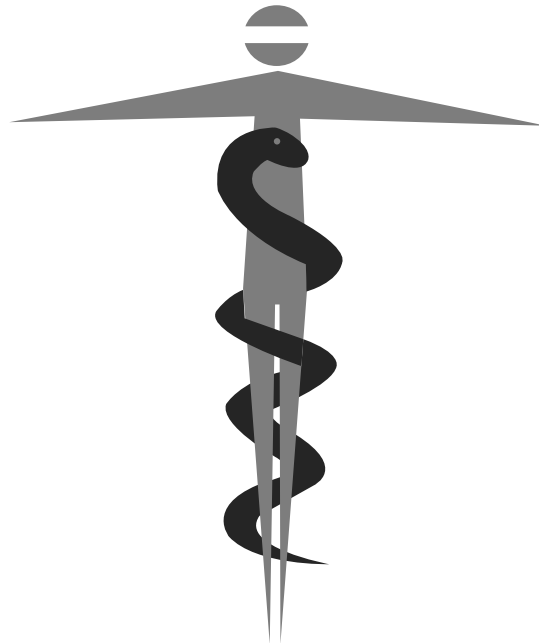


TRIBUNA ÉTICA MÉDICA

TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA Y AMAZONAS

TRIBUNA ÉTICA MÉDICA



Cali, diciembre de 2008

Comité Editorial**Magistrados**

Doctor Néstor Harry Amorocho Pedraza
Doctor José Ackerman Izquierdo
Doctor Héctor Mario Rengifo C.
Doctor Luis Gerardo Salcedo
Doctor Rodrigo Triana Ricci
Doctor Efraín Otero Rulz

Relator

Doctor Augusto Cuéllar Rodríguez

Secretaria - Abogada

Doctora Diana Julieta Olivo

Editores

Doctor Néstor Harry Amorocho Pedraza
Doctor Héctor Mario Rengifo C.

Imagen de portada: Aristóteles

Diseño, corrección de textos e impresión

Impresora Feriva S.A.
Calle 18 No. 3-33 PBX: 524 9009
www.feriva.com
Cali, Colombia

Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas
Calle 5, Carrera 39
Centro Comercial Imbanaco, Oficina 201
Teléfono: (2) 558 0768. Telefax: (2) 558 9939
Cali - Colombia
Email: temv@telesat.com.co
temv@etb.net.co

Contenido

Normas e instrucciones para publicación	7
Editorial	
A propósito de magisterio	9
Ayer, hoy y mañana de la medicina hipocrática	
Efraín Otero Ruiz	11
Del ejercicio médico “a la defensiva” a la “medicina economicista”	
Néstor H. Amorocho	16
El conflicto de interés como problemática de la práctica médica contemporánea respecto a los nuevos agentes contractuales: La necesidad de una ética preventiva en un nuevo contrato social	
Ana Isabel Gómez Córdoba	21
El derecho a la autonomía dentro de la relación médico-paciente	
Rodrigo Triana Ricci, Diana Julieta Olivo Ospina	30
Ejercicio médico: Entre lo comercial y lo ético	
Carlos Roberto Solórzano Garavito	33
Lealtad	
Luis Gerardo Salcedo Prieto	40
Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca	
Demandas por lesiones perinatales (1994-2004)	
Jorge Emilio Medina Murillo	44
La función pública de los Tribunales de Ética Médica	
Incidencia de la prueba oficiosa en la actuación disciplinaria	
Augusto Cuéllar Rodríguez	60
Iatrogenias endocrinas Segunda parte	
Héctor Mario Rengifo.....	63
Procesos ético-disciplinarios	
Sentencias del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas	
Resolución No. 007-2008	67

Normas e instrucciones para publicación

La revista Tribuna Ética Médica es el órgano de divulgación oficial del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas - TEMVA, en su afán de efectuar una labor docente entre los entes de salud, la comunidad médica, los profesionales del derecho, todas las asociaciones científicas y la población general.

Acepta contribuciones para la revista en varias categorías de artículos:

1. Artículo original
2. Artículos de revisión
3. Presentación de casos
4. Comunicaciones breves
5. Artículos de reflexión
6. Perspectivas
7. Controversias
8. Editoriales
9. Memorias
10. Cartas al Editor

Las publicaciones deben seguir las instrucciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Para mayores detalles, referirse a International Committee of Medical Journals Editors (ICJME) actualizado a octubre de 2007.

Artículo original

El artículo debe ser enviado impreso y en medio magnético. Puede ser presentado en español o en inglés. La impresión se debe efectuar en Arial 12 a doble espacio, en papel tamaño carta y ocupar una extensión no mayor a 8 hojas, a no ser que el Comité Científico y Editorial apruebe una mayor extensión por ser de interés especial.

Cada una de las secciones debe ir en secuencia, así:

- A) Página de título
- B) Resumen

- C) Abstract (resumen en inglés)
- D) Texto completo
- E) Agradecimientos
- F) Referencias
- G) Tablas (Cada una con título y explicación)
- H) Figuras (Con sus leyendas)
- I) Agradecimientos (Si es necesario)

Título: Debe contener: a) título del artículo; b) apellido e iniciales del nombre de todos los autores; c) nombre y dirección del autor principal o del lugar o institución donde el trabajo fue realizado; d) nombre del autor, con dirección de correo electrónico para correspondencia; e) título resumido (no mayor de cincuenta caracteres).

Resumen y abstract: Debe contener un resumen de hasta ciento cincuenta palabras con el propósito del artículo o investigación; principios básicos de realización, que incluyen resumen estadístico; hallazgos principales y conclusiones.

Texto: Debe ser dividido en secciones, así:

I) Introducción; II) Materiales y Métodos; III) Resultados y IV) Discusión.

Introducción: Propósito del trabajo y sumario de motivos del estudio.

Materiales y métodos: Describir los modelos y los procedimientos utilizados. Los métodos pueden ser presentados con referencias.

Ética médica: Debe constar expresamente que el estudio fue aprobado por la Comisión de Ética Médica del hospital o la institución a que pertenece.

Resultados: Deben ser presentados en secuencia lógica, evitando repetir datos contenidos en tablas; y enfatizar lo relevante.

Discusión: Debe focalizar los aspectos nuevos e importantes del estudio y sus conclusiones. Evitar presentar resultados e informaciones ya presentados en otras secciones. Enfatizar la relevancia, las

limitaciones y la aplicación futura o la necesidad de nuevos estudios a partir de éste y hacer recomendaciones.

Agradecimientos: Si son necesarios, los agradecimientos al auxilio técnico, financiero o en la elaboración del material.

Referencias bibliográficas: Deben ser numeradas en orden de apareamiento en el texto, con números arábigos y siguiendo las indicaciones del Index Médico.

Tablas: Deben ser presentadas en hojas separadas, numeradas en orden de aparición en el texto, y tener un título claro y una explicación al final de la tabla.

Ilustraciones: Las figuras deben ser realizadas profesionalmente y ser fácilmente reproducibles. En caso de fotografías deben ser claras; si hay rostros deben tener autorización de publicación y presentadas en archivo PGA.

Conflicto de intereses: Deben publicarse todos los conflictos de intereses que tenga o tengan los autores.

Artículo de revisión

Se recibirán artículos de revisión. Generalmente son sugeridos por los editores, pero si su importancia es manifiesta se pueden recibir de personas o entidades distintas. Se basan en la revisión de temas de interés, actualizados, realizados por uno o más expertos en un tema específico.

Presentación de casos

Esta sección se dedica a la presentación de casos interesantes porque constituyen una novedad o curiosidad o enseñanza valiosa. Pueden ir acompañados de ilustraciones o fotos autorizadas.

Comunicaciones breves

Corta presentación de comunicaciones recibidas o enviadas sobre algún aspecto pertinente ya publicado o a publicar.

Artículos de reflexión

Por las características de la revista se aceptan artículos de reflexión ética, filosófica o ambas.

Perspectivas

Se aceptan artículos que puedan constituir ensayos innovadores o estudios prospectivos de interés a partir de artículos presentes.

Controversias

Revisión de temas que generan controversia por no existir un acuerdo sobre diagnóstico, enfoque científico o seguimiento.

Editoriales

Son de responsabilidad del editor en jefe y serán redactados por él o por quien él o el Comité Editorial designen. Pueden ser suscritos por todos los miembros del Comité Editorial si lo consideran pertinente.

Memorias

Reconocimientos a personas que en el pasado han sido representativas por su contribución o publicaciones a la Ética Médica.

Cartas al editor

Se publicarán las cartas al editor que el Comité considere de interés divulgar.

Editorial

A propósito de magisterio

Preguntado un compañero médico integrante del comité editorial de la revista sobre qué debía tratar en el editorial de este número, me dijo sin vacilaciones: “Sobre el magisterio, no importa que se haya tratado previamente. Se debe ser reiterativo en el tema para crear conciencia sobre él”.

Me di, pues, a la tarea recomendada y para ello consulté el editorial del Vol. 2, No. 1, Jul.-Dic. de 2007 de la revista *Tribuna Ética Médica*, donde leí: “...El Tribunal de Ética Médica del Valle y Amazonas –TEMVA– definió en su Misión¹ que como órgano de control propende a aplicar los principios fundamentales inherentes a la ética médica [...] desarrollando la función pública disciplinaria consagrada en la Ley.

Consciente el TEMVA de que era preciso complementar la mentada misión de magisterio² como lo hacen otros tribunales, decidió en agosto de 2006 publicar un folleto con periodicidad semestral para informar a la comunidad médica sobre aspectos éticos legales, casos éticos disciplinarios, normas que tengan que ver con el actuar médico e incluir aportes de colegas de carácter tanto científico como ético-jurídico. Así, el primer número de *Tribuna Ética Médica* se presentó en noviembre de 2006”.

Cabe entonces la pregunta ¿Qué es Magisterio?

Para resolver el interrogante (que todos dábamos por sabido) decidimos investigar y encontramos: “Por magisterio se entiende habitualmente en

español la acción que lleva a cabo un maestro, pudiendo aplicarse, por extensión, este último término en sentido muy amplio. Además, la palabra se usa en otros contextos más concretos o ligeramente diferentes³, y más adelante encontramos *maestro* definido así: “En sentido general, es una persona a la que se le reconoce una habilidad extraordinaria en una determinada área del saber, con capacidad de enseñar [...]. También algunos maestros pueden estar destinados en institutos de educación secundaria en programas de contenido social, educación compensatoria o apoyo a alumnos con necesidades educativas especiales, así como en centros de educación de personas adultas”.

El médico tiene la función de maestro, la cual juró cumplir por siempre cuando le fue tomado el Juramento Hipocrático: “[...] Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas”.⁴

El Juramento de Hipócrates fue modificado en su forma (que no en el fondo), utilizando un lenguaje más acorde con la época, en la convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial en 1948 y fue plasmado en la Ley 23 de 1981 de Colombia en su artículo 2o y sobre el tema que hoy nos ocupa así: “[...] Otorgar a mis maestros el respeto, gratitud y consideración que merecen; enseñar mis conoci-

1. Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Normas sobre Ética Médica, Ley 23/81, D.R. 3380/81 Edición financiada por la Alcaldía de Cali, Secretaría de Salud Pública Municipal, Santiago de Cali, 2005.

2. Revista *Tribuna Ética Médica*. Carátula 4. Tribunal de Ética Médica. Valle del Cauca y Amazonas. Edit. Feriva. Nov. 2006

3. <http://es.wikipedia.org/wiki/Magisterio#column-one#column-one>

4. http://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_Hipocr%C3%A1tico

mientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica y a los más puros dictados de la ética”.

Para concluir debemos decir que el médico se obliga a difundir sus conocimientos, y cabe aquí ofrecer nuevamente esta ventana de información a la comunidad para que los profesionales de la salud participen en ella con sus contribuciones: artículos originales, de revisión, comunicaciones breves, presentación de casos y artículos de reflexión de carácter científico y ético jurídico.

Tribuna Ética Médica extiende también la invitación a participar con sus trabajos a los profesionales abogados interesados en el tema que viene haciendo carrera como especialidad: el Derecho Médico.⁵

Néstor Harry Amorocho P.

Magistrado Presidente

Tribunal de Ética Médica del Valle y Amazonas

5. http://www.upb.edu.co/portal/page?_pageid=154,22162021&_dad=portal&_schema=PORTAL

Ayer, hoy y mañana de la medicina hipocrática

Por: Efraín Otero Ruiz, M.D.*

Al agradecer y felicitar, en nombre del Tribunal Nacional de Ética Médica, a los organizadores de este Simposio por la invitación y la realización del mismo, quiero señalar que éste constituye el mejor indicio de que la medicina hipocrática está resurgiendo. Porque lograr reunir aquí en tan corto tiempo a lo mejor del talento colombiano –exceptuando lo presente– en las áreas de investigación en ética médica, derecho, economía y docencia y escuchar las intervenciones anunciadas en el programa, como las que ya hemos oído, constituye una hazaña sin precedentes que sólo los integrantes de este distinguido Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca han podido realizar. Y constituye también un tributo a la medicina y al cuerpo médico de este departamento, gestores ellos de la transformación más importante que tuvo la medicina colombiana en el siglo XX cuyos frutos científicos y éticos, legado de una generación de hombres ilustres, estamos en el deber de ensalzar y luchar por conservar.

Se necesitó que hubiesen discurrido cuatro o cinco milenios desde los albores de la civilización para que en una diminuta isla del mar Egeo surgiese, en el 500 antes de Cristo, la figura de un hombre que, como Homero o Heródoto, se confunde con la leyenda. Tal fue Hipócrates de Cos, cuyas enseñanzas se han extendido en el mundo por 2.500 años. Esas enseñanzas, como nos lo ha dicho José Félix Patiño apenas el pasado abril,¹ consistieron en definir el deber del médico, enfatizando en sus conocimientos por encima de intereses propios o de cualquier otro orden; y exaltar las cualidades, el decoro y la imagen que el médico debe mostrar ante el paciente y ante sus semejantes, o sea la del mé-

dico virtuoso en el sentido aristotélico, respetuoso y guardián de su confidencialidad, alejado de toda explotación económica y merecedor de su confianza y autoridad. La magnitud de su obra fue tal que hizo que un francés del siglo XIX, Littré, dedicara toda su vida a estudiarla y publicarla.² Pero así lo habían hecho millares de otros seguidores, desde los que se recostaban bajo el árbol isleño, o entre los jardines de los asklepions, tholos o templos sanatorios cuyas imágenes apenas estamos reconstruyendo, hasta quienes, a bordo de los trirremes o de los veleros que antes habían vagado en búsqueda del vellocino de oro, llegaron al delta del Nilo y fundaron Alejandría, su biblioteca y su museo, al decir de algunos la primera universidad del mundo.³ Además de enseñarse la filosofía y las ciencias naturales, desde allí se inició la lenta y académica diseminación de la doctrina hipocrática que llega a su apogeo con Plinio, Galeno y Celso, de la medicina romana y que luego por diversos factores decae y casi desaparece por los siguientes mil años.

Muchos –incluyendo el mismo Littré– han pensado que la doctrina cristiana –en lo que tiene de amor al prójimo, de respeto a los pobres, de enseñar al que no sabe y de ayuda al desvalido– se basa en los principios hipocráticos llegados de la filosofía griega al médico cosiano a través de su maestro Aristóteles y extendidos por él en su práctica. Para algunos la moral cristiana se basa en la ética nicomaquea convertida en monoteísta por el Rabí de Galilea. Pero desde el momento en que nace esa doctrina –como lo fue el mahometanismo seiscientos años más tarde– tenía que convertirse en fuerza política para poder sobrevivir; y al hacer-

* Ex ministro de Salud, ex presidente de la Academia Nacional de Medicina. - Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica. - Presidente de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina.

lo, destruir con la espada o con la amenaza del infierno—espiritual o material— a quienes pensarán de otra forma. Todo lo que perteneciera a la antigüedad clásica era pagano y por tanto debía borrarse y arrojarse a las tinieblas exteriores. Y así como la arena y los escombros sepultaron la Esfinge y los primeros sanatorios griegos o egipcios, así el cristianismo sepultaría la medicina helénica por más de mil años. Una excepción la hubo quizás con la filosofía aristotélica, fragmentos de la cual fueron recogidos por algunos de los Padres de la Iglesia para fundamentar y cimentar la doctrina católica y fueron celosamente copiados y guardados por los monjes medioevales. Y la medicina galénica, con los rezagos que le quedaban de los griegos (al fin y al cabo Galeno era de Pérgamo) fue siendo absorbida por curanderos y por monjes aderezándola con retablos de arcángeles y de infiernos, como aún podemos ver en nuestros días, para que sirviera no tanto para bien vivir como para bien morir.

Afortunadamente un rescoldo, resguardado con celo por el pueblo árabe de la Península y del norte del África, quedaría de Hipócrates y sus enseñanzas y sobreviviría al fuego de los romanos, de los mahometanos y últimamente de los cruzados que acabó con Alejandría. Ello se debió fundamentalmente pero no exclusivamente a tres médicos árabes, dos persas y uno ibérico como lo he descrito en mi prólogo al libro de Edmond Chediak sobre el tema.⁴ Allí cito también a Carlyle, que dice respecto a los árabes de después de Mahoma: *“Aquella estirpe, polvo inflamable por mucho tiempo aislado en el desierto, de golpe prendió fuego y sus llamas formidables se elevaron al cielo desde Delhi, en la India, hasta Granada, en España”*.

Pero pronto, hacia el año mil, una leve aurora vuelve a brillar en el horizonte. Surgen las primeras agremiaciones de barberos y cirujanos (cuya principal ocupación era la de afeitarse las barbas y las tonsuras de los monjes y de sangrarlos, no solo cuando estaban enfermos—como lo prescribían los códices galénicos— sino en épocas de ayuno y abstinencia, para alejar los malos espíritus. También comenzarían a abrir abscesos, enderezar fracturas y amputar a diestra y siniestra, por las guerras cada vez más frecuentes entre cristianos y herejes y porque para los médicos cortesanos o monásticos era cada vez más degradante ocuparse de menesteres sangrientos o malolientes. Y comienzan a surgir alrededor de conventos y catedrales los primeros

hospicios y escuelas monásticas, atendidos por monjes abnegados que se surtían de sus huertas de yerbas medicinales ya descritas en el milenio anterior por Dioscórides y por Plinio.⁵ Su principal objetivo—siguiendo intuitivamente lo que había dicho Hipócrates milenio y medio antes y reiteraba el cristianismo— era consolar antes que curar y así preparar al enfermo para alcanzar el cielo. Ejemplos los de París, Bolonia, Pavía y Montpellier y sus respectivos hospitales, para mencionar tan solo unos pocos.

Otra llamita habría de alumbrar al iniciarse el segundo milenio después de Cristo en Salerno, al sur de Italia, al extremo norte de la antigua Magna Grecia donde también la influencia árabe había sido mayor. Los turistas de hoy, hipnotizados por los prodigios de Pompeya y de Capri, casi ignoran los altos acantilados desde donde ya a finales del siglo XIX zarparía la vela del médico vikingo Axel Munthe para iniciar su “Historia de San Michele”. Allí, al decir de la leyenda, se reunirían cuatro sabios (un árabe, un hebreo, un griego y un romano) para fundar la Schola Sanitatis Salernitanum cuyo Régimen, que lleva el mismo nombre, sería junto con el Códex de Avicena la guía médica de moros y cristianos hasta bien avanzado el Renacimiento. El Régimen contiene versículos latinos con normas higiénicas y de vida sin duda tomadas de los aforismos hipocráticos y es el primer resurgimiento de los mismos en la enseñanza médica occidental. Allí se suman los principios sanitarios filtrados desde griegos y semitas y asimilados por las religiones que de ellos se derivan. Su influencia se extiende a las otras escuelas médicas que, sobre todo desde Córdoba, desde Francia y desde Italia, rescatan a Hipócrates y estructuran la docencia médica renacentista dando comienzo a la era anatomoclínica, tal como la conocemos hoy en día.⁶

Cuatro epónimos entre varios centenares ejemplifican dicha docencia: Vesalio en anatomía, Paré en cirugía, Harvey en fisiología y Malpighi en anatomía patológica. En sus paradigmas se refleja y transmite el legado hipocrático pero quizás más especialmente en Paré, cuyo “yo lo cuidé pero Dios lo curó” parece extraído directamente del árbol de Cos. Este legado resistirá los embates de la ola materialista, para muchos iniciada desde la época newtoniana y continuada por tres siglos hasta el positivismo de Comte.⁷ De ahí no habrá sino un paso para traernos a Littré y la universalización de los

aforismos, de que hablábamos al comienzo. Y en la enseñanza médica de los siglos XIX y XX seguirá teniendo plena vigencia el juramento hipocrático tal como la mayoría de los aquí presentes lo conocimos y sin distinción de razas ni de credos (Higeia y Panacea y todos los dioses y diosas) seguimos practicando. Otros, como Bulger, han optado por versiones más modernas de ese juramento.⁸

Pero a los de nuestra generación y de otras siguientes, fieles a las estructuras kuhnianas,⁹ nos ha tocado vivir una época de expectativas exorbitantes y de paradigmas que parecían irremplazables pero que, infortunadamente, después han sido malogrados o trocados por fuerzas o factores perversos que parecieran escaparse a nuestro control. Ellos habían sido recogidos por el Maestro de Cos del conocimiento y la práctica que venían de chinos, indios, egipcios y sumerios –los primeros en legarnos lenguajes escritos– para que la escuela hipocrática construyese a través de sus discípulos una nueva teoría y una nueva praxis, basada en lo que ha expresado bellamente Oliver Kepler en su libro sobre el liderazgo médico y el legado hipocrático:¹⁰ que el amor al prójimo es el fundamento de toda práctica médica y de toda bioética. Recordemos también –volviendo a Platón y Aristóteles– que quizás la más notable contribución de los griegos al pensamiento ético fue el pensar que el hecho de que una acción sea buena o mala reside en la acción en sí misma, y que al hombre sólo puede juzgársele por escoger y adoptar la decisión que tome para realizarla.¹¹

Recientes hipocratistas helénicos, entre los que se destaca el grupo de Sykiotis y Papavassiliou en la Universidad de Patras,¹² desde hace tres años nos siguen insistiendo en que Hipócrates dejó dos legados fundamentales que se han prolongado en el mundo por dos milenios y medio: uno, que le añadió al arte de la medicina la metodología científica; y dos, que estableció el ejercicio de la profesión dentro de un marco moral y humanitario. Su persistencia milenaria se debe, según ellos, a la potencialidad que tuvo para despertar la memoria colectiva, entendiendo que la misma consiste en el compartir una comunidad específica, pequeña o universal, la justa y positiva representación de su pasado. Incluso los científicos sociales postulan que esa memoria no reside en el individuo sino en el grupo a que dicho individuo pertenece; de ahí su nombre. La pregunta crucial que hoy debemos hacernos es: ¿Estamos resguardando los valores que nos dejó la

medicina hipocrática como celosos guardianes de esa memoria colectiva?

