de apoyo • Informar de prácticas inadecuadas de otros fisioterapeutas, médicos u otros profesionales de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos • Efectividad del tratamiento • Equipo de salud poco profesional • Ocultar la verdad a un paciente • Falta de respeto por las opiniones de los terapeutas • Tratamiento de pacientes complejos • Sentimientos y reflexiones al tomar una decisión • Presión de los pacientes y sus familiares u otros profesionales de la salud • Autonomía del paciente • Calidad de vida • Límites y rol del profesional • Colegiatura profesional • Conflictos de interés • Igualdad en la relación paciente-terapeuta • El deber de hacer lo mejor • Formación continua • Ignorar las reglas de sistemas de sanidad para beneficiar al paciente • Obligación de documentar el proceso de atención • El beneficiar al paciente en comparación con el obtener beneficios de negocios • Reclamaciones de los seguros. • Sobrepasar límites físicos durante la intervención del profesional • Falta de consideración de los aspectos culturales del paciente • Falta de respeto por la privacidad del paciente • Inequidad en la atención de salud • Falta de tiempo que afecta la calidad de la atención
<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado • Protección de la confidencialidad, prevención e identificación del abuso sexual y físico • Empleo de guías éticas para el uso de seres humanos en investigación • Atender a todos los pacientes según sus necesidades sin tener en cuenta sus factores personales o sociales • Límites del terapeuta • La sobrecarga de los servicios de fisioterapia • Actualización de las competencias clínicas • Adecuado nivel de entrenamiento del personal de soporte al fisioterapeuta • Responsabilidad con el medio ambiente de los contaminantes y peligros asociados con la atención de terapia física • Tarifas justas • Veracidad en la publicidad • Adquisición de equipos o productos en que los fisioterapeutas tienen interés financiero • Fraudes en las cuentas de terapia física. • Auto-referencia en el contexto de clínicas propiedad de médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal uso de los recursos • Juicio profesional en contra de lo que dice alguien con mayor autoridad • Violación de la conducta profesional (denuncia de irregularidades) • Problemas de integridad profesional • Rivalidad entre colegas • Confidencialidad de la información de los pacientes • Defensa del paciente en un contexto de escasos recursos del sistema de salud • Relaciones íntimas o comerciales con pacientes • Consentimiento informado

Fuente: revista Bioética y Derecho.

Esta tabla presenta la revisión de bibliografía compilada por la fisioterapeuta Jadrana Sôre Galleguillos en Barcelona, España. En ella se resumen, hasta mayo de 2020, las principales causas de los problemas encontrados en la práctica de fisioterapia.

En general los dilemas de bioética clínica relacionados con la práctica de la fisioterapia ya son conocidos, pero poco estudiados en general. Tampoco se ha estudiado a profundidad la aplicación directa de los principios de la bioética personalista y principialista en la atención del usuario del servicio.

Aún falta conocer y estudiar los dilemas en las áreas de la docencia universitaria, la investigación clínica y del conocimiento y área de gestión.

Conclusiones

La bioética aplicada a la práctica profesional de la fisioterapia permite que la persona usuaria del servicio sea tratada con verdadera humanidad. No bastan el conocimiento de las técnicas o el conocimiento científico del saber, que son muy importantes; esas necesidades de movimiento del ser humano con o sin situación de discapacidad deben estar satisfechas, al mismo tiempo que se respetan la vida y dignidad del paciente, su proyecto de vida, sus intereses e inquietudes. Es aquí donde hay que hacer énfasis en la formación bioética (humanística), unida al excelente trabajo técnico que se viene haciendo en Colombia.

La verdad es que aún no se analizan los diferentes dilemas que se presentan en la práctica clínica del fisioterapeuta desde la mirada de la bioética, y no existen muchos escritos aún, según el análisis bibliográfico. Por tanto, los problemas que surgen entre el fisioterapeuta y su usuario, siguen sin resolución clara desde la bioética (Molina, 2007) y el profesional no tiene elementos guía en los dilemas de la cotidianidad.

Los trabajos de investigación aún son muy pocos y los que existen se dedican en su mayoría a la experiencia clínica, desde las área de evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Se debe continuar investigando en “crear conocimiento y validarlo”.

Si bien es cierto que todas las disciplinas en salud requieren de un trabajo mancomunado en pro de alcanzar una condición óptima de salud y funcionalidad de los usuarios, la fisioterapia, cada vez más, se visibiliza como líder de procesos de rehabilitación generando propuestas que son tomadas como referencia por el colectivo de profesionales a cargo del usuario. Lo que la posiciona tanto frente al usuario, su familia y comunidad como un agente relevante del proceso, evidenciando esta situación la necesidad de tener directrices claras frente a la resolución de los problemas bioéticos propios de la profesión.