Porque a finales de los ochenta del siglo pasado surgieron los primeros signos ominosos que amenazaron con derrumbarla. Todo ello está demostrado en el artículo que la socio-economista argentina Celia Iriart y sus colaboradores de la Universidad de Albuquerque, en New Mexico, publicaron en 1999 en el *New England Journal of Medicine*,¹³ tan revelador que provocó un editorial de tan importante revista.¹⁴ Los conglomerados económicos, estimulados por el engullente neo-liberalismo privatizador, con la excusa de los crecientes gastos en salud –expresados como porcentajes del P.I.B.–, decidieron inmiscuirse de lleno en la medicina hipocrática y crear las organizaciones de medicina gerenciada o HMO, como se las llamó en Estados Unidos (país donde han provocado incesantes manifestaciones en contra), o de “medicina prepagada”, como se llaman entre nosotros. Las privatizaciones y los recortes en el sector público fueron abiertamente patrocinados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, los cuales negaban préstamos a países que no realizaran aquéllos, y entrenaban o empleaban a economistas para sus aviesos propósitos. Entre nosotros fue una lenta infiltración, que se aprovechó de las crisis económicas de la época para decir que estaban dando facilidades a los más desvalidos, incapaces de cubrir los gastos de atención médica (que no es lo mismo que “salud”, como lo señala L.F. Gómez en su aguda refutación mencionada adelante), y que la de los enfermos estaría cubierta por las contribuciones de los más sanos. Con habilidad sinuosa y empleando las viejas tácticas de “dividir para reinar” llamaron a las juntas directivas de las primeras empresas a ex ministros y a otros ex altos funcionarios de salud, o crearon cooperativas médicas fantasmas en que las altísimas remuneraciones pudieran resarcir o camuflar los principios éticos que pudieran restarles. Todo ello a base de asalariar miserablemente a los médicos que ejercían por necesidad en las mismas, y apelando hipócritamente al “apostolado” –que era lo que quedaba del ejemplo del pobre Hipócrates y de la última cena– para acallar sus demandas. Por lo cínicos y descarados, algunos de los desfalcos fueron descubiertos abiertamente y sus autores –muchos médicos entre ellos– destituidos y marginados apenas el tiempo suficiente como para que pudieran retirarse a descansar y a disfrutar de las

ganancias y prebendas así acumuladas, como se dijo ampliamente en los medios. Lo que afirmo lo he dicho en documentos que han visto la luz pública, algunos de ellos publicados.¹⁵ En cuanto a nombres, como lo haría García Lorca con su “Casada infiel”, *la luz del entendimiento me hace ser muy comedido*.

Al tiempo los economistas –algunos de los cuales, vivos o difuntos, aspiran al grado de santidad– se encargaron de manufacturar y hacer aprobar en el Congreso la Ley 100 del 93 y presentársela de facto a los médicos (de academias y de gremios o asociaciones científicas) para poder decir orondamente que la habían “consultado” con ellos. Dentro de la vorágine acarreada por las aseguradoras tendría que derrumbarse estrepitosamente la seguridad social (la “mina no descubierta” a la que había que caerle, según el estudio de los de Albuquerque), la cual debería ser privatizada a toda costa, como hace muy poco lo hemos visto.

Las críticas que el grupo de J.F. Patiño y sus colaboradores de la Academia Nacional de Medicina hemos venido haciendo hace quince años se han basado fundamentalmente en que, al lado del deterioro general de los hospitales y del sistema de salud, la desprofesionalización del médico y la ruptura de la relación médico-paciente, como ha dicho y nos lo mostrará Sonia Echeverry en su próxima ponencia, en la Ley 100 nunca se señalaron específicamente dineros ni para investigación ni para informática. En su citado discurso de abril –próximo a publicarse– Patiño señala además que “el conflicto de intereses se origina cuando el interés primario –como es el bienestar del paciente para el clínico, o la investigación para el científico, o la educación médica para el docente o la asistencia para quien presta servicios de salud– se ve influenciado indebidamente, en una u otra forma, por un interés secundario como puede ser el beneficio económico o el lucro corporativo”. Esos interesados secundariamente agregan que “la medicina hipocrática es cosa del pasado”, que debería enterrarse, como pretendieron hacer con ella Roma y los cristianos hace dos milenios. Pero para dicha Ley sí se utilizaron cinco premisas que L.F. Gómez, el Presidente de la Academia de Medicina de Medellín, en su artículo titulado “En contra del fin de lucro de terceros mediante el aprovechamiento del trabajo de los médicos”,¹⁶ próximo a aparecer en la Revista de la Academia Nacional y cuyas copias preliminares he

traído para hacerlas circular, se encarga de refutar y señalar como falsas, discusión que se aleja de los propósitos de mi ponencia de esta mañana. Pero además, ¿han mejorado, pregunto yo, los hospitales o los índices de atención? Basta dar una mirada a los titulares de *El Tiempo* de hace dos semanas o de ayer mismo para darnos cuenta de que eso no es así.^{17, 18}

Espero que los pros y los contras que aquí se discutan y que, como antes dije, a mi modo de ver enaltecen esta reunión, puedan llegar como en el ágora antigua a las conclusiones de un diálogo civilizado y en esa forma arribar y convencer a los nuevos legisladores y a los nuevos políticos.

De ahí mi optimismo por que este Simposio –como otros similares que se han venido realizando en el país– inicie el sendero que nos lleve, lenta pero seguramente, al resarcimiento de la medicina hipocrática. Que el espíritu de hace 2.500 años vuelva a iluminar a quienes trazan los senderos de la medicina y la salud del futuro. Que éstas vuelvan al terreno que les pertenece, el de los médicos, sin dejarse cautivar por los cantos de sirenas de los bienestares, de las protecciones sociales o de las invalideces, la vejez y la muerte, con la “mina” de las reservas pensionales, cuya explotación ya se vislumbra. Que las diversas instituciones de ética médica y bioética, los diversos tribunales y los comités éticos de universidades y agrupaciones de salud sigan contribuyendo con su esfuerzo no tanto a sancionar o a reprimir sino a educar a las generaciones mal-formadas o mal-practicadas, para que vuelvan a tomar las enseñanzas del Padre de la Medicina en su valor más prístino y retornen a los valores éticos, científicos y humanitarios que nos dejó en su legado.

Efraín Otero Ruiz, M.D.

(Presentado, con diapositivas, en el Seminario sobre Medicina Humanista vs. Medicina Economista, Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, Cali, octubre 24, 2008).

Bibliografía

1. Patiño, J.F.: Hipócrates de Cos: su legado. (Discurso de posesión como Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina. Bogotá, Abril 24, 2008). Rev. Medicina (en prensa).
2. Littré, E.: Oeuvres complètes d’Hippocrate. J.B. Bailliere, París, 1839.

3. Otero-Ruiz, E.: Alejandría – Ciencia y Medicina. *Tribuna Médica* 95:2-7, 1995.
4. Chediak, E.: Tres médicos árabes: Rhases, Averroes y Avicena. (Prólogo de Efraim Otero-Ruiz). Ed. Prismagraf, Bogotá, 2007.
5. Rattray-Taylor, G.: *The Science of Life-A picture history of Biology*. Thames & Hudson, London, 1963.
6. Laín-Entralgo, P.: *Historia Universal de la Medicina*. Salvat Ed., Barcelona, 1976.
7. Gómez-Gutiérrez, A.: *Del Macroscopio al Microscopio: Historia de la medicina científica* (Prólogo de Efraim Otero-Ruiz). Ed. Javergraf, Bogotá, 2002.
8. Bulger, R.: El juramento hipocrático moderno (1988). Del libro: "Technology, bureaucracy and healing in America". Traducción de Efraim Otero-Ruiz. *Rev. Medicina* 67:227, 2004.
9. Kuhn, T.S.: *The structure of scientific revolutions*. 3rd. Ed. Chicago University Press, 1996.
10. Kepler, M.O.: *Medical stewardship: fulfilling the hippocratic legacy*. Greenwood Press, Conn. & London, 1981.
11. Bowra, M.: *The Greek experience*. Mentor Books, New York, 1957.
12. Sykiotis, G.P., Kallioliias, G.D., Terezis, C., Papavassiliou, A.G.: Of temples and plane trees: the hippocratic legacy as collective memory. *Hormones* 4(1):55-58, 2005.
13. Stocker, K., Waitzkin H., Iriart, Celia: The exportation of managed care in Latin America. *N. Eng. J. Med.* 340:1131-1138, 1999.
14. Perez-Stable, E.J.: Managed care arrives in Latin America. (Editorial) *N.Eng.J.Med.* 340:1110-112, 1999.
15. Otero-Ruiz, E.: *Los Versos Melánicos*. Ed. Kimpres, Bogotá. 2003.
16. Gómez, L.F.: En contra del fin de lucro de los médicos en aprovechamiento del trabajo de terceros. Réplica al artículo de Castaño, R.A. "En defensa del fin de lucro en salud" (*Medicina* 81:90-102, 2007). *Rev. Medicina* (en prensa) jun. 2008.
17. "La salud, tema caótico: déficit presupuestal de los hospitales de Cundinamarca, que asciende a 70 mil millones de pesos, los tiene abocados a un cierre antes de final de octubre". *El Tiempo* -Cundinamarca 7 días- (3 a 7 de octubre. 2008).
18. "Estudio: más cobertura en salud pero con menor calidad". Titular, *El Tiempo*, octubre 23, 2008.

Del ejercicio médico “a la defensiva” a la “medicina economicista”

Néstor Harry Amorocho Pedraza*

“Frente a un régimen como el de la Ley 100 de 1993, se hace imperioso garantizar no sólo el derecho del médico a recibir una contraprestación digna y justa como resultado de la actividad profesional, sino la protección contra terceras personas que pretenden explotarlo comercial o políticamente...” Sentencia C-106/97 de la Sala Plena de la Corte Constitucional.¹

Introducción

Después de los principios, aplicaciones, consecuencias y desastres que ha traído la ley 100 de 1993 que revolucionó la medicina en Colombia queda una pregunta lógica por responder: ¿Qué pasó con la medicina que nos enseñaron y la que nos ha tocado en suerte ejercer? La respuesta, que debe analizarse en un contexto económico, político, histórico y social es de una lógica contundente: la profesión médica no podía sustraerse a los fenómenos de cambio que afectan al orbe en su totalidad.

Tras la caída de los países socialistas el mundo quedó en manos de los ideólogos del capital que en su aparente victoria han declarado con arrogancia a la comunidad mundial: “Fuera del libre mercado no hay salvación”. Y empezamos a oír expresiones sobre el ejercicio de la medicina como “el mercado de la salud”.

Los médicos estábamos acostumbrados a ejercer de manera individual con base en normas éticas definidas desde el comienzo de nuestra formación y practicábamos la medicina al amparo de las reglas de la comunidad médica y dentro de ciertos parámetros de conducta que hacían del acto médico un proceso inviolable, secreto y basado en la confianza mutua con el paciente. Así se hizo desde siempre.

La remuneración no era cosa que angustiara a los médicos de las anteriores generaciones, pues ni el ingreso faltaba ni el estatus del profesional se deterioraba. Por el contrario, la posición social de quien ejercía la medicina era por lo menos respetable.

La avalancha ideológica del neoliberalismo económico contaminó todas las esferas del pensamiento: la filosofía, la administración, la educación y la vida misma de los países de todo el mundo. Todo lo que se tenía por sagrado y digno tuvo que ceder espacio a los emergentes intelectuales que preconizaban la entronización de la libre empresa bajo el amparo de la “libertad” de hacer cosas en una sociedad de libre empresa. Eso sí, colocando el Estado y sus recursos al servicio de quienes producían las utilidades.

Planteamientos económicos

Los dueños de los grandes capitales nacionales contabilizaron sus ingresos en una gran suma que denominaron ingreso per cápita y cuyas bases aparentemente son sencillas. Miremos un poco lo que se refiere al producto interno bruto (PIB), tan ampliamente mencionado por los economistas cuando quieren probar sus teorías y predicciones, generalmente sin éxito (como bien dicen ellos mismos, emplean seis meses tratando de demostrar la

* Magistrado Presidente del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas

1. Sentencia-C106/97 de la Sala Plena. Disponible en: CorteConstitucional/1997/Constitucionalidad/C-106-97.htm .

exactitud de un modelo económico y los siguientes seis meses explicando por qué no funcionó de acuerdo con lo previsto).²

El PIB es el valor total de los bienes y servicios de un país (Téngase en cuenta que entre los servicios está considerado el “servicio médico” igual que la electricidad, el teléfono, el agua, etc.) producidos en una economía por sus residentes en un periodo determinado.

Una de las formas de calcular el PIB es el “método de las erogaciones”:

$$\text{PIB} = C + G + I + X - M$$

En donde C es consumo, gasto en bienes y servicios, de los particulares (los que pueden pagar); G representa los gastos del Gobierno, es decir, las compras de bienes y servicios del Estado (sin incluir lo que toma la corrupción); I es inversión, el incremento y mantenimiento de infraestructura de producción; X se refiere a las exportaciones y M a las importaciones. Para los macroeconomistas lo que importa es el segmento de población productiva con capacidad de comprar y vender.³

En este sistema se vio involucrada la atención médica que pasó a considerarse como un servicio más para cumplir con las necesidades insatisfechas del individuo y su familia. En la prestación actual de los “servicios de salud” no se ha analizado, en nuestro medio, las implicaciones éticas de esta forma de organizar la atención médica, proveniente de los Estados Unidos, donde las diversas formas de pago por terceros han tenido crecimiento desde la segunda mitad del siglo veinte, desde los servicios personales adquiridos por los pacientes, hasta el pago de un seguro subsidiado por la empresa en que el sujeto laboraba. Antes la empresa absorbía mayoritariamente el gasto; ahora, en los esquemas que conocemos, una proporción cada vez mayor debe ser cubierta por el empleado si desea tener un seguro de amplia cobertura. Esta organización de la medicina, la más cara del mundo, invierte en U.S.A. alrededor del 15% del PIB y deja sin servicio médico asegurado a cerca del 20% de la población. Ni qué decir de nuestro país.⁴

Colombia enfrentó en 1999 la más grave recesión económica en sesenta años, expresada en la caída de 4,3% del producto interno bruto (PIB) y en el inusitado aumento del desempleo.

El bajo precio internacional del café y la magnitud de los daños sufridos por las zonas cafetaleras a raíz de un terremoto agravaron la debilidad económica del país. Aunque la economía creció 2,8% en el año 2000, el desempleo subió a 19,7%. El número de pobres creció de 19,7 millones en 1997 a 22,7 millones en 1999. Entre 1995 y 1999 el peso de la deuda total de Colombia se acentuó sobremanera: pasó de 19,1% del PIB a 34,0%.

Para el año 2000 se recortó el gasto público, se amplió la base tributaria, se estableció un impuesto especial sobre las operaciones financieras y se implantaron controles sobre la evasión de impuestos; además, se congeló el salario de los empleados públicos y se procuró reducir la burocracia y los gastos que no fueran inversión.

La ineficiencia en el gasto social es un serio obstáculo al desarrollo de Colombia: el gasto en educación es mayor de 4% del PIB, pero la cobertura educativa no supera 88%; el gasto en salud alcanza a 3,9% del PIB, y el coeficiente de Gini (desigualdad en los ingresos, o cualquier forma de distribución desigual) nacional (0,56) no varió entre 1997 y 1999. Desde hace más de cuarenta años Colombia sufre un grave conflicto armado. Se calcula en 1.700.000 los desplazados por la violencia entre 1985 y 2000.⁵

Los seguros de responsabilidad médica

Hoy en día en los países desarrollados, como en los países en desarrollo, es indispensable para ejercer la medicina contar con un seguro contra demandas, ya que la probabilidad de estas es alta y costosa. En los Estados Unidos para 1987 los médicos pagaron a las compañías de seguros por concepto de pólizas aproximadamente 5 mil millones de dólares. El número de indemnizaciones que tuvieron que pagar dichas compañías redujo el número de estas organizaciones de 100 en 1967 a 12 en 1977; en este mismo periodo se incrementaron

2. Guzmán Mora, Fernando. La revolución industrial en la medicina colombiana. *Heraldo Médico*. Vol. XXII 227. Marzo 2000

3. Guzmán Mora, Fernando. La revolución industrial en la medicina colombiana. *Heraldo Médico*. Vol. XXII 227. Marzo 2000

4. Ceballos, Andrés F. Ética médica en la prestación actual de los servicios de salud. *Revista Médico Legal*, Año X N° 1, Marzo de 2004.

5. <http://www.fecolsog.org/userfiles/file/educacioncontinuada/epidemiologiaart4.php>

hasta 44 veces las ventas de seguros y las demandas se multiplicaron por 10 entre 1955 y 1976.

El derecho médico, a su vez, ha tenido gran desarrollo en Europa y Estados Unidos y se ha creado en algunos países como Francia la especialización en este campo.

Medicina a la defensiva

La denominación “medicina a la defensiva” fue acuñada en los Estados Unidos como reacción al riesgo jurídico de la profesión médica, que llevó a causar un efecto negativo en los pacientes, hecho que se relaciona con el advenimiento, diseminación y crecimiento de las diversas formas de pago por terceros a los médicos por servicios prestados, en los años cincuenta.⁶

En Méjico para el año 2005 las compañías de seguros reportaban un aumento en las demandas de seguros de cobertura contra negligencias médicas. Para la Conamed (organismo encargado de atender los casos de arbitraje entre pacientes y especialistas), lo importante era evitar la judicialización de la medicina.

Cada vez más médicos mexicanos entran en el quirófano con un “amparo” bajo el brazo, es decir, con un seguro de responsabilidad civil que los protege legalmente en caso de que algún paciente los demande por daños irreparables o por insatisfacción con un tratamiento.

La tendencia se conocía desde quince años atrás y las compañías aseguradoras afirmaban que su ritmo iba en ascenso. Las autoridades sanitarias denominaron el fenómeno “medicina defensiva”. De acuerdo con sus cálculos, el 40% de los profesionales que ejercían la actividad tenían contratado un seguro de este tipo.

“La medicina defensiva hace más grande la distancia entre el médico y sus pacientes. Para revertir el efecto nocivo de dicha práctica y combatir sus efectos, que vician la comunicación entre médico y paciente, se propone que los médicos lleven a la práctica acciones que permitan renovar en sus consultas la esencia de la medicina humanista y se restaure la relación médico – paciente”.⁷

Las quejas y reclamaciones jurídicas a partir del acto médico se han multiplicado en forma paralela a la administración de la atención médica por terceros como producto de la desconfianza en un procedimiento o tratamiento prepago, en ocasiones practicado por un médico no seleccionado por el paciente, llamado ahora usuario. Esta alteración del acto médico que va desde la confianza mutua a la desconfianza del paciente y a la práctica de pruebas y exámenes excesivos por parte del médico constituye la medicina defensiva. “Esta es sin duda una forma no ética del ejercicio médico”.⁸

Estas actitudes, en su conjunto, conforman una propuesta de práctica profesional que se resume en cuatro puntos: 1) mantener una comunicación verbal y no verbal adecuada con cada paciente; 2) permanecer en continua actualización de conocimientos, habilidades y destrezas; 3) respetar los derechos de sus pacientes; y 4) defender sus derechos como médico”.⁷

Medicina economicista

Antes de la Ley 100 las empresas empleadoras absorbían totalmente el gasto de salud y, en la medida en que transcurrió el tiempo, pasó a ser pagado en forma porcentual creciente por el empleado, convertido en el POS, quien si decide tener un seguro de amplia cobertura habrá de cancelarlo totalmente a lo que constituye hoy el servicio de Medicina Prepagada.

El modelo de atención de la salud creado en Colombia por la Ley 100, del 23 de diciembre de 1993 ha convertido el cuidado médico en un bien de mercado que manejan desde una posición dominante las empresas intermediarias que fungen como aseguradoras (entidades promotoras de salud [EPS], administradoras del régimen subsidiado [ARS] y administradoras de riesgos profesionales [ARP]).

En Colombia la atención de la salud es una industria, la más lucrativa del sector de los seguros. Las empresas intermediarias tienen todas las ventajas financieras, mientras los hospitales y los profesionales de la salud se ven en creciente desventaja.

6. Manrique Jorge Iván. Aspectos característicos de la responsabilidad médico legal, revisión de cien cassos. *Revista Médico Legal*. ISSN 0124-8286. año VI No 3. Sept. Dic.de 2000

7. González Méndez, José <http://www.La.jornada.unam.mx> PAGINA DEL CONSUMIDOR 4 de abril de 2005

8. Ceballos, Andrés F. Ética médica en la prestación actual de los servicios de salud. *Revista Médico Legal*, Año X N° 1, Marzo de 2004

El resultado era, a los once años de implementación de la Ley 100, desconsolador: la cobertura real apenas llegaba al 50% de la población, con preocupante disminución de beneficios para las clases económicamente débiles, que están en el Régimen Subsidiado; y ninguno o exiguos beneficios para los mal llamados “vinculados”, cuya única esperanza reside en los hospitales públicos, entidades que se encuentran cerradas, en quiebra o en procesos de liquidación. La situación actual no ha mejorado.

“El Régimen Subsidiado, el más importante desde el punto de vista social, ha venido perdiendo legitimidad ante la opinión pública por denuncias repetidas sobre pérdidas de recursos, procesos de “clientelización”, dificultades en el acceso y venta de contratos, como se desprende del estudio realizado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Universidad Nacional”.⁹

La prestación de los servicios de salud en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993 no se ha analizado desde el punto de vista de las implicaciones éticas que tiene esta forma de organizar la atención médica, en la cual el médico ha perdido su ejercicio liberal para recibir el pago que debiera corresponder a honorarios profesionales con base en un sistema de tarifas impuesto por terceros, como un modelo economicista de la salud, más regido por el Código de Comercio que por el Código Ético y su sustento filosófico, el modelo hipocrático.

El fenómeno, que tuvo origen especialmente en el encarecimiento de la medicina, ha llegado actualmente a convertirse en un renglón más de explotación comercial dentro del renglón de servicios, en el que predominan los intereses económicos de quienes invirtieron para ofrecer atención (servicio médico) y los intereses de los aseguradores que ofrecen, entre otros, el pago como terceros (intermediarios), atención en la cual los intereses del enfermo y del médico están supeditados a este esquema que solo deja réditos a quienes invirtieron en el negocio de la salud.

“Actualmente los administradores, economistas, ingenieros y psicólogos industriales al servicio de

las compañías financieras se sienten muy seguros administrando con criterio industrial la prestación de los servicios médicos y la misma práctica médica, enmarcándolos totalmente dentro de exigencias de rentabilidad”.¹⁰

Debe entenderse que los intereses administrativos y financieros, el desarrollo tecnológico (“tecnología de punta”), los insumos para la salud, los costos de las drogas, el desarrollo de la industria farmacéutica, los gastos de publicidad y los problemas jurídicos presentes en el ejercicio médico hacen que se deje a un lado el principio ético que desde siempre rigió la relación médico-paciente con sentido eminentemente humanista en Colombia.

El encarecimiento del acto médico fue la causa que se consideró para desarrollar esquemas de pagos por terceros. Se argumentó que el objetivo fundamental era contener y disminuir los costos, pero en su promoción se anuncian como oferentes de calidad y de servicios personalizados que demandan más gastos administrativos.

Los cuadros médicos son seleccionados de acuerdo con sistemas de tabulación (“eficiencia”) y los médicos se ven estimulados, cuando no obligados, a ahorrar en la atención de los pacientes escatimando la remisión a especialistas, limitando el uso de exámenes de laboratorio, y terminando por ser más fieles con la empresa que los contrata que con el paciente al cual deben atención.

Si se analiza lo acaecido en los últimos quince años no se ha resuelto el problema y además diversos intereses de intermediación que han venido apareciendo redundan en el mayor encarecimiento y de alguna manera inciden en la ética del ejercicio del médico, lo que hace que las demandas judiciales sean cada vez más frecuentes y a la vez aumenta el número de procesos que se mueven en los tribunales de ética médica por quejas contra profesionales en ejercicio o cuando cumplen funciones administrativas.¹¹

En un artículo L. F. Gómez¹² replica a quien defiende el fin de lucro en la salud,¹³ y argumenta que

9. Patiño J. F. El profesionalismo médico. *Rev Coloma Cir* 2004; 19:146-152

10. Isaza Villa, Sergio. La Nueva Medicina. *Heraldo Médico*. Vol. XXII No 227, marzo 2000

11. Ídem. 4 - 8 Ceballos, Andrés F. Ética médica en la prestación actual de los servicios de salud. *Revista Médico Legal*, Año X N° 1, marzo de 2004.