Es necesario mejorar el registro en la historia clínica, sobre todo en la parte de los controles. Generalmente se encuentra un registro completo al inicio y al finalizar la terapia, pero no en cada una de las terapias realizadas entre esos dos sucesos.

También se han encontrado en las historias clínicas, apreciaciones subjetivas y no el registro de pruebas de medición, como por ejemplo “mejoría en la condición del paciente”.

En cuanto al registro del consentimiento informado, el hallazgo más frecuente es que, aunque se haya llenado el documento, no hay constancia en la historia clínica de las explicaciones previas y de la firma del documento que se anexa a la historia.

Finalmente es importante concluir que se debe continuar con el trato humano y cordial a los pacientes, tanto como con la aplicación de las técnicas para la rehabilitación funcional del movimiento del usuario. Aspectos en los que el fisioterapeuta se desempeña demasiado bien. Y se debe continuar reforzando o innovando en la investigación, y en el estudio de la bioética aplicada específicamente a la fisioterapia, teniendo en cuenta los problemas inherentes a la profesión.

Referencias bibliográficas

- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2001) *Principios de ética biomédica*. 5ª edición, EE.UU: Oxford University Press.
- Beltramo Álvarez, C. E. (2018) *Apasionados por amar al mundo*. España: Eunsa (1a edición).
- Borgoño Barros, C. (2009) Bioética global y derechos humanos: ¿una posible fundamentación universal para la bioética? *Problemas y perspectivas. Act bioeth.* 2009 (consultado en septiembre 18 de 2020), 15(1): 46-54. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100006.
- Capacete-González, F. J. *La declaración universal de los derechos del animal*. da (internet). 2018 (consultado en septiembre 19 de 2020); vol 9, n. 3. Disponible en: <https://revistes.uab.cat/da/article/view/v9-n3-capacete>
- Colfisiocant.org. Ilustre colegio profesional de fisioterapeutas de Cantabria, *Definiciones*. (2020) (consultado en septiembre 20 de 2020). Disponible en: <https://www.colfisiocant.org/definiciones.php#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,%2C%20agua%2C%20masaje%20y%20electricidad>.
- Collazo, E. (2002) Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. *Rev cirugía española*. 2002 (consultado en septiembre 21 de 2020); vol. 71, n. 6: 319-324. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X0271988X>
- Congreso de Colombia. Ley 528 de 1999 (septiembre 14), diario oficial 43711: Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0528_1999.html
- Cruz Palacios, D. J. y Pilamunga Cunishpuma, S. V. (2018) Evaluación clínica-funcional del sistema fundamental del cuerpo humano según la Asociación Americana de Terapia física (APTA) en pacientes con patologías músculo-esqueléticas de origen traumático en la articulación de la rodilla, que asisten al Centro de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil. *Repositorio digital UCSG*. 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10029>
- De León de Bernardi, V. (2010) Transferencia, contratransferencia y vínculo: enfoque clínico. *Revista uruguaya de psicoanálisis* (en línea) 2010;

vol.111:168-181. ISSN 1688-7247. Disponible en: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/1688724720101111.pdf>

Declaración de derechos del paciente. Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales. (6 de febrero de 1973). Reproducido con autorización de la Asociación Americana de Hospitales. (Traducción realizada el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir del original en inglés). Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Comit%20de%20tica/Declaraciones%20Internacionales%20C3%89tica%20de%20Investigaci%3%B3n/Declaraci%3%B3n%20Derechos%20del%20Paciente%20-%20Asociaci%3%B3n%20Americana%20de%20Hopsitales.pdf>

Fernández de Córdova, P. (2006) *30 lecciones de iniciación filosófica*. Bogotá: Universidad de la Sabana.