12. Gómez L. F. En contra del fin de lucro de terceros mediante el aprovechamiento del trabajo de los médicos. *Medicina* Vol. 30 No 2 (81) Junio 2008

13. Castaño R.A. En defensa del fin de lucro en salud. *Medicina* 2007; 29: 90-102

“los sistemas de salud basados esencialmente en el modelo de aseguramiento de los servicios médicos, como lo es el de la Ley 100, priorizan la atención de la enfermedad, influyen muy poco, y solamente de manera concreta, en el estado de salud individual o comunitario, y que, como decía, Spencer: lo que necesitamos es ‘un proceso que haga hincapié en la salud de la población, antes que en las enfermedades de los individuos’”.¹⁴ Ello se conseguiría mejorando los determinantes de la salud ajenos a la medicina.

Cabe anotar el efecto dañino que este régimen le ha hecho a la relación médico-paciente. Como dice Sonia Echeverri: “Las transacciones comerciales son frías, calculadoras y rentables. Al introducirle la exigencia de rentabilidad a una relación de confianza, de humanitarismo, se está perdiendo el principio que debe primar en la relación médico-paciente sin intermediarios, ganancias económicas, resentimientos ni desconfianza. Se está olvidando que la medicina es un servicio, no es una mercancía y por consiguiente no es susceptible de ejercerse como un comercio. No se vende salud; se cuida la salud, se vela por la salud.”¹⁵

La lucha por el “mercado de la salud”, las presiones sociales y las “eficacias” administrativas no deben modificar el principio de profesionalismo del médico que con entereza asume la responsabilidad total del acto médico, y si a esto se suma la autonomía del paciente para que se tomen decisiones en conjunto, adecuadamente informadas, sobre su tratamiento y cuidados, ello alejará al médico de demandas cuando se cumplen principios éticos.

Actualmente hay frustración entre los médicos puesto que los sistemas de atención de salud ame-

nazan la esencia y principios de la profesión médica.

La base del contrato médico radica en el profesionalismo y este concepto fincado en la confianza que el paciente deposita en el médico coloca el interés del paciente por encima de los intereses del médico, quien asume la responsabilidad de beneficiar a sus semejantes con el empleo correcto de la medicina como ciencia, cumpliendo así con el principio de “beneficencia y no maleficencia”.

Se estima que menos de la mitad de los doscientos cincuenta mil profesionales de la salud que se graduarán en los próximos diez años de las diferentes facultades y programas de formación, difícilmente podrán ser acogidos por el sistema. Y quienes no sean absorbidos por éste se verán obligados a “diversificar” su ejercicio profesional, a ser “creativos” en su manera de “competir” o, simplemente, a desempeñarse en algo distinto a aquello para lo cual fueron formados.¹⁶

Dijo la Corte: “La salud es un derecho fundamental que comprende el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y que debe ser respetado por las EPS y las IPS. Además, los órganos de regulación y vigilancia del sistema tienen el deber de adoptar las medidas para proteger el derecho a la salud”.

“Todos los colombianos deben tener cobertura en salud antes de enero de 2010 y en octubre de 2009 no debe haber diferencias en los beneficios entre el régimen contributivo, conformado por quienes pagan mensualmente sus aportes de salud, y el subsidiado, cuya salud corre por cuenta del Estado”.¹⁷

14. Spencer H.C. Renovación de estrategia de la salud para todos. Foro mundial de la salud 1996; 17: 352-254

15. Reseña sobre el libro *La Medicina como Institución: entre la voracidad y el suicidio*. Disponible en: http://www.lalibreriadelau.com/catalog/product_info.php/manufacturers_id/40/products_id/1297

16. Ruiz M. Ignacio. En el escenario político se generan los cambios que el Sector Salud necesita.. Revista *Médico Legal*, Año XII N° 4, Octubre de 2006.

17. Sentencia Corte Constitucional T-760 de 2008

El conflicto de interés como problemática de la práctica médica contemporánea respecto a los nuevos agentes contractuales: La necesidad de una ética preventiva en un nuevo contrato social

“Es tarea de la ética y de sus cultivadores progresistas calar en la esencia de los problemas morales de cada época y evidenciar las insuficiencias de la moral y los conflictos de valores, para buscar sus determinantes y permitir que las nuevas ideas morales puedan ser reconocidas por la sociedad y estimuladas y llevadas por la educación a la apropiación por el individuo y el grupo”.

Ubaldo González Pérez

*Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica
en el campo del conocimiento¹*

Ana Isabel Gómez Córdoba*

Palabras clave: relación agente-principal, roles del médico, relaciones trascendentes, conflicto de interés, riesgo moral, consentimiento informado, profesionalismo, contrato social.

Introducción

El ejercicio de la profesión médica ha sufrido sustanciales cambios en las últimas décadas relacionados con tensiones de carácter socio-cultural, económico, político y tecnológico.

En el pasado, bajo la óptica de la ética hipocrática, el médico tenía una serie de deberes de cuidado con el paciente, orientados por los principios de beneficencia y no maleficencia, los cuales cumplía desde una perspectiva paternalista con relativa independencia de otros agentes, fuentes de financiación y escrutinio público. En la actualidad la relación médico-paciente se ha hecho más compleja con la intervención de diversos agentes, con los consecuentes riesgos morales y conflictos de interés que plantean dilemas de índole ética y que serán materia de discusión en este artículo.

Hechos que han generado la transformación del ejercicio de la medicina

Algunos de los más importantes hechos que han propiciado la transformación del ejercicio de la profesión médica son, entre otros:

Cambios en los sistemas de salud: En las últimas décadas los sistemas de salud han experimentado reformas de diverso carácter: desde aquellas que consideran la salud como un bien meritorio y derecho fundamental de todo ser humano, del cual es garante el Estado (modelo social-demócrata), hasta aquellas que la ven como un bien que puede estar sujeto a las leyes de mercado (modelo neoliberal), y esquemas mixtos en los cuales la participación del Estado, la comunidad, las familias y los individuos propicia la satisfacción de las necesidades esenciales de la sociedad y la garantía de los derechos (modelo de concurrencia). Respecto a estos modelos, las principales tensiones en el ejercicio profesional se originan en la conciliación de la naturaleza de un bien meritorio con el legítimo

* Médica pediatra especialista en gerencia en Salud Pública de la Universidad del Rosario; magíster en bioética de la Universidad del Bosque. Actualmente cursa estudios de doctorado de Ciencias Jurídicas de la Pontificia Universidad Javeriana. Se desempeña como Directora del Programa de Medicina de la Universidad del Rosario; pertenece al Centro interinstitucional de estudios en bioética y derecho médico y al grupo de investigación en educación, reconocido por Concencias, de la Universidad del Rosario.

interés económico de las empresas del sector de la salud (prestadores y aseguradores), las estrategias de control del gasto en salud y la atención de los pacientes que se encuentran por fuera de la cobertura de los sistemas de aseguramiento.

Emergencia del paradigma económico: Existe una brecha cada vez mayor entre las necesidades de salud de las personas y los recursos existentes; de allí que se requiera de la racionalización y la distribución de los recursos como acciones que representan el principio de justicia sanitaria, dentro del concepto tripartita de calidad en salud planteado por Donabedian (técnico científico, interpersonal y económico). De otra parte, la elevación de los costos de la salud es una tendencia de carácter globalizado y sostenido debido a actividades de salud no cubiertas, intereses académicos, transición de la salud, incrementos de las coberturas en salud y en el ingreso en los hogares, sobreutilización de los servicios por parte de los usuarios, inflación de precios, presencia de terceros pagadores, cuotas de intermediación, disminución de las tarifas de los profesionales de la salud con la consecuente merma de calidad, medicina a la defensiva, preeminencia de los profesionales, influencia de los medios de comunicación, formas de contratación, ineficiencia y corrupción en el sector público y privado de la salud, búsqueda de utilidad sin responsabilidad social, ineffectividad en la motivación del autocontrol de los distintos actores del sistema, medicina del deseo y futilidad médica, entre otras causas. Las características de las organizaciones de salud actual requieren de líderes capaces de desempeñarse en el espacio de la complejidad.^{2,3}

Autonomía como principio rector de la relación médico-paciente: Producto de los movimientos por los derechos civiles, las minorías étnicas y de género y la extralimitación del poder médico en el uso de la tecnología, la autonomía o capacidad que cada ser humano tiene para autogobernarse y tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y estado de salud, empieza a emerger desde la década de los setenta como uno de los más importantes principios éticos rectores del cuidado médico. La relación médico-paciente, clásicamente paternalista, de carácter vertical, pasa a ser en los últimos treinta años el encuentro de dos personas: el médico, que tiene el deber de informar al paciente (o quien represente sus derechos), y el paciente, que una vez ha sido informado manifiesta su volun-

tad acorde con lo que represente su mejor interés, la cual si es jurídicamente válida debe ser respetada por el profesional de la salud, a pesar de que en algunas situaciones sea incluso contraria a los principios de beneficencia y no maleficencia.⁴

Socialización de la medicina y medicalización de la sociedad: Paralelo al fenómeno de masificación de la atención en salud a través de las reformas de los sistemas de salud y al aumento de las coberturas, el médico pasó de ser un profesional independiente a un empleado, asalariado de las grandes corporaciones de salud, con salarios cada vez más exigüos, con menor poder de autodeterminación y con grandes presiones frente al control del gasto en salud. La sociedad ha sufrido un proceso de medicalización, entre otras causas gracias al acceso a la información en salud, lo cual ha producido una expectativa desmesurada de las personas respecto a los resultados de la atención. Los pacientes actúan como ciudadanos informados en el ejercicio de sus derechos. El acto médico, tradicionalmente de carácter privado, adquiere una dimensión de rendición pública de cuentas, con el consecuente aumento de los procesos éticos y jurídicos por responsabilidad médica.^{5,6}

Cuestionamiento del contrato profesión médica-sociedad: Cada vez es más frecuente la insatisfacción de amplios sectores de la sociedad respecto a los procesos de atención en salud, con el consecuente detrimento del estatus profesional. Esta situación se relaciona con: deshumanización de la atención en salud, ruptura del secreto profesional, abandono del paciente, encarnizamiento terapéutico, magnitud del evento adverso, conflictos de interés no declarados, comercialización de la profesión, negligencia, impericia e impudencia en el acto médico, irrespeto a la autonomía del paciente representada en el consentimiento informado, narcisismo médico, e inadecuada relación con la industria farmacéutica, entre otros.⁷

Renovación acelerada del conocimiento: Las decisiones médicas son cada vez más complejas, y el conocimiento y las tecnologías para el cuidado de la salud se recambian rápidamente. Por esta razón los procesos de educación continua y recertificación adquieren una mayor importancia en el ejercicio profesional de la medicina. Paradójicamente el incremento acelerado del conocimiento ha hecho que la formación médica se tecnifique, descuidando con ello aspectos humanísticos de carác-

ter fundamental; de otra parte, cada vez con menos frecuencia las empresas de salud dedican tiempos o rubros para la capacitación del recurso humano a lo largo de su vida.

Relaciones trascendentes de los profesionales de la salud en los actuales sistemas de salud: Teoría de la agencia.

La teoría de la agencia “analiza la forma de los contratos formales e informales mediante los que una o más personas denominadas como ‘el principal’ encargan a otra persona denominada ‘el agente’ la defensa de sus intereses y delega en ella cierto poder de decisión.” La relación de agencia conlleva la existencia del llamado riesgo moral, entendido como “la posibilidad de que el agente busque objetivos personales en detrimento de los intereses del principal”.⁸

Como se mencionó con anterioridad, tradicionalmente el médico ha tenido una relación de agente respecto al paciente, quien obra como principal, la cual está enmarcada en el cumplimiento por parte del profesional de deberes in concreto de: prestación de servicios de salud en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación; y deberes in extenso de: secreto profesional, brindar información, dar asesoramiento o consejo, requerir consentimiento informado y respetar la voluntad del enfermo cuando esta sea jurídicamente válida, llevar en debida forma la historia clínica; certificar, actuar con conocimiento de manera diligente y con calidad, sin exponer al paciente a riesgos innecesarios, sin asegurar resultados, con decoro y prudencia.

Pero dadas las condiciones actuales del sistema, la medicina ha perdido su carácter de profesión liberal, y frecuentemente los médicos son empleados de instituciones de servicios de salud que tienen contratos con aseguradores (bajo modelos de capitación, pago por actividad, por presupuesto) o también están vinculados a redes primarias de empresas promotoras de salud.

Es decir, el médico además de ser agente del paciente tiene este mismo papel con respecto a las instituciones prestadoras y promotoras de la salud, que a su vez obrarían con un carácter de principal, en cuyo marco el control del gasto en salud y la racionalización de recursos se convierte en uno de los más importantes deberes de médico.

A esta situación se suma el hecho de tres roles adicionales que actualmente puede ejercer el profesional de la salud, que son fuente de conflictos de interés respecto a la relación médico-paciente: el de investigador, liderando proyectos financiados por la industria farmacéutica; el de académico, que construye una carrera docente dentro de una universidad; y el de empresario, cuando es accionista en instituciones prestadoras de servicios de salud u oferta servicios a través de tecnología de la cual es dueño.

En este complejo entorno en donde el médico obra como agente, de manera simultánea, de distintos actores del sistema: paciente, instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas promotoras de salud, industria farmacéutica, otras empresas del sector biotecnológico e incluso de sí mismo, en cada una de estas relaciones corre un riesgo moral, entendido como “el conjunto de acciones escondidas que se pueden ejercer en una de las dos partes después de entrar en contacto en un contrato y que la otra parte no podrá identificar sin incurrir en costes”, el cual es fuente de conflictos de interés, cuya resolución dilemática representa el reto ético del ejercicio profesional actual.⁹

A continuación se describen los riesgos morales asociados con los distintos agentes:

Los pacientes de manera paralela tienen un riesgo moral dentro de la relación médico-paciente y los sistemas de salud: ocultar información en los procesos de aseguramiento que posteriormente podrían obrar como preexistencias o que en los procesos de prestación de servicios generen riesgos en la atención; utilizar indiscriminadamente los servicios de salud, no ejercer conductas de autocuidado u obrar con la motivación de la medicina del deseo.

En el caso de los aseguradores son ejemplos de riesgo moral la selección de redes de servicio con un único criterio, el de las tarifas bajas, sin ejercer control sobre la calidad de los servicios; controlar los costos de la atención con prácticas antiéticas como el descreme del mercado, o con barreras burocráticas al acceso en el uso de servicios que van en contra de la continuidad en la atención

Las instituciones de la salud ejemplifican el riesgo moral en el control del gasto con incentivos antiéticos a los profesionales de la salud, o compra de insumos de inferior calidad a menor costo, o ahorros en los gastos asociados al bienestar y estabilidad laboral de los profesionales de la salud.

En la industria farmacéutica el riesgo moral lo constituyen los incentivos económicos o de otro tipo para lograr la formulación de determinados medicamentos por parte de los médicos; la investigación en productos rentables a pesar de que no siempre coincidan con las necesidades de salud, la no publicación de investigaciones financiadas por la industria que revelan resultados contrarios a los objetivos económicos; el médico que recibe incentivos desproporcionados de parte de la industria para direccionar los patrones de prescripción.¹⁰

El médico académico podría tener el riesgo moral de direccionar sus esfuerzos centrados en la publicación, que le dé visibilidad y le permita avanzar en su carrera universitaria, sin que necesariamente esta sea una investigación pertinente para el país o realmente genere nuevo conocimiento.

Y por último, el médico empresario tiene el riesgo moral de incentivar el uso de determinados servicios más allá de la real indicación médica y de los cuales recibe dividendos económicos.

Riesgo moral y conflictos de interés

Dentro del mercado de la salud coexisten distintos submercados, cada uno de los cuales pretende aumentar su utilidad. En la relación médico-paciente se busca como interés primario el bienestar del paciente; en el mercado del aseguramiento, de la prestación de servicios y en el sector farmacéutico, se propende a la salud de los pacientes, pero también se busca una utilidad económica que muchas veces riñe con los elevados y crecientes costos de la atención.

¿Cómo puede entonces garantizarse el bienestar de las personas cuando estas generan altos costos en la atención? ¿Quién es el responsable de garantizar la utilidad para el paciente: el Estado, el médico, el asegurador, las instituciones de salud? Estas preguntas ejemplifican el concepto de conflicto de interés en el cual se ve envuelto el médico en el ejercicio cotidiano de su profesión.

Se entiende por conflicto de interés la situación en la que el juicio de un profesional sobre su interés primario tiende a estar indebidamente influenciado por un interés secundario. El conflicto se presenta cuando el interés secundario prima sobre el primario. Los conflictos de interés se relacionan con situaciones dilemáticas en las cuales una persona tiene un interés que parece comprometer su objeti-

vidad en la toma de decisiones o en el desempeño de sus responsabilidades o que le genere una ventaja o provecho directo o indirecto, visible o no, para sí mismo o para alguien o algo con quien tiene un lazo o relación directo o indirecto.

Para definir una profesión es necesario “identificar su *telos* o finalidad interna, es decir, la función a la que naturalmente se dirige”. El fin de la medicina (bienes internos) es la promoción de la salud y de la vida, y toda acción en contra de este fin es moralmente injustificado.”¹¹

Generalmente se piensa que las fuentes de los conflictos de interés son de tipo económico, pero pueden dar origen a conflictos de interés situaciones de índole personal, como son: compromisos ideológicos (religión, política, compromisos éticos), situaciones personales (rivalidades y prejuicios), intereses académicos (deseo de figuración o reconocimiento), relación con las industrias del sector, de carácter personal o familiar (participación en las acciones de las empresas, consultorías, regalías, patentes, viajes, financiación, proyectos, participación de beneficios), o sociales (filiación institucional).

Reiteramos: El conflicto de interés en medicina “es la situación en la que el juicio de un médico sobre su interés primario (la vida y la salud de las personas) tiende a estar indebidamente influenciado por un interés secundario (económico o personal). El conflicto se presenta cuando el interés secundario prima sobre el primario. Se podría decir que en los actuales sistemas de salud la diversidad de roles que simultáneamente ejerce el profesional de la salud son la principal causa de los conflictos de interés.

El consentimiento informado como escenario de conflicto de interés

Uno de los principales escenarios en los que se hacen patentes los riesgos morales de la relación médico-paciente debido a conflictos de interés lo constituye el proceso de consentimiento informado respecto a la realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, perfectivos o de revelación de información a terceros.

El deber del médico es permitirle al paciente, a través de un adecuado proceso de comunicación, superar la asimetría de información, para que una vez informado el paciente tome éste una decisión racional acorde con su mejor interés.

El contenido de la información se extiende a todo aquello que el paciente necesite conocer para tomar la mejor decisión; por esta razón incluye aspectos como:^{12,13}

- Fisiopatología de la enfermedad que motiva los procedimientos a consentir.
- Finalidad y naturaleza de cada intervención.
- Objetivos del acto médico: prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, perfecto.
- Opción aconsejada, con los riesgos y beneficios.
- Otras opciones con sus riesgos y beneficios (posibilidad de alcanzarlos).
- Necesidad (programado o urgente) o electividad.
- Pronóstico de la evolución y probabilidades de éxito.
- Consecuencias adversas inevitables asociadas con practicar o no el procedimiento.
- Número de días probables de internación.
- Mutilaciones, limitaciones funcionales y minusvalías.
- Tiempos de incapacidad.
- Costos.
- Si los medios de que se dispone son suficientes o no.

Analicemos, entonces, algunos escenarios de los procesos de información que conllevan un riesgo moral:

La realización de procedimientos, según el tipo de contratación, puede ser una fuente de ingresos económicos para el médico. En este sentido la información sobre los riesgos de los procedimientos indicados es también una fuente de conflicto de interés, debido a que se podría presentar que en aras de que efectivamente el paciente acceda a realizarlos el médico opte por minimizarlos respecto a los beneficios. En este caso el consentimiento informado carecería de validez porque la voluntad del paciente obró con base en una información manipulada y no está exenta de error.

El conflicto de interés del profesional de la salud en su relación con el paciente puede nacer también de sus convicciones personales de índole religiosa o política; por ejemplo, si un médico tiene una profunda convicción religiosa posiblemente no oriente

a sus pacientes en el uso de métodos de anticoncepción, o no considere las alternativas de aborto despenalizadas en la ley colombiana, o si es testigo de Jehová no considere dentro del arsenal terapéutico las transfusiones de sangre y hemoderivados. Se aplica el concepto de objeción de conciencia en estos casos, pero debe mediar la declaración del conflicto al paciente y asegurar la adecuada referencia a un profesional que pueda ofrecer los servicios acordes con el mejor interés del paciente.

Otro ejemplo de riesgo moral en el proceso de comunicación lo constituye la escueta información que los profesionales de la salud dan a sus pacientes sobre la experiencia real o el índice de complicaciones que tienen en la realización de determinado procedimiento comparado con otros oferentes (especialmente en el caso del uso de tecnología de punta o nuevos procedimientos o técnicas), o si poseen acciones en las instituciones a las que remiten a sus pacientes para la realización de apoyos diagnósticos o terapéuticos, o si existe algún problema institucional que exponga a riesgos innecesarios a los pacientes; o en los casos en los cuales obran como médicos-investigadores, la información sobre beneficios económicos o académicos que reciben por parte de la industria por cada paciente-sujeto de investigación incluido en el estudio o sobre las limitaciones que tiene el profesional-empleado dentro del modelo de medicina gestionada.

Ética preventiva en el manejo del conflicto de interés

Para el adecuado cumplimiento de los deberes profesionales respecto al manejo de los conflictos de interés es fundamental que el médico posea una formación humanística y ética que le permita poseer la sensibilidad moral para identificar el riesgo moral, y basado en sólidos principios resuelva el conflicto a favor del interés primario, la salud y la vida del paciente.

Lamentablemente, es cada vez más frecuente que ni siquiera se identifique el riesgo o situación de conflicto y que prácticas antitéticas sean de común uso y socialmente aceptadas en las organizaciones médicas: el error cometido por muchos se vuelve una verdad.

Los deberes éticos de los médicos, con el interés primario de la profesión, les obliga respecto al conflicto de interés a optar por alguna de las siguientes alternativas:

- Abstenerse de anteponer el interés secundario al primario. Por ejemplo: ante el uso de incentivos por parte de la industria para la formulación de determinados medicamentos o incentivos por control indebido del gasto, hacer caso omiso de este tipo de incentivos, o mantener en la información que se da el adecuado balance de riesgos y beneficios.
- Declarar el conflicto de interés al paciente: en este caso el paciente o sujeto de investigación debería conocer las relaciones económicas con la industria de tipo personal o familiar, o el profesional puede hacer una objeción de conciencia ante la solicitud de información sobre métodos anticonceptivos si la fuente de su conflicto de interés es de tipo religioso.

El interés primario de la medicina

Más allá de preguntarnos cómo se logra dirimir el conflicto entre el interés primario de los profesionales de la salud y otros intereses, valdría la pena preguntarse: ¿Cuáles son los fines de la medicina (interés primario) en el siglo XXI?¹⁴

La medicina tradicionalmente ha tenido como fin propender al bienestar y la salud del hombre, pero no pueden desconocerse las tensiones que hemos analizado, las cuales han influido en la visión que la misma sociedad tiene de la medicina. Se dice que la medicina “no prescribe el tiempo en que vive sino que lo describe”.