García, J. J. (2013) Bioética personalista y bioética principialista. *Perspectivas. Rev. Cuadernos de bioética*, 2013; vol. 24, n. 80. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/bioactica-personalista-y-bioactica-principialista-perspectivas/>

Garzón, F. A. (2009) Fritz Jahr ¿el padre de la bioética? *Rev Lat de Bioet.* 2009 (consultado en septiembre 18 de 2020); vol. 9, n. 2: 6-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020306001.pdf>

Gómez Hernández, B., Colado Suarez, R., Rebollo Roldán, J. y Villafaina Muñoz, M. (1996) *Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia*. 1996; Vol 3, n. 3: 91-112. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6687653>

González-Vallejos, M. (2010) El concepto de leyes prácticas en la ética kantiana. *Revista de filosofía* (internet). 2010 (consultado en septiembre 20-2020). Vol. 66:107-126. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-43602010000100007

Grillo, P.M. y López, P.A. (2016) La Fisioterapia: sus orígenes y su actualidad. *Acta Med Cent.* 2016; 10(3):88-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66555>

Herrera Villabona, E., Rivera Celis, L.R., Prada Pérez, A. y Sánchez Ramírez, D. C. (2004) Evolución histórica de la fisioterapia en Colombia y en la Universidad Industrial de Santander. *Rev Salud UIS.* 2004 (consultado en septiembre 21 de 2020); vol. 36:21-31. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/230209798.pdf>

- Informe Belmont, principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos en investigación. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. EE UU, (abril 18 de 1979). Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- León, F. J. (1997) Dignidad humana, libertad y bioética. *Rev persona y bioética*, 1997; n.1: 126-147. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/589/675>
- León-Correa, F. J. (2009) Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*. 2009 (consultado en septiembre 18 de 2020).15 (1):70-71.
- Manzini, J.L. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Análisis de la 5ª Reforma, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en octubre del año 2000, en Edimburgo Respecto del texto aprobado en Somerset West (Sudáfrica) en octubre de 1996. *Acta Bioética*. 2000; año VI, n. 2: 323-334. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
- Marqués Negredo, M.L., Sanz Samarro, M.I., Villa Rodríguez, L., García Tejerina, R. et al. (2011) Identificación sanitaria: la huella genética. *Sanid. Mil.* [online]. 2011 (consultado en septiembre 20 de 2020), vol.67, n.3:317-320. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000400011&lng=es&nrm=iso.
- Matijasevic, E. (2011) Aliviar siempre “To relieve always”. *Act med Colomb*. Januar 2011; vol. 36, n.1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482011000100002
- Molina, V. E. (2007) Aspectos de responsabilidad profesional en fisioterapia. *Rev Médico-legal. Colombia*, 2007; N°2:46-49.
- Molina, V. E. (2007) Aspectos de responsabilidad profesional en fisioterapia. *Rev Médico-legal. Colombia*, 2007; N°2:46-49.
- Ortiz Millán, G. (2016) Sobre la distinción entre ética y moral. *Isonomía*. 2016 (citado septiembre 18 de 2020); n. 45:1-3. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182016000200113
- Quintanas, A. (2009) Reseña de V.R. Potter: una ética para la vida en la sociedad tecnocientífica. *Rev electrónica sinéctica*. México, 2009; n. 32:1-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/998/99812141010.pdf>

Rae.es. Actualización 2019 (consultado en septiembre 20 de 2020). Edición 23.
Disponible en:<https://dle.rae.es/fisioterapia>.

Rae.es. Actualización 2020 (consultado en septiembre 20 de 2020). Edición 23.
Disponible en: <https://dle.rae.es/individuo>

Ramírez-Vélez, R. y Escobar Hurtado, C. (2010) Análisis crítico de la educación de la fisioterapia en Colombia. *Rev Iberoamericana de fisioterapia y kinesiología*. 2010 (consultado en septiembre 21 de 2020); vol.13, n. 2: pp. 31-57. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-analisis-critico-educacion-fisioterapia-colombia-S1138604511000037>

Reyes A. (2001), Fisioterapia: pasado, presente y ¿futuro? de la fisioterapia. *Efisioterapia.net*. España, 2001. Última actualización 2020 (consultado en septiembre 20 de 2020). Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-pasado-presente-y-futuro>

Robayo, A. L. (2019) La Fisioterapia en Colombia- editorial. São Paulo 2019 (consultado en septiembre 21 de 2020); *Fisioter. Pesqui.* vol. 26 n.3. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502019000300218&tlng=pt

Sore Galleguillos, J. (2020) Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Rev. Bioética y Derecho*, n. 48 Barcelona 2020 Epub 11-mayo-2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100014

Sore Galleguillos, S. (2020) J. Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Rev. Bioética y Derecho*, n. 48 Barcelona 2020 Epub 11-mayo-2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100014

Univalle (2020) La oferta académica: Fisioterapia. (consultado en septiembre 20 de 2020). Disponible en: <http://salud.univalle.edu.co/pregrados/fisioterapia>