La biomedicina, representada por su mejor exponente, la biotecnología, es una de las tecnociencias más potentes, tal como lo menciona Gilbert Hottois, y su campo de acción se extiende “a todos los sectores de la vida social y privada, donde cada vez es más difícil ver el límite entre lo terapéutico y el deseo”.¹⁵ Las nuevas formas de la medicina: la predictiva, la de remplazo, la regenerativa, la anti-vejeamiento, apoyadas en el desarrollo de la genómica, la biología molecular, la nanotecnología y las ingenierías biomédicas abren una serie de posibilidades antes imposibles de lograr.^{16,17,18,19} El hombre, por primera vez en su historia, posee el poder de transformarse a sí mismo, de mutar completamente su naturaleza; poder que está orientado actualmente por el deseo de lograr la eternidad, la eterna juventud, la perfección y la belleza como fines emergentes de esta nueva medicina. Como afirma Callahan en *La trampa de la tecnología*: “Mé-

dicos y pacientes tienen una visión ambiciosa de la medicina: debe liberar del sufrimiento, la muerte, la determinación genética y la fealdad”.

Si a lo anteriormente expuesto se suma la autonomía del paciente como principio rector de la relación con el profesional de la salud, podría llegarse a pensar que siempre y cuando la voluntad manifestada no tenga objeto y causa ilícitos, todo lo que un paciente capaz legalmente desee y pueda pagar podría convertirse en el fin de la medicina, gracias a una medicina reparadora altamente tecnificada y especializada. Ejemplo de esto lo constituye el incremento de los procedimientos que buscan el perfeccionamiento estético.

Esta situación tiene una contraparte en la visión de la salud como un objeto lícito de mercado, según la cual si existe una necesidad (o se ha creado a fuerza de mercadeo en medios de comunicación y de explotar las debilidades del espíritu humano) debe existir una oferta, que a la final genera la satisfacción de los usuarios y la utilidad de los proveedores en un segmento de mercado diferente al ejercicio profesional clásico que promueve la salud y trata enfermedades, y en el que la rentabilidad económica es cada vez más exigua. En este escenario es fácil que el interés secundario (de tipo económico) prime sobre el primario.

No deja de ser sorprendente la suma increíble de recursos que se invierten en este nuevo mercado, el del deseo demiúrgico del hombre, frente a los retos de acceso a los recursos básicos de la salud que enfrentan las dos terceras partes de la población mundial. La Organización Mundial de la Salud establecía para el 2006 la pérdida anual de 1.49 billones de años de vida saludable por mortalidad y morbilidad; 41% por enfermedades transmisibles y condiciones perinatales, 47% por enfermedades no transmisibles y 12% por trauma, con un mayor riesgo de enfermar en países no desarrollados. Para el siglo XXI los objetivos estratégicos de la Organización Mundial de la Salud son: reducir el hambre a la mitad, reducir la mortalidad infantil en 2/3 partes, iniciar el retroceso del HIV, tuberculosis y malaria; reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a los servicios de salud y agua segura, y permitir el acceso a medicamentos esenciales.²⁰

El Hastings Center, con la participación de catorce países, identificó los cuatro objetivos fundamentales de la medicina actual: prevención de la

enfermedad y las lesiones; promoción de la salud, alivio del dolor y del sufrimiento causado por dolencias; asistencia a los que no tienen curación; evitar la muerte prematura y promover la muerte en paz.²¹

Retos de los profesionales de la salud para el siglo XXI

Sin lugar a dudas existe un nuevo pacto social entre los médicos y la sociedad, con una mayor tendencia a la regulación del ejercicio profesional y al control de los costos de salud, y con el predominio de una medicina altamente especializada de carácter reparador.

El reto es reflexionar sobre el real fin de la medicina: la salud de los pacientes, sin perder de vista los hechos pragmáticos que rodean el ejercicio profesional, para lograr trascender a una medicina orientadora y responsable globalmente por el paciente que cuida en la relación.²²

Desde el punto de vista ético los dilemas relacionados con el cuidado de la salud no pueden ser resueltos únicamente a la luz de la autonomía y capacidad adquisitiva de los pacientes. Los problemas de acceso y la limitación de recursos obligan a que en este nuevo milenio la justicia sea el principio base, y que la autonomía sea entendida como una autonomía-solidaria.

Para lograr este fin se necesita que cada uno de los actores de las relaciones trascendentes para el cuidado de la salud logren alinearse nuevamente con el fin de la medicina en un contexto de utilidad social del sector, y de distribución y racionalización de recursos.

Profesionalismo médico e integridad profesional

Parte de la respuesta a los riesgos morales del ejercicio actual de la medicina cruza por el profesionalismo médico.

La definición de profesión incluye estatus, roles, privilegios, obligaciones y valores. El Royal College of Physicians de Londres define profesionalismo como “una ocupación cuyo trabajo fundamental está basado en el dominio de un conjunto de habilidades y conocimientos. Es una vocación basada en la utilización del conocimiento, el aprendizaje o la práctica de una ciencia o un arte que la fundamenta

y que se pone al servicio de los demás. Sus miembros profesan en su área de trabajo un compromiso con la competencia, la integridad y la moralidad, el altruismo y la promoción del bien público.”^{23,24} El término profesionalismo es definido por el American Board of Internal Medicine como “un conjunto de principios y compromisos que incluyen, entre otros, maximizar la autonomía del paciente, procurar la mejor resolución posible de sus problemas de salud, crear relaciones caracterizadas por la integridad, la ética, la justicia social y el trabajo en equipo”, lo que para los antiguos griegos se denominaba ética de la virtud y que modernamente se traduce como integridad profesional. Nace de la aceptación de un conjunto de obligaciones que caracterizan a la profesión y que la sociedad espera recibir como contraprestación a los privilegios reconocidos, que están en un cuerpo de doctrina, y que constituyen la ideología de la profesión, su ethos.

La sociedad ha reconocido históricamente a los profesionales médicos la posibilidad de decidir autónomamente basados en el conocimiento y de autorregularse; el prestigio social y económico, fundamentado en la competencia profesional actualizada en el tiempo; su carácter humanista, su independencia, su obediencia a una ética de máximos y la primacía del paciente como principio rector de sus acciones.^{25,26}

Pero ante este nuevo escenario y la pérdida de la confianza de la sociedad en los profesionales de la salud es necesario reformular el compromiso social de la profesión médica y comunicarlo a la sociedad. Este compromiso se debe basar en tres principios: “Principio de primacía del bienestar del paciente, principio de autonomía del paciente y principio de justicia social.” Se propone como base de una práctica profesional integra: “Hábitos inteligentes, que se expresan en la actividad diaria como un conjunto de hábitos de trabajo; esfuerzo continuado de renovación, lo cual implica un esfuerzo diario y renovado para reflexionar sobre la propia conducta y el grado de excelencia; y la amistad médica, que supera la empatía técnica y se caracteriza por un genuino interés personalizado por los pacientes”.²⁷

Los médicos deben, entonces, balancear los deberes con el paciente con las responsabilidades con la sociedad respecto al uso racional de los recursos (justicia individual y colectiva), a través de la gestión clínica de los servicios (nueva forma de la

autonomía profesional que protege el interés primario y controla el gasto a través de la buena práctica médica), la gestión del riesgo individual de cada paciente, la identificación y declaración de conflictos de interés (en su rol de múltiple agente), la autorregulación, el respeto a la autonomía del paciente, el entendimiento del proceso de consentimiento informado (sustentado en competencia de comunicación) y la toma de decisiones compartidas (deber de asesoría y consejo) como la base de la relación médico paciente.^{28,29}

Con respecto a los otros agentes:

Los pacientes en un ejercicio autónomo-solidario deben velar por su autocuidado, el uso racional de los servicios y procesos de comunicación que hagan del consentimiento informado el garante de una adecuada relación médico-paciente y no un simple trámite administrativo.

Los aseguradores deben velar por la gestión del riesgo de los pacientes, por la búsqueda de utilidades éticas y rentabilidades sociales, no solo económicas, y por el control de la calidad de los servicios.

La industria farmacéutica tiene un deber de autocontrol respecto a la definición de las prioridades de investigación, uso de incentivos, desarrollo de biotecnología costo efectiva y márgenes de utilidad éticos. Los profesionales de la salud que ejercen funciones de investigación deben colocar el bienestar y la seguridad de los pacientes-sujetos de investigación por encima de cualquier otro interés. Se debe propender a instancias de control que vigilen dentro de los procesos de investigación la declaración y manejo de los conflictos de interés, a través de los comités de integridad de la investigación y de ética e investigación.

El Estado debe entender su papel de regulador y garante de la vida y salud de los ciudadanos cuando se presenten conflictos de interés.

Conclusiones

Es deber de los profesionales de la salud reflexionar sobre el fin de la medicina y su contextualización dentro de la sociedad actual, caracterizada por su diversidad, multiculturalidad e inequidad.

Algunas de las actividades que se deben emprender son:

- Establecer un nuevo compromiso social de la profesión médica basado en los principios de

primacía del bienestar del paciente, autonomía del paciente y justicia social.

- Orientar los procesos de formación hacia el profesionalismo y la integridad profesional de forma tal que favorezcan la adquisición de virtudes entendidas como los hábitos del buen médico, el desarrollo de la sensibilidad moral que permita al médico identificar con claridad situaciones generadas de su rol de múltiple agente en las cuales existe un riesgo moral (la posibilidad de que intereses secundarios primen sobre el bienestar y la salud de las personas), para que una vez sean detectados se instauren las medidas que permitan superar a favor de los pacientes los riesgos éticos existentes.
- Reconocer que la lealtad a una empresa de salud del médico empleado no está por encima de la lealtad implícita con el paciente y la sociedad. En este sentido la ética de empresa debe ser superada por la ética ciudadana.
- Desarrollar mecanismos individuales y colegiados tendientes a la autorregulación en lo concerniente a procesos de rendición de cuentas, educación a lo largo de la vida y transparencia en las acciones.
- Revisar los códigos deontológicos de tal forma que incluyan las situaciones modernas de conflicto de interés y las tensiones emergentes.
- Establecer una alianza con el paciente en la sociedad a través de una deliberación democrática, mediante la cual se redefina el fin de la medicina y se reconozca al profesional de la salud como el legítimo agente del paciente, así como el riesgo inherente al ejercicio profesional y el reconocimiento proporcional de incentivos, sin que los problemas salariales sean la excusa a la falta de profesionalismo.
- Retomar los fines de la medicina y reenfocar las acciones en salud hacia ellos para garantizar una medicina más sostenible desde el punto de vista ético y económico.
- Redireccionar las prioridades en investigación médica a los fines de la medicina.

Bibliografía

1. González U. Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento Rev Cubana Salud Pública v.28 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2002.

2. Siegler M. La relación médico paciente en la era de la medicina gestionada: limitación de prestaciones sanitarias: Debates de la Fundación de ciencias de la salud. 1997. Doce Calles. Pp 46-77.
3. Castaño R. Medicina, Ética y reformas a la salud. 2 ed. Bogota : ECOE Ediciones, 2001, v.1. p.186.
4. Beauchamp TL., Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4th Ed. New York, NY: Oxford University Press; 1994
5. Hafferty FW, McKinlay JB (ed). The changing medical profession. An international perspective. New York: Oxford University Press, 1993.
6. Gray DP. Deprofessionalising doctors? The independence of the British medical profession in under precedent attack. *BMJ* 2002;324:627-8.
7. Sullivan W. Work and integrity: the crisis and promise of professionalism in America. 2nd ed. San Francisco: Jossey- Bass, 2005.
8. <http://www.eumed.net/cursecon/1/instagencia.htm>
9. Castaño R. Medicina, Ética y reformas a la salud. 2 ed. Bogota : ECOE Ediciones, 2001, v.1. p.186.
10. Gómez AI, Latorre C, Carreño JN. Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. *Persona y bioética*. Enero-Junio 2007
11. Gracia D. Ética profesional y ética institucional: ¿Convergencia o conflicto?. *Rev. Esp. Salud Pública*. [online]. 2006, vol. 80, no. 5 [citado 2008-10-19], pp. 457-467. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-727200600500004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.
12. López M. Tratado de responsabilidad médica. Responsabilidad civil, penal, y hospitalaria. *Legis* 2006
13. Hinghton E, Wierba. La relación médico paciente: el consentimiento informado. 2006
14. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols I Lucas Los fines de la medicina - N.º 11 - (2004). Edita: Fundación Víctor Grífols i Lucas c/. Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
15. Hottois G. El paradigma bioético, una ética para la tecnociencia. Una ética para la tecnociencia. Editorial Antropos. 1991
16. http://www.nibib.nih.gov/nibib/File/News%20and%20Events/report_19980228.pdf.
17. Vidal M. El proyecto genoma humano: sus ventajas, sus inconvenientes y sus problemas éticos. www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=87
18. Ortega M. Farmacogenética, farmacogenómica y proteómica en la medicina personalizada.
19. Freitas R. Nanomedicine. Volumen I Basic Capabilities. Landes. Bioscience, Georgetown, TX, 1999
20. Currat L J. The global health situation in the 21st century: aspects from the global forum on health research and the world health organization in geneva1. *International Review of Mission*. Geneva: Jan-Apr 2006. Tomo 95, Nº 376/377; pg. 7, 14 pgs
21. Quintana O. Los objetivos de la medicina *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(2):132-5
22. Luan F. Los fines de la medicina. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(4):269-73
23. Weber, M. (1944), *Economía y sociedad*. Esbozos de sociología comprensiva, México, Fondo de Cultura Económica.
24. Albert J. Jovell y María D. Navarro. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. *Laboratorio de Alternativas*
25. Cruess, R. L., Cruess, S. R., y Johnston S. E. (2000), Professionalism: an ideal to be sustained, *Lancet*, 356:156-9.
26. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism and medicine social contract. *J Bone & Joint Surg* 2000; 82 : 1189- 1194.
27. Borrell-Carrio F, Epstein R, Pardell H. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia *Med Clin (Barc)*. 2006;127(9):337-42.
28. Medical Professionalism Project (2002), Medical professionalism in the new millenium: a physicians charter, *Lancet*, 359:520-2.
29. Rodríguez JA. Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educación Médica* 2004;7:2-8

El derecho a la autonomía dentro de la relación médico-paciente

Rodrigo Triana Ricci*
Diana Julieta Olivo Ospina**

Autonomía se define así:

Autonomía: Estado y condición del pueblo que goza de entera independencia política.
Condición del individuo que de nadie depende en ciertos conceptos.
Potestad que dentro del Estado pueden gozar municipios, provincias, regiones u otras entidades de él para regir intereses peculiares de su vida interior, mediante normas y órganos de gobierno propios.

La autonomía hace referencia a la libertad que tiene una persona para establecer sus normas personales de conducta, es decir, la facultad para gobernarse a sí misma, basada en su propio sistema de valores y principios. La palabra deriva del griego autos, que significa “mismo” y nomos, que significa “regla”, “gobierno”, “ley”, es decir, expresa autogobierno, sin constricciones de ningún tipo.

El principio de autonomía tiene sustento en nuestra Constitución Política:

“Artículo 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”.

Concordante. Arts. 5°, 18, 27, 28, 41, 68, 70, 85, 103, inc 2° CP. Arts 2005, ss ; L5a/60 ; L 74/68 art. 16 y s.s; L.16/72, art 3°, L.51/81. Art. 16; L12/91, art 29; L124/94.

Uno de los aspectos en los cuales se desarrolla más ampliamente este principio, tratándose de la autonomía del paciente, es el consentimiento informado, acto en el cual prima la autonomía de la voluntad del paciente cuando conoce de las alternativas, riesgos, pronósticos, etc., y conscientemente acepta someterse a un tratamiento o procedimiento.

El ejercicio de la autonomía del paciente implica que los valores, deseos y preferencias de éste sean determinantes en la decisión que el médico debe tomar, en otras palabras, el médico ya no puede ignorar o subestimar los valores, deseos y preferencias del paciente. Pero este criterio no es exclusivo del paciente, ya que también el médico goza de autonomía y, procurando cumplir con los deberes que la profesión le impone, debe hallar el equilibrio entre la autonomía y los demás principios.

Por su parte, la autonomía del médico tratante se encuentra reflejada en la sentencia T-823 de 2002. En esta oportunidad una señora interpuso la acción de tutela por estimar vulnerables sus derechos fundamentales a la salud, a la integridad física, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de cultos, como consecuencia de la actuación de la entidad demandada, que en acatamiento de su deber profesional de conocimiento médico o ‘lex anis’ (42) se abstuvo de proceder a la práctica de una cirugía necesaria para corregir la presencia de un cuadro médico de pancreatitis y cálculos en la vesícula, dada la negativa de la accionante a recibir transfusiones sanguíneas, como postura de su vocación religiosa (Testigos de Jehová) (43). La entidad demandada se defendió ale-

* Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas

** Abogada Secretaria del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas

gando que el médico podía rehusarse a realizar el procedimiento debido a la violación del principio de ética médica “lex artis” o principio de conocimiento médico. La Corte Constitucional consideró que existía una relación entre la libertad de conciencia y la libertad religiosa; no obstante lo anterior, la libertad religiosa no era un derecho absoluto, y uno de los límites impuestos al ejercicio de tal libertad lo constituía el deber específico de no abusar de los derechos propios. Así, dado que la Constitución Política le otorgaba a la vida el carácter de derecho fundamental “inviolable” y les imponía a todas las personas “el deber de procurar el cuidado integral de su salud” (C.P., arts. 11 y 49), aunque el ejercicio de la libertad religiosa era esencial para asegurar la realización de un proyecto de vida, este, sin la garantía de existencia vital, no podría llevarse a cabo. Por tal razón, no era admisible que, so pretexto de aplicar una determinada doctrina, ciertos grupos religiosos pretendieran limitar el acceso de sus fieles a las intervenciones quirúrgicas o a los tratamientos terapéuticos indispensables para proteger sus derechos fundamentales. De acuerdo con los presupuestos anteriormente fijados, la Sala concluyó que en caso de existir contradicción entre las decisiones que una persona adoptara en virtud de su culto o religión y el derecho fundamental a la vida, debía prevalecer este último como derecho prioritario e inviolable. La Corte se preguntó si, en virtud del mandato constitucional de inviolabilidad de la vida, podía un médico adoptar libremente determinaciones clínicas a favor del paciente sin su pleno consentimiento, o si éste debe subordinarse a la voluntad del enfermo. Al respecto, encontró que la efectividad del principio de autonomía estaba ligada al reconocimiento y a la exigibilidad del consentimiento idóneo (44). Ahora bien, junto al principio del consentimiento informado está también el de capacidad técnica. Este implica la competencia exclusiva del médico para apreciar, analizar, diagnosticar y remediar la enfermedad del paciente, en aras de lograr su completo bienestar físico y psíquico (45). Uno de los elementos del principio de capacidad técnica era el conocido en la ética médica como la regla de la *lex artis* o ley del arte “por virtud de la cual se presume que el acto ejecutado o recomendado por un médico se ajusta a las normas de excelencia del momento, es decir, que teniendo en cuenta el estado de la ciencia, las condiciones del paciente y la disponibilidad de recursos,

sus recomendaciones pretenden hacer efectiva la protección a la vida y a la salud de los pacientes”. Por ello, la ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) facultaba a los médicos para **rehusarse** a prestar un tratamiento clínico cuando “...existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión...”. Una de cuyas circunstancias es: “[...] Que el enfermo se rehúse a cumplir las indicaciones prescritas...”. Sostuvo entonces la sentencia que “la doctrina médico jurídica ha reconocido que esta potestad legal corresponde al ejercicio de una modalidad de objeción de conciencia conocida como: ‘la objeción médica u objeción sanitaria’. Con estas consideraciones la sentencia estimó que “por regla general, resulta que no puede ni obligarse al paciente a seguir la prescripción propuesta por el médico en contra de su voluntad y, por ende, desconociendo su consentimiento idóneo, ni ordenarse al médico a actuar clínicamente en contra de los postulados de su profesión. Por lo cual, si irremediablemente el médico y la junta estiman improcedente practicar un tratamiento en las condiciones expuestas por el paciente, este debe buscar los servicios de quien, según su buen criterio, pueda prestarle la asistencia médica y quirúrgica necesaria conforme a los parámetros de su voluntad” (46).

Como puede apreciarse, el marco conceptual sentado por la jurisprudencia en lo relativo a la definición de la objeción de conciencia como un ejercicio de la libertad de conciencia, y a la relación entre este derecho y las libertades de pensamiento y religión, es claro. No así la aplicación de este marco conceptual teórico a la solución de casos particulares, en donde, como acaba de verse, la jurisprudencia parece ser muy restrictiva en algunos y contradictoria en otros, aunque en líneas generales ha evolucionado hacia una defensa más amplia de la libertad religiosa y la utilización de la objeción de conciencia.

Además existe la sentencia T202-04, T328-98 CC, MP Fabio Morón Díaz, respecto al consentimiento informado.

Este, a juicio de esta Corporación, debía ser: informado, persistente y, algunas veces, cualificado. Por lo anterior, cualquier tipo de tratamiento, fuera de carácter ordinario o invasivo, exigía el consentimiento idóneo del paciente, so pena de incurrir en una actuación ilegal o ilícita susceptible de comprometer la responsabilidad médica. La anterior regla

tenía excepciones, que se deban en casos de urgencia, cuando el estado del paciente no fuera normal o se encontrara en condición de inconsistencia y careciera de parientes o allegados que lo suplieran, y cuando el paciente fuera menor de edad.

Por ello, se ha estimado que: "Salvo casos excepcionales, en los cuales pudiera probarse de manera incontrovertible que mediante determinado tratamiento practicado a un paciente se lesiona o se pone en grave peligro su salud, su integridad física o su vida, debe afirmarse que, no siendo el juez el sujeto profesionalmente indicado para descalificar las prescripciones médicas, mal puede admitirse la tutela como un procedimiento al cual se acoja un paciente para evitar el tratamiento que se le ha ordenado.

"[...] conceder una tutela para ordenar al médico que modifique un tratamiento normalmente admitido en el medio científico representa una indebida intromisión del juez en campos que desconoce y, lejos de proteger los derechos del paciente, se corre el peligro de afectarlos por ignorancia, quebrantando de paso el derecho del galeno a que se respete su autonomía profesional..." (SPY. Sentencia T-401 de 1994. MP José Gregorio Hernández).

En el caso concreto la Corte consideró que la tutela no podía prosperar, pues era claro que en acatamiento de dogmas religiosos no podía desconocerse la determinación médica. Decidió que como no existía una circunstancia de urgencia que comprometiera el derecho a la vida y que legitimara la actuación médica sin contar con el consentimiento afirmativo del paciente, y dado que era necesario preservar la integridad y la salud como derechos irrenunciables y fundamentales de la accionante, ésta debería acudir a las instituciones que prestaran los servicios de salud y que estuvieran dispuestas a intervenirla quirúrgicamente utilizando medios alternativos al de la transfusión sanguínea para restaurar su condición física. Por otra parte, no podía endilgarse responsabilidad en los galenos por el hecho de acatar los mandatos sobre el libre y correcto ejercicio de su profesión (*lex artis*), ya que mediante dicho principio de capacidad técnica, más que pretender salvaguardar la conciencia y la rec-

ta razón del médico, se procura velar solícitamente por la salud y la vida de sus pacientes.

La sentencia T-411-94 de la Corte Constitucional indica que aplicar tratamiento sin consentimiento del paciente viola la dignidad humana, los principios de autonomía y libre determinación.

Conclusión

Se presentan dos problemas éticos frecuentes para la práctica médica desde la óptica de la autonomía del paciente y del médico:

—La necesidad de obtener el consentimiento informado del paciente en ejercicio de un acto autónomo suyo, sin vicios en el consentimiento (error, fuerza o dolo) y sin presiones en un contexto nacional en que la información que se brinda es frecuentemente parcial.

—La responsabilidad profesional en el momento de decidir una atención médica de alta complejidad aun si eso significa destinar recursos costosos para un pequeño número de pacientes.

Estos problemas deben discutirse desde la óptica del principio ético del respeto a la autonomía del paciente y analizar las influencias potencialmente limitantes de esta autonomía (y de la autonomía del médico) por razones culturales, económicas, religiosas (sentencia T 823-02)).

Los médicos, como formadores de opinión, tanto los que actúan como profesionales de la salud valorando a los pacientes como los que se desenvuelven en cargos administrativos y las instituciones médicas, tienen la responsabilidad de crear el ambiente propicio para que se puedan discutir abiertamente y libremente los problemas éticos con la misma seriedad, frecuencia y confianza como se discuten las dudas sobre temas biológicos o técnicos.

Los médicos, tanto en la atención diaria a los pacientes como en el campo administrativo de las instituciones de salud, deben esforzarse por recuperar el aspecto humanístico de la medicina dentro del marco de la declaración de principios contenida en el capítulo I de la Ley 23 de 1981, ya que esta actitud los colocará en una mejor posición para la toma de decisiones que generan problemas éticos complejos.

Ejercicio médico: Entre lo comercial y lo ético¹

Carlos Roberto Solórzano Garavito²

Uno de los actuales problemas del ejercicio de la medicina es la confrontación entre lo comercial y lo ético, particularmente en el marco de algunas especialidades que corren el riesgo de acercarse cada vez más al universo de lo estético y de lo comercial y se alejan de la medicina tradicional, que ha tenido históricamente tres baluartes: salvar la vida del paciente, mejorar su salud y controlar el dolor.

El mundo moderno es de los bonitos; los feos no tiene espacio en él. Es triste decirlo, pero hoy, en no pocos casos, tiene más posibilidades de triunfar una mujer hermosa que una mujer inteligente. Con esto no quiero decir que sean dos conceptos que se oponen; es más, las dos cualidades se complementan perfectamente, pero es cierto que la primera prima sobre la segunda. En ello han contribuido los reinados de belleza, las telenovelas, los noticieros, las propagandas y demás, donde solo pueden participar mujeres hermosas y hombres atractivos, e incluso ciertos trabajos donde solo tienen cabida mujeres voluptuosas, que encajan en un estereotipo de belleza que fue impuesto en nuestro país por los grandes capos del narcotráfico. Paradójicamente, eso llevó a que se realizara una telenovela que termina exaltando el valor de la fea. Pues bien, en ese mundo donde lo importante es ser bonita o bonito, entran a jugar un papel determinante un grupo de profesionales de la medicina y de las ciencias de la salud en general, verbigracia, odontólogos y nutricionistas, que centran su ejercicio profesional en satisfacer un mundo donde solo tienen cabida los bellos, y esto es precisamente lo que nos lleva a

preguntarnos: ¿Cómo conjugar de manera adecuada lo profesional, lo ético y lo comercial?

La ética del médico

Ética se deriva del griego *ethika* que significa “moral”, y en el ejercicio médico ella se compendia en el Juramento Hipocrático, el cual prestan todos los profesionales el día que se gradúan, que les obliga a privilegiar el carácter ético de sus actos por encima de cualquiera otra consideración, y naturalmente ello incluye lo comercial. En ese mismo sentido debemos recordar que en 1948 se reunió en Ginebra la Asociación Médica Mundial y en aquella oportunidad se aprobó la siguiente declaración:

“Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad, otorgar a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen, ejercer mi profesión dignamente y a conciencia, velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente, guardar y respetar el secreto profesional, mantener incólume por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica, considerar como hermanos a mis colegas, hacer caso omiso de credos políticos o religiosos, nacionalidades, razas, rangos sociales y económicos, evitando que se interpongan entre mis servicios profesionales y mis pacientes, mantener sumo respeto por la vida humana desde el momento mismo de la concepción, y no utilizar, ni incluso por amenaza, mis conocimientos para contravenir las leyes de la humanidad”.

1. Conferencia dictada el 24 de octubre de 2008 en desarrollo del seminario organizado por el Tribunal de Ética Médica del Valle.

2. Director del Departamento de Derecho Penal de la Universidad Católica. Profesor de la Maestría en Derecho Penal de la Universidad Santo Tomás en Convenio con la Universidad de Salamanca (España) en donde regenta la Cátedra de Derecho Penal Médico, asesor jurídico nacional de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE).

En este sentido, en Colombia se promulgó el 18 de febrero de 1981 la ley 23 por la cual se dictan normas en materia médica y se establecen las reglas que rigen el acto médico. De ellas se desprende que en ejercicio de su práctica profesional en las relaciones entre el médico y el paciente primará la salud del paciente, el bienestar del mismo por encima de cualquier consideración mercantilista o comercial. Por ello resultan pertinentes las conclusiones a las que llegan los magistrados del Tribunal de Ética Médica de Bogotá en su obra *Doctores, ¿por qué se quejan sus pacientes?*

“Nos queda como conclusión provisional, recordar la siguiente expresión de un esposo que denunció al médico tratante de su mujer embarazada porque no recibió de él el trato y la consideración debidos:

“...Me queda la sensación de que hoy por hoy son pocos los médicos que con verdadera ética profesional, piensan primero en el paciente que en el número de vales de Asistencia Médica que diariamente puedan acumular...”

“...Lo que resta a mi esposa es encomendarse a Dios y pedirle que acierte en la escogencia de un ginecólogo, este sí todo un profesional en que prime su ética y que piense en la paciente y luego en el vale...”³

La publicidad

Un segundo aspecto sobre el que se debe reflexionar es el anuncio comercial de los servicios médicos. La ley de Ética Médica establecía restricciones en ese sentido.

El artículo 57 del estatuto en mención inicialmente señalaba:

“ARTÍCULO 57. La mención de títulos académicos, honoríficos, científicos o de cargos desempeñados, solamente podrá hacerse en publicaciones de carácter científico”.

Esta norma fue declarada inexecutable mediante sentencia C 116-99 de febrero 24 de 1999,⁴ argumentándose que:

“Se tiene, de un lado, que el fin legítimo perseguido por el precepto demandado es garantizar seriedad en el ejercicio de la ciencia mé-

dica, en beneficio de la sociedad, mediante el uso adecuado de la publicidad de los servicios profesionales de la medicina; de otro, que la limitación que se produce con dicha disposición repercute sustancialmente en la libertad de los médicos de expresar y difundir sus pensamientos y opiniones, así como de informar sobre sus servicios profesionales en cualquier medio de publicidad, al igual que en el derecho que como profesionales tienen a realizar su actividad en igualdad de condiciones y oportunidades frente a profesionales de otras ramas de la ciencia (CP, arts 13, 20, 25 y 53). De igual manera, se desconoce el derecho de los ciudadanos a ser informados de manera lo más completa posible sobre los servicios médicos ofrecidos por sus profesionales, para así poder escoger entre las diversas posibilidades que brinda la oferta de la actividad médica (Art 4º, ley 23 de 1981).

”Como se puede colegir al comparar dichos presupuestos la finalidad esperada con la disposición legal que se examina no se compecede con la magnitud del alcance de la limitación que por la misma asumen los médicos en algunas de sus libertades y derechos fundamentales constitucionales protegidos, por lo cual resulta desproporcionada. Más aun, si se repara en dos situaciones adicionales: la primera, que las publicaciones médicas de tipo científico, además de ser muy reducidas en el país, tienen una circulación restringida a este grupo de profesionales; la segunda, que a través de controles legales al uso de la publicidad en general, con la correspondiente definición de faltas a la ética médica y de sus respectivas sanciones de orden disciplinario, civil, o penal, puede lograrse la finalidad que sustenta la norma, como lo es el de impedir un uso indebido de la publicidad para promocionar los servicios médicos profesionales, evitando un perjuicio en la competencia leal que debe existir entre miembros de una misma profesión y en los intereses generales que atañen a su ejercicio

.....

”En consecuencia, en defensa del derecho que les asiste a los profesionales médicos a infor-

3. Ortega Lafaurie, Gabriel y otros. Tribunal de Ética Médica de Bogotá. Colombia “Doctores: ¿por qué se quejan sus pacientes?” 2002, página 123.

4. Corte Constitucional C 116-99 febrero 24 de 1999 M.P. Martha Victoria Sánchez M.

mar ciertos aspectos relevantes de su ejercicio profesional, de interés social, y a la comunidad de recibir dicha información, mediante el uso de una publicidad legítima y amplia, en un plano de igualdad con otros profesionales, bajo los controles legales correspondientes que permitan proteger ese interés general inherente al ejercicio de la ciencia médica, la Corte declara la inexequibilidad de la disposición acusada”.

Observemos que la Corte Constitucional busca garantizar el uso de la publicidad legítima; pero publicidad legítima es la que corresponde a una información veraz y responsable donde no cabe —en mi concepto— el ofrecimiento de resultados que no corresponden a la realidad.

Lo anterior tiene mucho que ver con los denominados profesionales de la salud estética y en ello incluyo también a los odontólogos, quienes en algunos casos, contraviniendo los dictados establecidos por la ley de ética odontológica y sus protocolos, ofrecen en programas de radio tratamientos de ortodoncia con resultados en quince días, cuando no pueden realizarse de manera responsable en menos de dos años.

En este punto considero pertinente traer a colación una decisión del Tribunal Nacional de Ética Médica que se centra en el tema de la publicidad profesional.⁵

Los argumentos más importantes de la decisión en mención son:

“Los requerimientos para el tratamiento y el manejo de enfermedades como várices, úlceras venosas, corresponde al especialista de cirugía vascular, quien debe cumplir un requisito de cuatro años de especialidad en cirugía general y dos en cirugía vascular, con el título emitido por entidades universitarias debidamente reconocidas. El Dr. _____ se identifica como médico cirujano de la Universidad Militar Nueva Granada, graduado en 1983 y en ninguna parte figura que tenga la especialidad de Cirujano General (cuatro años) y además de ser especialista o subespecialista en cirugía vascular ni se menciona que sea miembro de la Sociedad Colombiana de Angiología y cirujano vascular.

Sus cursos de postgrado en Flebología y en Enfermedades Venosas en la Fundación de Enfermedades Vasculares de Bogotá han sido siempre cursos de uno o dos días, y por lo tanto no tienen la duración ni la acreditación universitaria para ser avalados por el ICFES como cursos de postgrado, además de que la Fundación de Enfermedades Vasculares no tiene acreditación como institución universitaria ni está habilitada para dar diplomas o títulos y ésta en realidad no los promete ni los da.

Consultados los diferentes especialistas de la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular coinciden en:

1. En ningún momento a un enfermo aquejado de várices se le puede pronosticar ningún tipo de tratamiento por sesiones. Las sesiones, desde el punto de vista ético del especialista, deben ser cuantas requiera el enfermo de acuerdo con el diagnóstico clínico inicial corroborado mediante un estudio de dopler o dúplex. En ningún momento el Dr. _____ menciona que se ayude de medios para-clínicos como los mencionados arriba para precisar o aclarar diagnóstico o para hacer seguimiento de sus tratamientos.
2. Ofrecer resultados inmediatos es imposible toda vez que aun un tratamiento esclerosante necesita entre tres y cuatro meses para producir una total obliteración del vaso. Desconoce el citado doctor el tratamiento que pregona, pues afirma que incluso una sola sesión es suficiente para resolver o curar en forma definitiva una lesión.
3. La expresión “Sin cirugía” empleada por el Dr. _____ significa que en ningún momento se tiene conocimiento exacto de la anatomía o de la fisiología, dado que cuando hay compromiso de los sistemas safenos internos (várices) el único tratamiento de elección reconocido es la varisectomía con safenectomía. Al inyectar un vaso grande se corre el riesgo de producir una trombosis venosa profunda y hasta un tromboembolismo pulmonar. De tal manera que es inexacto afirmar que el 90% de várices o úlceras se arreglan sin cirugía y por lo tanto el Dr. _____ no se ajusta a la verdad al anunciarse en esa forma en su aviso publicitario.

5. Sentencia del 11 de diciembre de 2001 M.P. Hernando Matiz Camacho Providencia 41-2001 Proceso No 118 proveniente del Tribunal de Ética Médica del Tolima.

4. El Dr. _____ desconoce los aspectos anteriores, corroborados y consultados a la Asociación de Cirujanos Vasculares, lo cual es explicable al no ser especialista en la materia; o si los conoce está mintiendo con su propaganda y ofreciendo resultados que no son posibles ni verificables.

Una cosa son los recursos de mercadeo y otra el conocimiento en patología vascular. En este caso se le está mintiendo al paciente, y el Dr. _____ piensa en los beneficios de su empresa y no en los resultados científicos ni en los académicos y muchos menos en los cánones que rigen la cirugía vascular en la enfermedad venosa. Es obvio, como afirma el Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima, que el Dr. _____ está ofreciendo un falso tratamiento médico —así sea como gerente o como tratante, ya que aparentemente es el único capacitado para hacerlo— y que el aviso que promociona no cumple con las mínimas exigencias de las disposiciones legales o reglamentarias que regulan el ejercicio de la medicina, y por lo tanto no da lugar a aceptar los descargos del profesional investigado.

Es una realidad que la reglamentación que la ley de Ética le dio a la publicidad es muy clara: sólo puede aparecer el nombre del médico, la especialidad que se le haya reconocido legalmente, el nombre de la universidad donde cursó sus estudios, el número del registro del Ministerio de Salud y la dirección y el teléfono del consultorio y de su domicilio.

Al anunciarse como lo hizo en dicho medio de comunicación inserta aspectos que no están autorizados por la ley. Ello es claro porque indica el tipo de tratamientos que va a realizar y garantiza resultados cuando publica en el periódico el siguiente aviso:

“Tratamiento médico de venitas Vena várice Vasitos Rápido. En sólo 6 citas. ¡Resultados inmediatos! Sin cirugía”

En consecuencia, debe concluirse que efectivamente el disciplinado vulneró la norma que limita y regula la publicidad que los médicos pueden realizar. En las condiciones precedentes se confirmará la decisión recurrida” (el subrayado es nuestro).

En cuanto al caso anterior debo decir que considero equivocado que se señale que el médico violaba la ley de Ética Médica por la forma como se publicó colocando información distinta a la establecida en el artículo 57, toda vez que dicha norma ya había sido declarada inexecutable. Pero comparto totalmente el razonamiento del Tribunal en lo referente a la forma como se ofrecía el servicio, que garantizaba resultados concretos en seis sesiones. Al obrar de esta forma el profesional de la salud convirtió una obligación de medio en obligación de resultado. A más de esto, cuando ofrece resultados que científicamente está demostrado no se pueden obtener, trasciende el campo de lo ético para entrar en el mundo del derecho penal. Es decir, ese hecho es una estafa, en la medida que dicho ofrecimiento es una maniobra engañosa encaminada a obtener un beneficio económico, porque es claro que el paciente necesariamente debe confiar que el tratamiento ofrecido va a producir el resultado prometido.

La especialidad del acto médico

La ley de Ética Médica establece que salvo en circunstancias de urgencias el médico podrá excusarse de atender a un enfermo si el caso no corresponde a su especialidad,⁶ y esta norma nos lleva a cuestionarnos: ¿Qué consecuencias jurídicas se generan para aquellos profesionales que sin tener la condición de cirujanos plásticos realizan procedimientos de cirugía estética? La pregunta me surge porque uno de los aspectos que más me inquietan es el ejercicio de la medicina estética por parte de profesionales que no tienen la condición de cirujanos plásticos al realizar procedimientos que por su naturaleza son invasivos, y por lo mismo generan riesgos para la vida del paciente. Si bien es cierto que se podría señalar como contraargumento que este tipo de procedimientos no tienen una prohibición legal en el sentido de que sólo puedan ser llevados a cabo por parte de cirujanos plásticos, una actividad de esta naturaleza debería ser desarrollada exclusivamente por un profesional que tenga el correspondiente título. En mi concepto este profesional no es ningún otro que el cirujano plástico.

De particular importancia, y además bastante ilustrativa, resulta una muy importante decisión del Tribunal de Ética Médica del Valle, en la que se señala:

6. Así lo ordena el artículo 7 literal a).

“Es indudable que el punto central del debate consiste en si el Dr. _____ actuó o no acorde con la ética médica cuando realizó cirugía de mamoplastia y lipoescultura en paciente que residiendo en Italia viajó hasta la ciudad de Cali con el propósito de consultar con él, no teniendo el médico en ese momento título de especialista como cirujano plástico sino de médico general. La Sala no puede aceptar el argumento expuesto por el investigado –consistente en que como la cirugía plástica no está reglamentada por la ley él podía comprometerse a la práctica de lipoescultura y mamoplastia– por cuanto sería desconocer que en Colombia existen especialidades médicas avaladas por el Ministerio de Educación Nacional, acordes con programas universitarios, que son reconocidas por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), y que inclusive son obtenidas en virtud de los Convenios Docente Asistenciales (Decreto 190 de 1996). La cirugía plástica es una de esas especialidades, y quienes la ejercen pueden pertenecer a agremiaciones científicas regionales, nacionales y aun extranjeras, tales como la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, o la Sociedad Ibero – latinoamericana de Cirugía Plástica y Estética.

¿Cómo desconocer de un tajo esta realidad sin caer en un despropósito cuando precisamente se aborda el aspecto ético?

El Dr. _____, pretendiendo justificar su actuar, acude al argumento de que él lleva veinte años realizando este tipo de cirugías y que por tanto en su caso no puede hablarse de inexperiencia ni de impericia. Acontece que en el campo de la medicina se aplica la Lex Artis, que es el compendio de las normas o reglas propias del arte o desempeño oficioso de la ciencia médica propiamente dicha, que incluye el conjunto de procedimientos generalmente aceptados en el adecuado ejercicio de la medicina. Una de sus expresiones son las guías de manejo de las sociedades científicas, las cuales a su vez son frecuentes en los centros universitarios por cuanto obedecen a protocolos de manejo que pueden variar según las diferentes escuelas médicas.

¿A qué formación académica o escuela corresponde el profesional investigado?

Una de las cualidades que debe poseer el médico en el ejercicio de la profesión es la prudencia,

la cual consiste en discernir lo que es bueno o malo para seguirlo o apartarse de ello, definición ésta que corresponde al diccionario de la Real Academia Española. El término prudencia encierra cautela, moderación, sensatez y buen juicio. Lo contrario es la imprudencia. ¿Actúa con sensatez el médico general que practica lipoescultura y mamoplastia en el territorio colombiano? La respuesta siguiente, que comparte el Magistrado Instructor, proviene del médico Jorge Eduardo Paredes Duque en su libro *Riesgos en cirugía plástica y estética, análisis médico general*:

En el caso de un médico general sin título para realizar una intervención de cirugía estética, tipo mamoplastia, lo que ha sucedido con relativa frecuencia, en mi opinión hay imprudencia, pues actúa sin ser competente para hacerlo; hay impericia, por no tener la habilidad, ni los conocimientos, ni los títulos que lo acrediten. Además, viola la Lex Artis; las reglas del arte médico dicen que esto es del especialista, y en los planes de formación del médico general no se enseñan estos procedimientos.*

Se aduce que como en el consentimiento informado se relacionaron los riesgos y este documento fue firmado teniendo la paciente pleno conocimiento de que el Dr. _____ no era cirujano plástico sino médico general, la señora _____ ejerció el derecho a la libre elección del médico, de que trata el artículo 4º de la Ley 23 de 1981, y a la vez aceptó los riesgos advertidos en la consulta prequirúrgica.

Si el actuar del médico _____ se hubiera quedado en la simple consulta prequirúrgica, todo lo que se dijera sobre riesgos no tendría sentido. Pero como fue más allá, la elección de que fuera él y no otro el cirujano sí pasaba por su conciencia rehusarse a practicar este tipo de cirugías no tratándose de una urgencia manifiesta. Creer que en su caso se dio el desplazamiento del riesgo por el simple hecho de haber obtenido de la paciente el consentimiento informado es desconocer que su relación con el paciente se fundamenta en un compromiso responsable, leal y auténtico (Art. 1º num. 4º Ley 23/81), en donde el factor responsabilidad conlleva una permanente reflexión cuando de tomar decisiones se trata por las consecuencias que se derivan, bien sobre los demás o uno mismo.

* Primera Edición 2005, Artes Gráficas del Valle del Cauca, pág. 146

Por lo anterior, la Sala reafirma el criterio expuesto en la formulación de cargos por cuanto el Dr. _____ por carecer de título de especialista en cirugía plástica colocó potencialmente en riesgos injustificados a la paciente. Prueba de ello son la necrosis y la desvascularización del tejido, no consignados en el documento del consentimiento informado ni en la historia clínica, ni desconocidos o rechazados en la diligencia de versión libre del profesional investigado, que como consecuencia de la cirugía practicada el día 15 de enero de 2004 presentó la paciente _____.

Como punto final de este informe la Sala quiere llamar la atención sobre el hecho de que en ocasión anterior, por circunstancias semejantes a las de este proceso, el Dr. _____ fue sancionado por este Tribunal con censura escrita y pública (proceso disciplinario No. 557-01), y que si bien es cierto no puede tomarse como reincidente porque la comisión de la falta supera en más de un año los hechos investigados y relacionados con la paciente _____, conforme a lo consagrado en el artículo 56 del Decreto 3380 de 1981 es evidente que el Dr. _____ ha incurrido en una práctica médica que se conoce universalmente como “intrusismo”, admitida por él en la diligencia de descargos cuando alude que durante veinte años ha realizado este tipo de cirugías.

El intrusismo viene de intrusión, o sea el acto de introducirse sin derecho en una cosa. El intrusismo es cuando un profesional de la salud teniendo sólo el título de médico se anuncie y practique alguna especialidad médica sin el debido derecho y legal título o acreditación para ello. De acuerdo con esta definición el intrusismo corresponde, en nuestro caso particular, no solo a aquellas personas que pudieren ejercer la medicina sin título de ley que lo acredite para ello, sino también, a quienes teniendo título de médico se anuncien y practiquen alguna especialidad médica sin el debido y legal título, derecho o acreditación (RAFAEL AGUIAR - GUEVARA, TRATADO DE DERECHO MÉDICO, Legis 2001, pág 549).

Por todo lo anterior, la Sala no acepta ninguno de los descargos presentados y sancionará disciplinariamente al Dr. _____ como infractor de la Ley 23 de 1981 y del Decreto 3380 del mismo año

con suspensión de dos meses en el ejercicio de la profesión.”⁷

Esta decisión es clara; un procedimiento de la naturaleza del caso mencionado debe ser realizado exclusivamente por cirujanos plásticos. Ello me lleva a una pregunta adicional: ¿Qué ocurre con los médicos que sin tener la condición de cirujanos plásticos se promocionan en revistas de farándula, de variedades u otras de similar naturaleza ofreciendo la realización de esta clase de cirugías?

El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario

Igualmente, el artículo 10 establece: “El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente”. Pregunto yo: ¿Será adecuado que hoy tengamos cirujanos plásticos que por Internet solicitan fotos de las pacientes y que incluso programan las cirugías plásticas sin que previamente hayan valorado personalmente a su paciente?

Y en ese sentido no olvidemos que el artículo 15 del estatuto en mención dispone: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados” ¿Será justificado que sigamos realizando consultas vía Internet y que hoy entremos en la moda del turismo estético?

A Cali los turistas extranjeros vienen no sólo para conocer la ciudad o con motivo de la Feria. Ahora nos visitan porque les interesa operarse, y como saben que el costo de la operación es menor en Colombia que en los Estados Unidos o que en Europa, la realizan en nuestro país. Resulta preocupante que en esa onda entren profesionales de la salud, que además, repito, ofrecen sus servicios vía Internet, o mejor, en revistas de farándula. Es decir, ya no tenemos al médico que mira su profesión con un espíritu altruista, sino que lo hace con una égida mercantilista. Lo más grave en algunos casos es que quienes se promocionan por esos medios también ya han pasado por los Tribunales de Ética Médica o por los estrados judiciales. Con ello asumen riesgos adicionales en la medida que en algunos casos hemos asistido al espectáculo de que un profesional que se promociona por haber

7. Tribunal de Ética Médica del Valle. Resolución No 001-2007 de 15 de agosto de 2007. Proceso disciplinario No 771-05.

operado a una reina de belleza, o a una modelo, termina cuestionado públicamente por una paciente que alega que ese mismo médico, a quien había contratado para mejorarla estéticamente, la terminó desfigurando. ¿Será que tiene algún sentido seguir ejerciendo la medicina de esta forma?

¿Será ético que hoy tengamos cirujanos que se presten para que un programa de radio ofrezca como premio que una niña de quince años sea operada para aumentarle el busto con implantes de silicona, sin dejar ni siquiera que esa jovencita acabe de desarrollarse físicamente?

Y me pregunto –porque me dedico a defender a los profesionales de la salud–: ¿Será ético que hoy tengamos profesionales que se presten a participar en realities en los cuales a una persona se le practican cuatro o cinco procedimientos quirúrgicos de manera simultánea, y se ofrecen, además, resultados exitosos inmediatos sabiendo que cuanto mayor sea el número de procedimientos que realizan simultáneamente es mayor el riesgo para el paciente, entre otras razones porque naturalmente requiere mayor anestesia, por solo citar uno de los riesgos?

En este punto no olvidemos que las obligaciones en el mundo de la medicina y de las ciencias de la salud son, como regla general, obligaciones de medio y no de resultado; pero si el profesional se compromete a producir un determinado efecto, convierte su obligación de medio en una obligación de resultado. Además, muchos por el afán de lucro olvidan que trabajan con una materia prima muy compleja: el cuerpo humano; y que este puede rechazar elementos extraños, como un implante de silicona.

¿Será responsable prometer que la nariz va a quedar como el de determinada actriz, los senos como los de una cantante, o la cola de un tamaño o perfil?

Reflexión final

Por lo que he venido planteando no quiero que se entienda que apoyo que los profesionales médicos pierdan de perspectiva lo económico de su actividad. Sería absurdo esperar que ellos no tengan derecho a obtener beneficios económicos por su labor. Lo que quiero que quede claro es que por encima de lo económico, de lo comercial, está lo ético y lo profesional de la medicina como una ciencia que por encima de cualquier consideración debe mirar el bienestar de su paciente.

En ese sentido, me preocupa que cada día sean más los médicos que resultan investigados ética y profesionalmente porque pacientes suyos fallecen o terminan con lesiones permanentes como consecuencia de complicaciones que se presentan por inadecuado ejercicio de la profesión. Lo anterior nos debe llevar a reflexionar si el camino en el que nos adentramos es el correcto o el equivocado, porque estoy convencido de que en algunos casos si el profesional de la salud no cambia la forma de ver el ejercicio de su profesión, termina abocado a sanciones éticas y judiciales, siendo obviamente la más delicada de todas la penal. En cuanto a esto último una reflexión final: bajo la égida del sistema mixto el proceso penal en casos de homicidio culposo se podía terminar por vía de indemnización integral, pero frente al sistema acusatorio esto es sustancialmente distinto porque la terminación del proceso por vía de indemnización integral ha desaparecido, lo que implica que cada día es mayor el riesgo de que un médico termine sancionado penalmente por un ejercicio profesional en el cual definitivamente primó lo comercial sobre lo profesional.

Mi invitación es a que esta perspectiva del ejercicio profesional cambie para que la medicina siga siendo lo que ha sido hasta hoy: la profesión más noble y hermosa de la humanidad.

Lealtad

Luis Gerardo Salcedo Prieto*

El hombre es el resultado de su interrelación dialéctica con el entorno natural, social y cultural en un sistema de producción; interacción básicamente mediada por su conciencia, aunque también influida por los procesos inconscientes.

Su personalidad es valorada como el fruto de la modelación durante dicha interacción, de sus características constitucionales así como de la incorporación de otras, gracias a mecanismos de aprendizaje condicionados, instrumentales e imitativos que operan sobre todo a partir de relaciones interpersonales significativas establecidas en el hogar, la escuela, el centro laboral y el resto del entorno en el contexto de un sistema.

El aprendizaje de conocimientos teóricos que el individuo como futuro profesional recibe es esencial para el correcto desempeño de sus funciones. Una base sólida de conocimientos otorga al profesional la certeza de sus actuaciones, pero no lo es todo; requiere contar con la madurez suficiente para combinar sus habilidades y capacidades con un conjunto de valores morales cuya expresión será matizada por el desarrollo filosófico, profesional, político-ideológico, cultural y espiritual alcanzado.

El valor moral es todo aquello que lleva al hombre a crecer en su dignidad de persona y a defenderla; valores como el respeto, la tolerancia, la honestidad, la lealtad, el trabajo y la responsabilidad, entre otros, perfeccionan al hombre en cuanto a ser hombre en su voluntad, en su libertad, en su razón, haciéndolo más humano, de mayor calidad como persona. Por el contrario, vivir en la mentira, el hacer uso de la violencia o el cometer un fraude degradan a la persona, empeoran al ser humano, lo deshumanizan.

La lealtad es una variable a la vez importante, elusiva y equívoca. Importante, por la frecuencia con la que se habla de ella, aunque en muchas ocasiones sea para echarla de menos; elusiva, porque es un concepto difícil; y equívoca, porque probablemente por esta misma razón se usa la misma palabra para designar conceptos completamente distintos.

La lealtad tiene mucho que ver con la identificación de las personas con las organizaciones, con un grupo, incluso con la sociedad en su conjunto, con una empresa, o con un conjunto de objetivos, con mantener la confidencialidad, con hacer caso a las reglas, con no mentir, con no engañar, con ofrecer sugerencias, con seguir órdenes, con ser cooperativo.

La lealtad supone el cumplimiento fiel de lo que exigen las leyes de la fidelidad y las del honor; es la cualidad de aquellas personas que acatan las leyes o cumplen los acuerdos, tácitos o explícitos; es ser capaz de hacer honor a la confianza depositada.

La lealtad es un término estrechamente relacionado con la fidelidad, la confianza y la amistad; es una virtud, un compromiso con lo que creemos, con nuestros ideales y con las personas que nos rodean; está íntimamente ligada al carácter de una persona, a su valor y honor. Todos esperamos la lealtad de los demás. A nadie le gusta ser traicionado, o saber que un amigo habló mal de nosotros. La lealtad es un corresponder, una obligación que se tiene al haber obtenido algo provechoso. Es un compromiso a defender lo que creemos y en quien creemos; por eso el concepto de lealtad cobra particular importancia en aspectos como la patria, el

* Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas. Médico Anestesiólogo. Abogado.

trabajo, la familia o la amistad. Cuando algo o alguien nos ha dado algo bueno, le debemos mucho más que agradecimiento. Cuando somos leales logramos llevar la amistad y cualquier otra relación a su etapa más profunda. Todos podemos tener un amigo superficial, o trabajar en un sitio simplemente porque nos pagan. Sin embargo, la lealtad implica un compromiso que va más hondo: es el estar con un amigo en las buenas y en las malas, es el trabajar no solo porque nos pagan, sino porque tenemos un compromiso más profundo con la empresa en donde trabajamos, y con la sociedad misma. La lealtad es una llave que nos permite tener auténtico éxito cuando nos relacionamos. La lealtad es un valor no fácil de encontrar. Es, por supuesto, más común aquella persona que al saber que puede obtener algo de nosotros se nos acerca y cuando dejamos de serle útil nos abandona sin más. Es usual que alguien frecuente un grupo contrario porque le da más beneficios, y lo que acaba ocurriendo es que nadie confía en ese tipo de personas.

Probablemente nadie entienda mejor la lealtad que aquel a quien han traicionado alguna vez. Todos esperamos la lealtad de los demás.

La lealtad, como otras variables ligadas a la interioridad del sujeto, no es observable a corto plazo, pero puede llegar a inferirse a lo largo de una trayectoria vital.

No hay sistema formal que pueda asegurar la lealtad; se nutre de acciones que operan como sistema espontáneo o informal, basadas en la satisfacción de motivos trascendentes para que el individuo pueda resolver adecuadamente los conflictos motivacionales que se le presenten.

Tampoco puede haber ningún sistema formal que proporcione el grado de confianza necesario. El sistema formal podrá, como mucho, hacer más difícil la conducta desleal (siempre que ésta sea observable o se pueda inferir) y minimizar sus consecuencias.

La lealtad es necesaria donde quiera que haya "reglas del juego". Es la garantía de la estabilidad de las sociedades. Cuando desaparece la confianza se inicia la desintegración.

Desafortunadamente la falta de lealtad es una situación que se vive en todos los ámbitos sociales. Podemos ver como actitudes desleales las críticas a las personas, con hincapié en sus defectos, lo limitado de sus cualidades o lo mal que hacen su

trabajo; murmurar o hablar mal de nuestros jefes, maestros o de las instituciones que representan; difamar; divulgar las confidencias que se nos han hecho; quejarnos del modo de ser de alguien y no ayudarlo para que se supere.

En este contexto el ejercicio de la medicina desde siempre ha estado impregnado de toda una serie de valores de naturaleza ética. Se conoce la existencia de códigos éticos y deontológicos desde 300-400 a.C., destacándose sobre todos ellos el Juramento Hipocrático. Precisamente por eso fue una de las primeras profesiones, junto con la Teología y el Derecho. El trabajo del médico no era sólo un medio de vida, sino mucho más, porque se le exigía un mayor grado de responsabilidad y se le otorgaba mayor trascendencia social, a la vez que se le reclamaba una especial entrega y dedicación a la colectividad.

Ser buen médico implica necesariamente ser buen colega. Estos dos conceptos no se pueden desligar; el segundo es consecuencia necesaria del primero. Ser buen colega es fruto de una buena formación integral cuya base es una buena formación familiar, académica y humana; bases elementales sin las cuales no se puede ser buen profesional ni buen colega. Quienes ejercen la medicina deben ser personas honestas, con principios y valores correctos para la sociedad. Mencionemos algunas cualidades del buen médico y del buen colega:

Honestidad: Es un comportamiento según el cual las palabras y las acciones reflejan la conciencia y el pensamiento y se ajustan a las normas legales y morales de la sociedad; es decir, es la coherencia que debe existir entre el pensamiento y las acciones.

Respeto: Es un comportamiento mediante el cual la dignidad propia y ajena rige toda la relación interpersonal e impone que la decencia en palabras y actos prime sobre cualquier otra consideración.

Benevolencia: Es una característica crucial. En todo acto médico se debe buscar fundamentalmente el bien del paciente. El médico debe no sólo ser un buen médico sino una persona buena. Se debe insistir en el bien físico, psíquico y social.

Erudición: El médico necesita conocimientos teóricos y habilidades prácticas para ejercer la medicina con eficiencia. El médico tiene la obligación ética de adquirir una preparación suficiente en calidad y en cantidad para brindar lo mejor a su paciente.

El colegaje médico ha existido desde siempre. Los médicos han estado unidos por lazos más fuertes que los de una simple amistad y han constituido un cuerpo colegiado, casi una secta. En el Juramento Hipocrático se dice: "Tendré a quien me haya enseñado este arte de la medicina, igual que a mis padres y viviré junto a él, y si necesitare de dinero compartiré con él mi dinero, tendré a sus hijos como igual a mis hermanos y si ellos desearan, les enseñaré el arte de la medicina sin cobrarles. Comunicaré los preceptos e instrucciones orales y todos los conocimientos a mis hijos, a los hijos de quien me ha instruido, y a quienes hayan jurado de acuerdo a las leyes médicas, pero a nadie más". La declaración de Ginebra adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en 1948, establece que todo médico al recibir su título debe prometer: "Otorgar a mis maestros los respetos, gratitud y consideración que merecen y considerar como hermanos a mis colegas".

La Ley de Ética Médica regula en Colombia los deberes del médico para con sus colegas al establecer en su artículo 29 que "la lealtad y consideración mutuas constituyen el fundamento esencial de las relaciones entre los médicos".

Los cambios de la medicina moderna han hecho variar el concepto de colegaje médico. Hasta la primera mitad del siglo XX la medicina era una profesión liberal, ejercida privadamente y el médico sólo tenía relación con su paciente y la familia; ahora se interponen más personas y entidades; el médico, de ser un profesional independiente, pasó a ser un asalariado.

Cuando un colega solicita apoyo, éste debe prestarse con gusto. La medicina moderna no es posible ejercerla solo. Se necesita la ayuda de otros para practicarla; por esto los grupos médicos son necesarios para el ejercicio idóneo y prudente de la profesión.

Desde la ética el obrar de los profesionales de la salud se rige por los principios de autonomía, entendida como el respeto a la autodeterminación del paciente; de beneficencia, con el que se propende al bienestar balanceado en cada una de las acciones, los riesgos y los beneficios; de no maleficencia, que significa no producir daño y proteger de él; y finalmente de justicia, que hace referencia al trato equitativo y al uso racional de los recursos de salud.

No debe denigrarse del colega. Esta falta es común en algunas reuniones de médicos donde se ejerce un verdadero canibalismo. En ocasiones la murmuración de los colegas frente al paciente se convierte en una acción imprudente, temeraria y riesgosa. Se desacredita al colega con intención de ganar prestigio, plata o pacientes. Al denigrarse del colega se está perjudicando uno mismo, pues con ello el paciente no sólo pierde la confianza en un médico, sino en todos.

Lo anterior en ningún momento significa que debamos encubrir al colega. Si éste hace algo inadecuado debemos defender al paciente y a la sociedad. Al colega deshonesto o mal preparado hay que ayudarlo a solucionar su problema; de no ser posible debe acudir a los Tribunales de Ética Médica para que mediante un debido proceso se tomen medidas pertinentes que eviten el daño.

Un conflicto común entre colegas es el surgido cuando el paciente o la familia quieren cambiar de médico. En tales casos se debe cuidar de cumplir las normas que rigen el colegaje, respetando el derecho del paciente a escoger el médico tratante. No debe atenderse a un paciente que está siendo tratado por un colega, sin el consentimiento de éste, a no ser en casos de estricta urgencia. Si el paciente desea cambiar de médico, antes de su atención, se debe estar seguro de que el paciente o la familia han comunicado al médico tratante la decisión y, si es posible, establecer entre colegas una vía abierta de comunicación y conocimiento mutuo acerca del procedimiento a que se halla sometido el paciente.

A pesar de las modificaciones que han surgido en el ejercicio de la medicina actual sigue siendo válido el concepto que expresó en la Edad Media el médico y filósofo judeo-español rabí Mosé ben Maimón, más conocido con el nombre de Maimónides: "La medicina es algo más que una ciencia o un arte; es una misión totalmente personal".

Bibliografía

1. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.
2. Diccionario Manual de Sinónimos y Antónimos de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.
4. González Menéndez, Ricardo, Editorial, Revista Cubana de Salud Pública 2005; 31(4):269.
5. Constitución Política de Colombia.

6. Ley de Ética medica
7. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/panamaina/iden/alvarez.rtf>, Álvarez Fulgencio, Experiencia axiológica y actitud ética del profesional. 2005.
8. <http://encolombia.com/ortopedia13299-editorial3.htm>, *Editorial, Carrillo Arango, Germán.*
7. <http://encolombia.com/orto12298-editorial3.htm>, Ochoa del Portillo, Gabriel; Editorial Ética, ¿para qué?, Colegaje médico: ¿probidad o corrupción?
8. www.trienfer.org.co/index.php, las relaciones del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del equipo humano de salud, Zoila Rosa, Franco Peláez , Amparo García Ospina, Hna. María Cecilia Gaitán Cruz.
9. www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47908, *Otero Efraín, Colegaje hermandad, cofradía o encubrimiento,*

Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca

Demandas por lesiones perinatales

(1994-2004)

Jorge Emilio Medina Murillo*

Resumen

Se revisaron cincuenta expedientes del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca (TEMC) comprendidos entre 1994 y 2004, en que solicitaban se investigara a los responsables por la “muerte de mi bebé”, en casos obstétricos que tuvieron un desenlace desafortunado. Para ello se estudiaron cuidadosamente cincuenta procesos donde se registraban las quejas, el informe de conclusiones presentado por el Magistrado Instructor del caso, el fallo definitivo de la Sala Plena y los descargos de los acusados, cuando dichos descargos se dieron o fueron pertinentes.

Se encontraron siete recién nacidos con retardo psicomotor, diecinueve muertes intraparto, catorce muertes neonatales tempranas y diez mortinatos. El TEMC llamó a descargos por violación de algún artículo de la Ley 23 de 1981 a trece, médicos o sea la tercera parte (aproximadamente veintiséis por ciento) de los mismos: dudosa en dos casos en que se aplicó el principio de *In dubio pro reo* y en el resto de los casos (aproximadamente dos terceras partes) no se encontró responsabilidad alguna por parte de los médicos demandados. En catorce de los expedientes estudiados se encontró culpabilidad de las instituciones y en veintiún casos no se encontró ninguna razón para que se hubiera instaurado una demanda.

Sólo el veintiséis por ciento (aproximadamente una tercera parte) de los médicos demandados fueron encontrados por el TEMC responsables de violación a la Ley 23 de 1981 o su decreto reglamentario.

Factores ajenos a la competencia del TEMC tales como: a) deterioro de la relación médico-paciente como consecuencia del nuevo sistema de prestación de servicios originado en la Ley 100 de 1993; b) limitación en los recursos físicos o en el número y calidad de profesionales capacitados para atención segura de los partos en algunas Empresas Prestadoras de Servicios (EPS); y c) delegación de funciones asistenciales en los internos por parte de algunos hospitales, pudieron ser determinantes o incidir directamente en las demandas.

Introducción

Los Tribunales de Ética Médica fueron creados por disposición de la Ley 23 de 1981: uno con sede en la capital de la república (artículo 63), y un Tribunal Ético Profesional en cada departamento, intendencia o comisaría (artículo 67). Estos tribunales (que desafortunadamente, por razones fiscales, no han podido funcionar en todos los departamentos) y el establecimiento de un régimen disciplinario deben entenderse como un mecanismo para la correcta aplicación de dicha ley, cuya característica fundamental es un conjunto de normas destina-

* M.D. Ex Magistrado del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca (septiembre de 1999 a mayo de 2004)

das a proteger el correcto y honesto ejercicio de la medicina, a la vez que garantizar a la sociedad el cumplimiento de los principios que rigen la relación médico-paciente¹

En el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca (TEMC) o Tribunal Seccional –como se lo denomina a veces– se atienden los procesos de Cundinamarca, Boyacá, Huila y Caquetá, y hasta 1994 conoció las demandas del Distrito Capital de Bogotá, cuando se abrió el Tribunal de Bogotá, ya que el alto número de casos en esta ciudad requería un tribunal independiente.

Entre las numerosas demandas que llegan al TEMC nos llamaron la atención los casos en que solicitaba se investigara a los responsables por la “muerte de mi bebé”. Con frases como ésta las quejas estaban expresando un sentimiento de ira, de venganza, de dolor o de frustración porque no podían aceptar que su bebé hubiera muerto, pues el parto para la mayoría de las gestantes es un proceso normal y sin complicaciones. Ello nos llevó a revisar los procesos que llegaron al Tribunal por esta queja en el periodo comprendido entre 1994 y 2004 y a analizar cuidadosamente tanto las posibles causas o fenómenos precipitales del óbito, cuanto la responsabilidad asignada a los médicos en los diversos casos.

Consideraciones generales

La mortalidad y morbilidad relacionada con las intervenciones materno-perinatales continúa siendo una preocupación para las autoridades sanitarias de todas las naciones, aun cuando no sea la primera causa de mortalidad en el conjunto general registrado. Los índices de morbilidad y mortalidad perinatales han sido considerados como trazadores del grado de desarrollo de los diferentes países y de comunidades determinadas.

El National Center for Health Statistics (NCHS) define la mortalidad perinatal así: Número de muertes fetales tardías (después de veintiocho semanas de gestación) más las muertes neonatales tempranas (cero a seis días de vida) por mil nacidos.² El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda que solo fetos de peso de quinientos gramos o más se utilicen para comparar las tasas de mortalidad en los EEUU. Para comparaciones internacionales deben incluirse solo fetos muertos o infantes con peso de mil gramos o más al nacimiento.³

En Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 (ENDS)⁴ realizada por Profamilia, se presenta un panorama bastante alentador, dado que de las mujeres que tuvieron hijos en nuestro país entre 1995 y 2000, ochenta y siete por ciento recibieron atención prenatal por parte del médico y cuatro por ciento por enfermera, es decir, solo nueve por ciento no tuvo ninguna atención. La atención profesional de médico o enfermera se ha venido incrementando: así, vemos cómo en 1986 fue del sesenta y siete por ciento y en 1995, del ochenta y dos por ciento. El ochenta y ocho por ciento de los nacimientos ocurrió en un establecimiento de salud y el doce por ciento, en la casa. Mientras que la atención por parte del médico se ha venido incrementando, la atención por enfermera y/o comadrona ha disminuido. En contraste, en el litoral Pacífico y otras regiones donde se tiene una alta proporción de población rural esa atención es muy precaria. A manera de ejemplo podemos observar que en el litoral Pacífico veintisiete por ciento de las madres no tuvieron dicha atención y que en Tolima, Huila y Caquetá, veintidós por ciento tampoco la tuvieron.

ENDS-2000 también recolectó información sobre muertes perinatales a partir de enero de 1995. El estudio incluye el número de nacidos muertos (muertes fetales en embarazos de siete o más meses de duración) sin discriminar si la muerte fue durante el trabajo de parto (intraparto) o anterior a la iniciación del trabajo. También se analizaron las muertes neonatales tempranas (aquellas ocurridas en los nacidos vivos durante la primera semana de vida).

Como conclusiones significativas de dicho estudio llaman la atención los siguientes hechos :

1. La tasa de mortalidad perinatal en Colombia es de veinticuatro defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, distribuidos en forma similar entre nacidos muertos y muertes neonatales tempranas.
2. La mortalidad perinatal para las madres que tenían 40-49 años en el momento del parto es especialmente alta (cuarenta y cinco por mil) en comparación con los otros grupos de edad (algo superior a veinte por mil para las mujeres de 15-24 años).
3. Si se exceptúan las mujeres que habían estado embarazadas antes, los niveles más bajos de mortalidad perinatal se presentaron en aquellas

en quienes transcurrieron quince meses o más desde el último embarazo (veintitrés a veintiséis por mil); en cambio, esa mortalidad casi se triplica cuando el intervalo entre los dos últimos embarazos es menor de quince meses (cincuenta y cuatro defunciones por mil nacimientos).

4. La mortalidad perinatal es ligeramente más alta en la zona rural (veintiséis por mil) que en la urbana (veintidós por mil). La tasa de mortalidad perinatal en la región del litoral Pacífico fue específicamente más elevada (ochenta y ocho por mil), casi tres veces el nivel encontrado en otros departamentos de la misma región (treinta y tres por mil para Cauca y Nariño) y ocho veces más alta que la de Cali (once por mil). Esos datos coinciden con la desatención médica o de enfermeras arriba mencionada.
5. Los riesgos de mortalidad perinatal aumentan rápidamente con el bajo nivel educativo de las madres. Entre las mujeres con escasa o ninguna educación, los riesgos de tener un nacido muerto o una muerte neonatal son casi cinco veces mayores que los de las mujeres que han alcanzado educación universitaria (treinta y siete y ocho por mil respectivamente).

La situación de Colombia es apenas mejor que la de algunos países africanos donde las tasas de mortalidad perinatal son comparables o peores que las del litoral Pacífico (ochenta y ocho por mil nacidos vivos); pero sí es muy notoria la diferencia con países europeos o de Norte América. A manera de ejemplo observemos que Fretts *et al.*⁵ en Canadá analizaron las causas de muerte en fetos con peso mayor de quinientos gramos de un total de 94.346 nacimientos acaecidos en el Royal Victoria Hospital de Montreal entre 1961 y 1993. Encontraron que el noventa y cinco por ciento de las madres habían tenido cuatro o más controles prenatales. La mortalidad fetal, que en 1960 era de once por mil nacidos vivos, entre 1990 y 1993 descendió a 3.2 por mil. La disminución en las tasas de mortalidad las atribuyen a la prevención de sensibilización por Rh, a la vigilancia fetal antes del parto, a la mejoría en el diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino y al diagnóstico de posibles malformaciones fetales con ultrasonido. Es decir, Canadá presenta unas tasas de mortalidad perinatal equivalentes a la mitad de las que tenemos actualmente en Colombia. En contraste vemos que en una área rural de China, Wuz *et al.* en un estudio entre 1999 y 2000 informan de una mortalidad perinatal de sesenta y nueve por mil.⁶

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Consejo Latinoamericano de Población (CLAP)⁷ en informe publicado en noviembre de 2002, reportan los siguientes datos para Latinoamérica, Centroamérica y el Caribe así:

Caribe latino	Tasas por mil nacidos vivos
Cuba	12
Haití	95
Puerto Rico	20
República Dominicana	35
Promedio	52.5 x 1.000 nacidos vivos

Centro América	Tasas por mil nacidos vivos
Bélice	20
Costa Rica	20
El Salvador	35
Guatemala	40
Honduras	40
Nicaragua	35
Panamá	25
Promedio	37.2 x 1.000 nacidos vivos

América Latina	Tasas por mil nacidos vivos
Argentina	30
Bolivia	55
Brasil	29
Chile	9
Colombia	25
Ecuador	45
Méjico	40
Perú	35
Uruguay	16
Venezuela	25
Promedio	32.3 x 1.000 nacidos vivos

Como se mencionó, los índices de morbilidad y mortalidad perinatal se consideran indicadores del grado de desarrollo de los países y de algunas comunidades específicas. La desnutrición, las cargas laborales, la discriminación de género son factores comunes a países del Tercer Mundo y son justamente las mismas las que impiden que las mujeres tengan una atención médica oportuna y adecuada; con frecuencia no tienen control prenatal y, si los partos son atendidos en centros de salud u hospitales de primer nivel, estos no cuentan con los elementos necesarios para una atención segura y eficaz. Colombia está en una posición intermedia, que indica progresos en la atención materno-infantil, ya que solo Cuba y Puerto Rico en el Caribe, Belice y Costa Rica en Centro América y Chile y Uruguay en Sur América tienen tasas de mortalidad perinatal inferiores a Colombia.⁷

Impacto psicológico de una pérdida perinatal

Para la psicóloga especialista en tanatología Isa Fonnegra de Jaramillo “las personas no olvidan la muerte de su bebé. La guardan en silencio, sometiéndose a las expectativas y a los mandatos sociales predominantes. Incluso en casos de aborto provocado, años después persiste la herida aún sin cicatrizar y con cierta recurrencia”. La doctora Fonnegra destaca entre los sentimientos propios del duelo por la pérdida de un bebé: rabia, culpa y tristeza, acompañados de una tremenda sensación de fracaso: “Con frecuencia quedan latentes una serie de preguntas sin respuesta: ¿Por qué? ¿Por qué a nosotros? ¿Por qué a mí? ¿Por qué a mi bebé?”⁸. Y continúa la doctora:

“El duelo subsiguiente a una pérdida perinatal es cuantitativa y cualitativamente diferente para el padre y la madre. Para la madre la sensación del vientre vacío, los senos turgentes y secretantes, el recuerdo vívido de ese ser en sus entrañas, de las primeras ecografías si las hubo, de los movimientos del “bebé” percibidos en su abdomen, además de todo el proceso social que acompaña el embarazo como la preparación de la cuna, la asignación del espacio donde va a estar, la consecución de su ajuarito, etc., se convierten en una tortura cada vez que brotan a su mente. Para la familia también se frustran muchas expectativas, como las de qué nombre le iban a poner, cómo sería el color de sus ojitos, de su cabello, o qué iría a ser cuando grande”.⁸

Material y métodos

Se revisaron expedientes del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca (TEMC) desde 1994 hasta 2004, cuya queja estaba relacionada con la pérdida de un bebé o el daño psicomotor que presentara el recién nacido.

Para revisar dichos expedientes se procedió así:

1. Revisión de la queja por la cual presentaban la demanda.
2. El informe de conclusiones presentado por el Magistrado Instructor del caso.
3. El fallo definitivo de la Sala Plena.
4. Análisis de las circunstancias que rodearon el caso, diferentes a la presunta responsabilidad que pudieran tener los médicos investigados.

La información de cada caso se dejó compendiada para su revisión y análisis y se elaboró un cuadro resumen con las siguientes variables:

1. Número del expediente.
2. Año.
3. Municipio.
4. Condición del fruto de la concepción:
 - a. **Retraso psicomotor:** Se clasificaron en este grupo todos los casos en que el recién nacido presentó algún trastorno en su desarrollo psicomotor. Es de anotar que no ha habido seguimiento a largo plazo de estos casos. Se trata de niños hipotónicos, o con síndrome convulsivo, o que nacieron muy deprimidos, necesitando por ello maniobras de resucitación y cuidado intensivo neonatal.
 - b. **Muerte intraparto:** Se clasificaron en este grupo todos los casos en que, cuando la madre ingresó al centro hospitalario, tenía fetocardia positiva y durante el trabajo de parto se produjo el deceso fetal.
 - c. **Muerte neonatal:** Se clasifican aquí todas las muertes ocurridas dentro de la primera semana después del nacimiento.
 - d. **Mortinato:** Todos los casos en que cuando llegó la madre al centro hospitalario no se pudo comprobar evidencia de vida fetal.
5. La preparación académica del profesional que participó en la atención del caso, así:
 - a. **Especialista:** Cuando según la historia clínica y de acuerdo con su propia declaración, ejercía como especialista certificado en gineco-obstetricia.
 - b. **Médico general:** Cuando ejercía en tal condición, bien fuera que residiera permanentemente en el respectivo municipio o que estuviera cumpliendo con su servicio social obligatorio (medicatura rural).
 - c. **Interno:** Cuando se desempeñaba como estudiante de último año de pregrado y hacía su rotación en la institución.
6. La responsabilidad del profesional de acuerdo con el fallo del Tribunal Seccional, teniendo en cuenta que es función únicamente del mismo juzgar y fallar por la conducta ética profesional de los médicos graduados, de acuerdo con lo consagrado en la Ley 23 de 1981.

A manera de ejercicio se analizó también:

7. La responsabilidad de la institución donde fue atendido el caso, tales como políticas inadecuadas, falta de recursos, condiciones laborales, etc.
8. La posible responsabilidad de las quejas, por ejemplo, que no hubieran asistido a los controles prenatales.
9. Se registraron además los diagnósticos tomados de las fotocopias de las historias clínicas revisadas y de los informes de medicina legal cuando quiera se hubiesen realizado autopsias.
10. Finalmente, se revisaron los artículos de la Ley 23 que pudieron haber sido trasgredidos por los médicos demandados.

Resultados

Se revisaron cincuenta procesos del TEMC en los que la queja estaba relacionada con muertes perinatales o retraso psicomotor. Las quejas fueron presentadas porque esas personas pensaban que sus derechos fundamentales, como son el derecho a la salud y la vida, habían sido vulnerados. Generalmente se trató de mujeres para quienes el embarazo tenía un gran significado y estaban esperando ese bebé con inmensa ilusión.

La condición del fruto de la concepción en los casos revisados se presenta en la Tabla 1, advirtiéndose que, por lo pequeño de la muestra, los datos porcentuales, en esta y en las siguientes tablas, constituyen apenas una aproximación:

Tabla 1. Condición del fruto de la concepción

Condición	Número de casos
Retardo psicomotor	7
Muerte intraparto	19
Muerte neonatal	14
Mortinato	10
Total	50

Tabla 2. Distribución de los médicos que atendieron el parto según grado de capacitación

Grado de capacitación	Número
Especialista	20
Especialista/Médico general	5
Médico general	16
Interno (estudiante de último año)	6
Residente	1
Parto ocurrido en el baño	1
Total	50

Veinte casos fueron atendidos por especialista certificado en obstetricia y ginecología; un caso, por un residente de ginecología; dieciséis casos, por médicos generales; seis casos, por internos solos; un caso, por interno asistido por el especialista, y en un caso particular la paciente al ingresar al hospital fue enviada al baño sin haberla antes examinado y tuvo el bebé en el retrete (Ver Tabla 2)

En la Tabla 3 se presentan los factores determinantes de las demandas. Se observa en ella que en veintiún ocasiones el TEMC no encontró razón para que las hubieran presentado; llama la atención que en catorce expedientes se encontró alguna responsabilidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios como falta de recursos, políticas inadecuadas o delegación del cuidado de las pacientes a estudiantes de pregrado sin ninguna supervisión por parte de profesionales calificados. Solo en trece instancias el Tribunal encontró presuntas violaciones a la Ley 23 de 1981 por parte de los médicos sindicados y en dos casos, ante la duda de la posible responsabilidad del médico demandado se aplicó el in dubio pro reo.

Tabla 3. Factores determinantes de las demandas

Ninguno	21
Violación de la Ley 23 de 1981 por parte de los médicos demandados	13
In dubio pro reo	2
Delegación de funciones asistenciales a los internos sin supervisión	5
Recursos deficientes	5
Políticas inadecuadas de las instituciones	4
Total	50

Muerte intraparto. Presunta responsabilidad médica

En la Tabla 1 se presentaron las condiciones del fruto de la concepción. Analizamos ahora la presunta responsabilidad de los médicos demandados en cada una de estas condiciones. Se reportaron diecinueve muertes intraparto (ver Tabla 4); el TEMC encontró responsables a dos de los nueve especialistas, y a cuatro de ocho médicos generales que atendieron a estas pacientes; en un caso atendido por el interno no se encontró responsabilidad del especialista porque no fue llamado oportunamente por el interno, y en otro caso la paciente fue enviada al baño antes de ser examinada y tuvo el bebé en la taza del sanitario. El TEMC encontró presunta responsabilidad del médico en una tercera parte, seis de las diecinueve muertes intraparto.

Teóricamente si todos los partos tuvieran una supervisión cuidadosa durante el trabajo de parto, auscultándose periódicamente la frecuencia cardíaca fetal y la calidad de las contracciones, debiera reducirse significativamente la mortalidad, porque se podría detectar el sufrimiento fetal e intervenir oportunamente.

Tabla 4. Muerte intraparto. Presunta responsabilidad médica (según el TEMC)

	Sí	No	Dudosa
Especialista	2	6	1
Médico general	4	4	-
Interno	-	1	1
Parto en el baño			1
Total	6	11	3

Mortinato – Presunta responsabilidad médica (según el TEMC)

Se presentaron diez casos; en nueve casos no se confirmó responsabilidad alguna, y en el otro se aplico el in dubio pro reo. Las causas de mortinato por lo general fueron difíciles de establecer; sin embargo, se pudieron determinar únicamente en los siguientes casos:

PROCESO 1247. Post madurez. Parto ocurrido aparentemente a las cuarenta y cinco semanas. La gestante había sido evaluada por el ginecólogo, quien interpretó los exámenes como si sólo tuviera cuarenta y una semanas. Se le aplicó el in dubio pro reo.

PROCESO 313. Paciente con antecedente de cesárea; presentó ruptura uterina. Cuando llegó al hospital el feto estaba muerto. No hubo responsabilidad del médico.

PROCESO 1391. Múltiples malformaciones congénitas; síndrome de Patau (Trisomía 13-15, consistente en múltiples malformaciones como microcefalia, fisura palatina, hipotelorismo, micrognatia, ventrículo único intracerebral, cardiopatías y lesiones renales, que son prácticamente incompatibles con la vida. Se presenta un caso por cada veinte mil nacimientos y es cien veces más frecuente en material de abortos). No hubo ninguna responsabilidad médica.

Muerte neonatal. Presunta responsabilidad médica

Las muertes neonatales (Ver Tabla 5) ocurridas en la primera semana de vida tuvieron diferentes

Tabla 5. Muerte neonatal. Presunta responsabilidad médica (según el TEMC)

	Si	No
Especialista	2	5
Médico general	4	2
Interno	1	-
Total	7	7

causas: parto pretérmino fue una de las principales; dos de ellas fueron debidas a síndrome HELLP, (Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia); en dos casos de gemelos la causa fue parto prematuro, uno de ellos con situación transversa y procúbito del cordón; hubo un caso de ruptura del cordón en el sitio de la ligadura que ocasionó la muerte por anemia aguda dos horas después del parto, y un caso de broncoaspiración de meconio. En siete (50%) de los catorce casos el TEMC llamó a presentar descargos a los médicos tratantes.

PROCESO 1127. Sin duda el caso que causó verdadera consternación a los Magistrados del TEMC fue el de la médica que cursaba su año de servicio en un pueblo de zona de conflicto. Carente de toda responsabilidad moral, ella había ocultado su estado de gravidez y cuando inició su trabajo de parto se trasladó a una habitación de la casa donde residen los profesionales de la salud y allí ocurrió el nacimiento de su hijo. Más tarde encontraron en el cuarto las sábanas empapadas de sangre y una bolsa de basura que contenía el recién nacido muerto junto con la placenta. Inmediatamente dieron aviso a las autoridades de policía. La médica, con asombroso cinismo, negaba que ella hubiera estado embarazada y fue necesario un examen médico a todo el personal femenino para comprobar que ella acababa de dar a luz. Desde luego, además de las consecuencias penales a que se hizo acreedora por este horrendo crimen, el TEMC después de oírla en descargos concluyó que ella había incurrido en la violación de los artículos 1, numerales 1 y 9; artículos 2, 3 y 15 de la Ley 23 de 1981, y procedió, de acuerdo con lo estipulado en el numeral d) del artículo 83 de la Ley 23 de 1981, a suspenderla en el ejercicio de la medicina por cinco años y remitió el caso al Tribunal Nacional de Ética Médica para confirmación, que en efecto se logró.

Retardo psicomotor. Presunta responsabilidad médica

En esta revisión al retardo psicomotor no ha sido posible hacerle un seguimiento adecuado, de

manera que la información obtenida ha sido solo por la historia clínica perinatal y las declaraciones de la madre. No tenemos seguimiento de ninguno de los niños. Se sabe que muchas de las lesiones (30-40 %) tienen causa prenatal, como infección intrauterina, llamada por autores norteamericanos TORCH (* Toxoplasma, rubéola, citomegalo virus y herpes), ocurrida principalmente durante el primer trimestre; prematuridad con peso inferior a dos mil gramos. Entre las causas llamadas "intraparto" están el trauma o la asfixia durante el trabajo de parto y el prolapso del cordón, responsables del seis por ciento de los casos de parálisis cerebral. En el período post natal se mencionan encefalitis, meningitis y traumatismo. En muchos casos no se conoce la causa.^{9,10} En ninguno de los siete casos el TEMC encontró responsabilidad de los médicos demandados.

Responsabilidad de las instituciones

Las deficiencias o errores en que incurrieron las instituciones del sistema nacional de Salud, EPS, IPS, etc., no son de la competencia de los Tribunales de Ética Médica; sin embargo, como ya se mencionó, vale la pena tener en cuenta que en catorce casos se encontraron políticas institucionales inadecuadas, deficiente dotación o delegación de funciones a estudiantes de pregrado sin la adecuada supervisión por parte de profesionales calificados que pudieron ser factores determinantes de lesiones o muertes perinatales.

Los siguientes casos se presentan a manera de ilustración:

PROCESO 1279. La quejosa tenía historia de un embarazo complicado con *abruptio placentae* dos años previos a la segunda admisión. Se consideraba un embarazo de alto riesgo y debía ser remitida a un nivel tres para atención segura de su parto. Sin embargo, a ella la remitieron a la misma institución, donde no había ginecólogo ni pediatra, y se volvió a repetir el *abruptio placentae* que se complicó, además de la muerte fetal, con una coagulopatía de consumo. Como consecuencia se presenta una muerte fetal por políticas inadecuadas de la EPS que no remitió a la paciente a una institución que contara con recursos físicos y especialistas idóneos. Además de la pérdida del bebé se puso en grave peligro la vida de la madre. El TEMC no encontró ninguna responsabilidad por parte del médico que atendió el caso.

PROCESO 424. Parto expulsivo con líquido meconiado atendido en la clínica La Magdalena de Bogotá. Se deja a la recién nacida en observación para ser vista por el pediatra, quien solo cubría de 6 a 10 p.m. todos los días. La ve por la noche y ordena traslado al hospital San José en la mañana. La recién nacida llega con dificultad respiratoria grave y fallece a las cincuenta y dos horas. El tribunal no encontró mérito para llamar a descargos a los obstetras involucrados en el caso. Falla de la institución por no tener contratado pediatra permanente.

Delegación de funciones en los internos y fallas en los sistemas de salud

Específicamente nos llama la atención que en muchos de los sitios donde existen programas de internado la responsabilidad docente-asistencial no se está cumpliendo de acuerdo con el marco establecido por Ascofame y la Ley de Ética Médica.

Algunas instituciones, incluyendo universidades calificadas como las mejores, delegan en los internos la responsabilidad de la conducción y atención del trabajo de parto o el parto mismo, sin ninguna supervisión por parte de los médicos comprometidos en suministrarla. En ocasiones, y esto es particularmente cierto a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, las EPS no disponen de los especialistas que deberían ser contratados para este fin. En otras ocasiones los médicos generales, por razones económicas, son encargados de la atención de las parturientas, o los mismos especialistas, por exigírseles exceso de trabajo, dejan solos a los internos. Este ha sido motivo de verdadera preocupación para el TEMC, ya que los casos más graves han sido apelados ante el Tribunal Nacional, aunque, afortunadamente, las decisiones primarias han sido confirmadas por éste.

Se revisaron, además, las políticas y la organización de las instituciones donde fueron atendidos los casos demandados, para ver si las mismas daban lugar a que se presentaran las deficiencias físicas o laborales que ocasionaron la ocurrencia de tales eventos desafortunados.

En siete ocasiones pudo determinarse dicha falla. Por ejemplo, en dos casos de mortinato con dos años de diferencia en la misma paciente se había presentado inicialmente *abruptio placentae* sin que existieran ni ginecoobstetra presencial ni pediatra. Es increíble que esta patología se repita dos años después en la misma paciente, sin que ninguna ins-

titución o universidad se ocupe del problema, como en el caso del expediente arriba comentado.

Se observó, además, que en cinco casos de muerte intraparto, uno de muerte neonatal temprana y dos de retardo psicomotor por hipoxia severa intraparto, la falla principal fue humana, por no tener asignados los especialistas adecuados para la atención y supervisión de las pacientes, dejándolas en las manos inexpertas de los internos.

En tres casos de muerte neonatal hubo, además, carencia de los elementos necesarios para la atención adecuada del parto y del recién nacido. Una de ellas se presentó por ruptura del cordón umbilical mal ligado, que se descubrió dos horas después del parto, cuando el recién nacido mostraba ya anemia aguda grave e intratable. La falta de protocolos instructivos sobre la manera como debe ligarse el cordón pudo ser la causa determinante de este accidente y sirve para confirmar la reciente legislación que responsabiliza a las instituciones, aunque desafortunadamente no lo hace con las universidades o “escuelas” responsables de la educación continua de sus egresados.

En el caso de una muerte intraparto durante el traslado de la paciente entre dos municipios muy cercanos entre sí, la ambulancia se demoró en salir una hora y cuarenta minutos después de haber recibido la orden de traslado emitida por el médico que estaba atendiendo a la parturienta. Veamos otros casos:

PROCESO 538. Villavicencio. Paciente primigestante añosa con retraso de crecimiento intrauterino; peso, dos mil doscientos gramos a término; muerte durante el trabajo de parto por anoxia secundaria a insuficiencia placentaria. Tenía ecografía a las treinta y seis semanas que mostró embarazo de treinta y tres semanas, y una nota en la historia clínica para manejarla como embarazo de alto riesgo. Fue vista veinticuatro horas antes del parto en urgencia por médico general, quien la encontró en buenas condiciones y la devolvió para la casa. No la vio especialista por no contar la institución ISS con especialista permanente.

PROCESO 1400. Se trata de una madre de treinta y un años con dos hijos que cursaba su tercer embarazo, con control prenatal en Timaná, de donde fue remitida oportunamente al hospital de Pitalito por presentar sufrimiento fetal. Por estar el ginecoobstetra y la sala de cirugía ocupados, tuvo

que esperar más de una hora después de su ingreso para la realización de la cesárea. El anestesiólogo fue llamado por la interna para reanimar al recién nacido, que se encontraba en malas condiciones y falleció a pesar de las maniobras de reanimación. La madre presentó una complicación infrecuente, como es la generalización de la anestesia raquídea. El no haber hecho el diagnóstico el anestesiólogo inmediatamente, por no tener monitor cardíaco y haber sido llamado a colaborar en la reanimación del recién nacido dejando a la paciente sola, puede explicar, aunque no justificar, esta complicación. Se puede considerar una falla del sistema de salud, porque no garantizó todas las seguridades, como equipos en buenas condiciones y personal médico suficiente para la atención de casos como este. La madre quedó con secuelas de encefalopatía hipóxica de por vida y el recién nacido murió. Lamentable desenlace.

PROCESO 1459. Se trata de una paciente atendida en Muzo, Boyacá: se presentó muerte neonatal por ruptura del cordón umbilical que se descubrió dos horas después de un parto normal, cuando el recién nacido presentaba anemia aguda muy severa. La determinante de este accidente pudo ser la falta de protocolos sobre la forma como debe ligarse el cordón umbilical.

PROCESO 1184. Se produjo muerte intraparto durante el traslado de la paciente de Yacopí a La Palma. La ambulancia se demoró en salir una hora y cuarenta (1:40) minutos después de haber recibido la orden de traslado del médico que la estaba atendiendo.

PROCESO 695. Mesitas del Colegio. No hay monitor fetal. Sufrimiento fetal intraparto con hipoxia severa que produjo retraso psicomotor. La médica actuó dentro de la *lex artis*, pues no tenía monitor fetal para evaluar mejor las condiciones fetales; pero el sufrimiento fetal fue diagnosticado oportunamente y actuó en consecuencia aplicando espátulas para acelerar el nacimiento del bebé.

Delegación de funciones asistenciales a los internos

Específicamente nos llamó la atención que en algunos hospitales donde existen programas de internado la responsabilidad docente asistencial no se estaba cumpliendo de acuerdo con el marco jurídico establecido. Hemos observado que algunas instituciones delegaban en los internos la respon-

sabilidad de la conducción y atención del trabajo de parto y el parto sin ninguna supervisión de los médicos comprometidos en suministrarla (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Delegación de funciones sin supervisión a los internos

Proceso	Sitio	Año	Tipo de evento
553	Tunja	1992	Muerte intraparto
691	Duitama	1993	Hipoxia intraparto, muerte perinatal
1348	Zipaquirá	2001	Encefalopatía hipóxica. Interno de obstetricia atendió el parto. Interna de pediatría evalúa el RN *
1355	Zipaquirá	2001	Encefalopatía hipóxica
1405	Garagoa	2001	Muerte intraparto

* Dos internos se vieron implicados en este caso: el de obstetricia y el asignado a pediatría

Sirvan de ejemplo los siguientes casos:

PROCESO 1405. Paciente remitida de Tensa al hospital de Garagoa para que le practicaran cesárea por estar presentando sufrimiento fetal. El médico responsable de vigilar a la paciente y practicar la cesárea dejó en manos del estudiante la evaluación inicial y el control del trabajo de parto; cuatro horas después, cuando las condiciones fetales se habían deteriorado, el interno llamó nuevamente al médico para que le practicara la cesárea, encontrando entonces la presencia de óbito fetal. El galeno fue llamado a descargos por violación de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981.

PROCESO 551. Hospital San Rafael, Tunja. Paciente de veintinueve años G. 4 P. 3 ingresa en trabajo de parto. El interno le comenta la historia al especialista, quien le da recomendaciones pero no ve a la paciente por estar muy ocupado.

El interno conduce el trabajo sin supervisión y atiende el parto, encontrando entonces óbito fetal con líquido meconiado y circular apretada al cuello. No se ha debido dejar solo al interno.

PROCESO 579. Mujer de veintinueve años G. 4 P. 2. ingresa en trabajo de parto al hospital de Duitama; la evalúa el médico general que hace funciones de ginecoobstetra, y quien deja en manos del interno la conducción del trabajo y la atención del parto. Después de un periodo expulsivo de 75 minutos se obtiene un recién nacido masculino con Apgar 1/10 y 3/10. Los pediatras lo intuban y le aplican oxígeno pero a las pocas horas fallece.

PROCESO 1348. Paciente que ingresa a las cuatro de la mañana por urgencias al hospital de Zipaquirá. Fue evaluada por el médico de turno junto con la interna. La paciente quedó en trabajo de parto. A las trece horas la interna atendió el parto de un recién nacido de cuatro mil cien gramos moderadamente deprimido. La interna de pediatría lo ve al día siguiente y anota en la historia que evoluciona satisfactoriamente; le dan salida. A los tres días llegan con el niño convulsionando; lo remiten a La Samaritana, donde encuentran sangrado intraventricular y fractura de clavícula. El Magistrado Instructor solicitó llamar a presentar descargos al médico general cuyo turno terminaba a las doce del día, puesto que al retirarse de la institución dejó la atención del trabajo y del parto en manos de la interna de turno, considerando el Magistrado que con ello se estaban violando los artículos 10 y 15 de la Ley de Ética Médica. La Sala Plena le aceptó los descargos porque su compromiso con el hospital era hasta las doce del día; no había nadie para reemplazarlo. A la médica pediatra la llamaron a descargos por no examinar al recién nacido y por darle salida sin revisar el examen de la interna. La pediatra fue llamada a presentar descargos por violación del artículo 34 de la Ley 23 que dice: "La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente...", al haberse limitado a confirmar la evaluación hecha por la interna sin haberla examinado. Un hospital de segundo nivel debe tener cubrimiento permanente de ginecoobstetricia.

PROCESO 1355. Se trata de una mujer de diecisiete años, con embarazo normal, que ingresa el 3 de enero de 2001 al hospital de Zipaquirá en trabajo de parto; es evaluada por el médico general y la interna asignada controla el trabajo y atiende el parto, obteniendo recién nacido de tres mil setecientos gramos hipotónico, sin reflejo respiratorio. Le administran O₂ con ambú sin poder intubarlo, hasta cuando llegó el anesthesiólogo y logró hacerlo. Este niño presentó una encefalopatía hipóxica. El TEMC pudo confirmar que en la noche del 3 al 4 de enero de 2001 no hubo ginecólogo de turno, como tampoco por esa época había especialista en pediatría durante el turno de la noche, lo cual riñe con la posibilidad de atención obstétrica de medio nivel de complejidad.

Tipos encontrados de violación a la Ley 23 de 1981

En forma resumida se mencionan los artículos que fueron violados por los médicos demandados

ante el TEMC y la frecuencia con que se observaron estas transgresiones

Artículo 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

Este artículo fue violado y dio motivo para llamar a descargos a los médicos implicados en los procesos 313, 1152, 1229 y 1405.

Artículo 11. La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas. Solo en el proceso 1379 se contravino este artículo.

Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente. En los procesos 313, 1069, 1091, 1127, 1152, 1379 y 1405 se presentó violación de este artículo.

Artículo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los previstos por la Ley. Se encontró culpables de violación de este artículo a médicos involucrados en los procesos 1069, 1152 y 1229.

Se presentó además un caso, mencionado anteriormente, con características excepcionales: el de la médica que cursando su año de servicio social obligatorio oculta su estado de embarazo y cuando se presenta el momento del nacimiento se aísla en una habitación sin buscar ninguna ayuda médica, deja morir el bebé y lo envuelve junto con la placenta en una bolsa plástica, para enseguida arrojarlo a la caneca de basura. Además de todas las violaciones al Código Penal, que no son de competencia de los Tribunales de Ética Médica, el TEMC encontró que ella violó los siguientes artículos de la Ley 23 de 1981: Artículo 1, parágrafo 9. El médico, por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta

pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal. Violó además el Juramento Hipocrático en su aparte ...Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y, aun bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. El Artículo 3: El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta ley. Artículo 13: El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad... y el artículo 15 ya mencionado, por ser uno de los más transgredidos por los médicos sindicados.

Presunta responsabilidad de las quejas

Como especialista y profesor de la materia por muchos años, cito como ejemplo el Proceso 1217: Paciente de cuarenta años y por tanto de alto riesgo que es atendida en hospital cercano a Bogotá adecuadamente dotado; con los recursos disponibles se obtuvo una recién nacida hipotónica, que presenta paro cardio-respiratorio con abundante meconio en las vías aéreas. Se realizaron supuestas maniobras de resucitación sin resultado. En este caso considero que la responsabilidad por la muerte perinatal es de la paciente por no haber asistido a sus controles prenatales en los últimos dos meses, no haberse practicado los exámenes requeridos ni haber concurrido a hospital de segundo nivel para la atención del parto de alto riesgo, como se le había recomendado.

Patología encontrada en los casos revisados

En la Tabla 7 se presentan las patologías encontradas como causas de las demandas presentadas ante el Tribunal Seccional. Estos diagnósticos fueron confirmados en raros casos por medicina legal, pero en la mayoría de ellos no hubo confirmación anatomopatológica. Se obtuvieron los diagnósticos de la posible causa de muerte o daño perinatal por la revisión de las historias clínicas. Cuando la muerte ocurrió mientras la paciente estaba en trabajo de parto, se clasificaron todas como "sufrimiento fetal intraparto".

Se encontraron dieciséis diagnósticos de sufrimiento fetal intraparto, constituyéndose en la patología más frecuentemente observada. Con una vigi-

Tabla 7. Patología encontrada como causa de las demandas presentadas al TEMC

Causa	Número	%
Desconocida	4	8
Patología del cordón (*)	6	12
Sufrimiento fetal intraparto	16	32
Síndrome HELLP**	2	4
Insuficiencia placentaria	1	2
Post madurez	3	6
<i>Abruptio placentae</i>	3	6
Malformaciones congénitas	1	2
Ruptura uterina	1	2
Prematuridad (***)	3	6
Sind. dificultad respiratoria x meconio	2	4
Bronconeumonía	1	2
Secuelas psicomotoras	6	12
Secuelas psicomotoras por prolapso cordón	1	2
Recién nacido asesinado por la madre	1	
Total	50	100 %

(*) En un caso de nudo verdadero del cordón, la monitoría fetal quince horas antes del óbito fetal había sido No Reactiva; además, mostró seis desaceleraciones por debajo de noventa latidos en un lapso de quince minutos. No había facilidades de monitoría fetal en la institución adonde fue remitida la paciente para la atención del parto.

(**) Sind. HELLP: Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia.

(***) Un caso de embarazo gemelar.

lancia cuidadosa del trabajo de parto, auscultando frecuentemente la fetocardia, evaluando la actividad uterina y las condiciones de la madre se deben reducir significativamente estos casos de sufrimiento fetal intraparto, como se puede observar en los países desarrollados cuya tasa de mortalidad perinatal está por debajo de diez.^{5,9} Ya muchos hospitales de poblaciones pequeñas cuentan con monitoría fetal electrónica, laboratorio clínico, facilidades quirúrgicas y anestésicas para practicar una cesárea segura y pediatras para la atención del recién nacido cuando surjan problemas.

Un común denominador observado en las demandas presentadas ante el Tribunal Seccional fue la natural sensación de tristeza, frustración y principalmente rencor de la madre hacia los profesionales de la salud que tuvieron a su cargo la atención obstétrica.⁸ Algo bien diferente a los sentimientos de gratitud y afecto hacia los médicos que se perciben con el nacimiento de los hijos en la mayoría de las mujeres, aun en los sectores más humildes y desprotegidos de nuestra población. Por ello creemos que las demandas pueden ser consecuencia de una

atención despersonalizada, por no haber dedicado los médicos algún tiempo a escuchar los sentimientos de las pacientes y quizás explicar con ternura lo ocurrido. En la mayoría de los casos observados la desorganización en la prestación de servicios no consideraba la oportunidad de que el médico que atendió el parto volviera a ver a las pacientes; la orden de salida con frecuencia la daba un médico de turno diferente al que atendió el nacimiento. Así, pues, la mayoría de las veces estas pobres mujeres regresaban a sus casas sin haber recibido una frase amable de comprensión y sostén por parte de médicos o enfermeras que contribuyera a mitigar su pena y la de sus familiares cercanos.

Discusión

Sólo en la última década se ha observado en la literatura médica el interés por los efectos emocionales que las muertes perinatales pueden ocasionar en la familia, principalmente en la madre. Con frecuencia se nota que los profesionales de la salud no han dado importancia al significado y a las consecuencias emocionales que puede tener una pérdida perinatal.¹¹ Hay sentimientos de rabia, culpa, tristeza, negación, anhelo, desespero, acompañados de una angustiosa sensación de fracaso.⁸ El duelo por la muerte de un bebé suele ir acompañado de un complejo proceso psicológico y somático en los meses siguientes a la pérdida, que se puede manifestar por pesadumbre, aflicción, incredulidad, irritabilidad, llanto, tristeza, ansiedad y somatización.¹² Algunos autores han encontrado que cerca de un tercio de las madres hacen cuadros depresivos importantes y se ha visto que aquellas que en los primeros meses no han elaborado el duelo en forma adecuada para superar su aflicción pueden presentar problemas psicológicos sustanciales¹³ y en embarazos posteriores se intensifican síntomas como ansiedad.¹⁴ Cullberg¹⁵ encontró trastornos psiquiátricos en diecinueve de cincuenta y seis mujeres estudiadas entre uno y dos años después de las muertes neonatales. Adicionalmente, una de las razones predisponentes ha sido la pérdida de comunicación entre los padres de la criatura. Creo que el personal de salud debe enfatizar en la importancia que tiene una buena comunicación entre los cónyuges, los cuales deben hablarse entre sí, discutir sus sentimientos y mostrar sus emociones. El médico o las personas del equipo de salud que participaron en el evento (es decir, que estuvieron asistiendo a

la madre cuando ocurrió la muerte perinatal) deben hablar con los padres en ese momento, y no semanas o meses después; discutir con ellos y explicar en términos sencillos los resultados de la autopsia, si se practicó y ver cómo va evolucionando el duelo en los familiares para suministrarles el apoyo y la asesoría necesarios.¹⁵

El sufrimiento fetal intraparto representó cerca de la tercera parte de la patología encontrada, significativamente mayor a la presentada por Gabbe para Estados Unidos.¹⁶ En ese estudio los demás factores responsables de mortalidad perinatal no difieren en forma sustancial con los encontrados en esta revisión (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Muertes fetales anteparto en EEUU¹⁶

Causas	%
RCIU *(IUGR), embarazo prolongado	30
Complicaciones maternas (<i>abruptio placentae</i> , HTA, ** preeclampsia, diabetes mellitus)	30
Malformaciones congénitas	15
Infección	5
Desconocidas	20

* Restricción de crecimiento intrauterino

** Hipertensión arterial

En el grupo estudiado por nosotros las causas de óbitos fetales pueden ser comparables con otras reportadas en la literatura médica. Es difícil analizar desde nuestra perspectiva cuáles de estas muertes o lesiones perinatales hubieran sido prevenibles. Las investigaciones realizadas en el TEMC por las demandas presentadas contra los médicos que atendieron estos casos demostraron que menos de la tercera parte fueron declarados responsables y llamados a presentar descargos por violación a uno o varios artículos de la Ley 23 de 1981. Sin embargo, dos tercios de las demandas no prosperaron por no haber encontrado el TEMC violaciones a la Ley 23 de 1981.

Consideramos que al menos la mitad de todas las muertes intraparto, o sea aquellas en que se auscultó la presencia de latidos cardíacos fetales al ingreso, que desaparecieron durante el trabajo de parto hubieran podido evitarse con un control cuidadoso del trabajo de parto.

Hacemos énfasis en estos aspectos porque aunque el número reducido de nuestra revisión no tiene valor estadístico, sí tiene importancia desde

el punto de vista humanitario y social que debemos tener como médicos.

No nos cansaremos de enfatizar que la responsabilidad médica por la atención del embarazo y del parto no termina con el nacimiento cuando hay un óbito fetal o se presentan lesiones que dejan secuelas en los recién nacidos; es indispensable considerar la necesidad de dar oportunidad a dichas pacientes de expresar sus sentimientos de pesadumbre, tristeza y frustración y ofrecerles un apoyo emocional y humano para el manejo adecuado de su duelo.

Cada vida tiene un valor absoluto, el cual no se debe evaluar por números sino en función de lo que como seres humanos estos bebés fallecidos o malogrados representan para sus padres y para la sociedad. Pensamos que esta revisión nos ofrece un marco de reflexión importante para despertar la conciencia en quienes ejercemos la medicina, bien sea fijando políticas de salud, administrando organizaciones de prestación de servicios, o como prestadores directos, ya que nunca podemos ni debemos olvidar los clásicos principios hipocráticos de Beneficencia, o sea buscar siempre el bien de las personas a nuestro cuidado; de No maleficencia, que significa no infligir daño directamente cuando estamos prestando la atención a las pacientes, o indirectamente cuando somos responsables de las políticas de salud o de la dotación adecuada de los sitios donde se ofrece atención obstétrica; de Justicia, que nos prescribe no discriminar a las personas al ofrecer los servicios de salud y garantizar la oportunidad de una atención segura a todos; y de Autonomía, para respetar el derecho a la libre autodeterminación de los seres humanos, siempre dentro de la ética cristiana y universal.

Específicamente nos llama la atención que en algunos de los sitios donde existen los llamados programas de internado la responsabilidad docente asistencial no se está cumpliendo de acuerdo con el marco docente establecido. Con frecuencia observamos que algunas instituciones delegan en los internos la responsabilidad de la conducción y atención del trabajo de parto y el parto sin ninguna supervisión de los médicos comprometidos en suministrarla. En ocasiones las EPS no disponen de los especialistas contratados para este fin; en otras, los médicos generales encargados de la atención o los mismos especialistas, por exceso de trabajo,

dejan solos a los internos. Esto ha sido motivo de verdadera preocupación para los Tribunales de Ética Médica porque no excusa de responsabilidad a los profesionales e instituciones donde ocurrieron estos lamentables hechos, que a veces quedan fuera de la competencia de los Tribunales o prescriben por la inoperancia o exceso de trabajo de los mismos.

Cuando el director o los directivos de un hospital establecen un “convenio docente asistencial” para recibir como internos a estudiantes de pregrado, adquieren una doble responsabilidad: primero con los pacientes, para asegurar que no se interfiera con la calidad de la atención que ellos merecen; luego con los estudiantes, para garantizarles con la supervisión y el ejemplo de sus profesores la docencia que esperan recibir.

Subyace en el fondo de toda la problemática el hecho de que la directivas de las instituciones de salud y de la universidades no le han dado la debida trascendencia a este compromiso, a pesar de que el decreto 190 del 25 de enero de 1996 del entonces Ministerio de Salud reglamentó la relación docente asistencial en el Sistema de Seguridad Social en Salud y estableció muy claramente que dichas actividades deberán orientarse en función de garantizar la excelencia académica en la formación de los estudiantes y la prestación de un óptimo servicio a la comunidad. De acuerdo con el parágrafo 1 del artículo 12 del precitado decreto, en armonía con la Ley 14 de 1962, “...los internos, para todos los efectos, serán considerados como estudiantes de pregrado”, lo cual significa que, al no ser médicos, no pueden atender a pacientes sin supervisión, vigilancia y orientación docente continua y permanente.¹⁷

Se deben también tener en cuenta los niveles de atención y los mecanismos de remisión y contra-remisión para el traslado oportuno de los casos que así lo ameriten. La atención de una mujer embarazada implica la responsabilidad de velar por la salud y el bienestar de la madre y del hijo por nacer. El ejercicio de la obstetricia no da espera y debe disponerse siempre de todas las facilidades necesarias para una segura y eficaz atención.

Se puede observar que en las políticas de salud, especialmente en los llamados Planes de Atención Básica, se formulan proyectos orientados a proteger a la mujer y a la infancia, sin tener muchas veces en cuenta el enfoque de riesgo, que lógica-

mente es muy diferente en los diversos sitios del país, puesto que las circunstancias de localización –urbana o rural, cercana o distante–, las condiciones socioeconómicas de la población o los recursos de las instituciones que ofrecen los servicios de salud son muy disímiles¹⁸ y a veces inalcanzables por las nuevas disposiciones “económicas” de los últimos quince años.

No podemos ser indiferentes ante el sufrimiento y tristeza que se ocasionó para las quejas por la “pérdida de su bebé”. Aunque en esta revisión en las dos terceras partes de las veces el TEMC no encontró méritos para llamar a descargos a los médicos que atendieron a dichas pacientes, porque no violaron ningún artículo de la Ley 23 de 1981 que dicta normas sobre ética médica, y su decreto reglamentario, sí se hace necesario que en el sistema de salud actual se revisen las políticas de las instituciones que carecen de los recursos indispensables para una atención segura y eficaz de las madres. Es una tarea fundamental de los departamentos realizar la debida asistencia técnica y el seguimiento a las actividades de cada municipio, fortaleciendo la participación comunitaria en la elaboración de los planes de salud de modo que los servicios que se ofrezcan respondan a las necesidades específicas de cada región. De lo contrario los municipios, en su mayoría, seguirán esperando a que sean el departamento o la nación los que asuman sus obligaciones en salud pública y en la atención materno-infantil.

Es también imperioso que en la forma de prestación de servicios a los ahora llamados “usuarios” –antiguos pacientes- las EPS les garanticen los elementos necesarios para que el médico pueda cumplir su misión con los mínimos estándares de seguridad y eficiencia, que permitan ofrecer una prestación segura y oportuna de los servicios sin exponer a riesgos la salud y aun la vida de los afiliados.

Como no hay un contrato directo entre el médico y el usuario, la relación médico-paciente se encuentra debilitada o desaparecida. Si se presenta alguna complicación, el paciente o la madre piensa que está desatendido, incomprendido, y finalmente descarga su ira y descontento demandando al médico que le prestó sus servicios por obligación o por devoción.

En determinación reciente, la Corte Suprema de Justicia, mediante ponencia No.14415 del magistra-

do Jaime Alberto Arrubla, dejando en firme un fallo del Tribunal Superior de Bogotá, conceptuó que por los errores médicos que ocasionen la muerte de un paciente debe responder todo el equipo científico que realizó el procedimiento, incluyendo la institución de salud en la que se efectuó, es decir que las IPS y las EPS son responsables de proporcionar las políticas y elementos necesarios para la atención segura de las pacientes.¹⁹

En el libro publicado por los Magistrados del Tribunal de Ética Médica de Bogotá, *Doctores, ¿por qué se quejan sus pacientes?*²⁰ encuentran que la ginecoobstetricia fue la especialidad que más quejas presentó (20.23 por ciento), seguida por medicina general (13.08 por ciento).²⁰ A diferencia de lo que sucede en otras ramas de la medicina, el ginecoobstetra no trata con una mujer enferma sino con una persona sana que busca atención y consejo para continuar disfrutando de su salud y de la felicidad de sentirse madre. En una revisión de cien casos de demandas estudiadas en Fondo Especial para el Auxilio Solidario de Demandas FE-PASDE²¹ el veintiocho por ciento correspondían a ginecología y obstetricia. Cualquier complicación que se presente contradice las expectativas de la madre, el esposo y los demás familiares, lo cual explica por qué es difícil aceptar que cuando la madre o el bebé presentan algún problema y llega a ocurrir una muerte, el hecho se convierte en una verdadera tragedia que el médico y especialmente el ginecoobstetra tiene que afrontar.

En los últimos años se han presentado cambios en nuestra jurisprudencia al invertirse la carga de la prueba, ya que tradicionalmente nuestra legislación considera que la responsabilidad médica es de medios y no de resultados. Sin embargo, una sentencia del 19 de febrero de 1998 proferida por el magistrado Daniel Suárez Hernández manifiesta "...es evidente que un parto normal no puede generar riesgos que no sean susceptibles de previsión y consiguiente control por parte de los médicos [...] si ofrece dificultades, creando una dosis de riesgo cuyo sorteo satisfactorio no puede ser garantizado por los médicos, está a cargo de ellos su demostración".²¹ Para reforzar lo expuesto por el magistrado Suárez, en sentencia del 17 de agosto de 2000 la Sección Tercera del Consejo de Estado, en ponencia del magistrado Alier Hernández Enríquez, planteó la postura de que en el campo de la obstetricia la responsabilidad médica tiende a

ser objetiva, pues es una ciencia que se ocupa de un proceso que es normal y no una patología, y la función de los médicos en esta área es apoyar a la madre o tratar de corregir cualquier disfuncionalidad. Así las cosas, la tendencia es considerar que esta rama de la medicina acarrea una obligación de resultados, y lo esperado es que un proceso de embarazo natural tenga resultados satisfactorios que no pongan en riesgo a la madre ni al hijo por nacer.²²

Si el profesional ha actuado dentro de la *lex artis*; si ha existido una buena relación médico-paciente; si se ha obtenido el debido consentimiento informado y el profesional ha dedicado el tiempo necesario a las "maternas" para explicar lo sucedido y ofrecerles apoyo,²³ y además ha elaborado una historia clínica completa, la cual se puede convertir en uno de los elementos probatorios más importantes, es muy remota la posibilidad de demandas a los médicos, y si esto llega a ocurrir, que las demandas prosperen.

Si los usuarios no conocen los recursos que las EPS les están ofreciendo, o si los recursos que ofrecen no existen, o si la relación médico-paciente ha dejado vacío, desconfianza y frustración en las pacientes, es muy probable que la cuerda reviente por lo más delgado, es decir, que se quiera siempre responsabilizar al médico tratante de cualquier deficiencia o percance como único responsable sin tener en cuenta la importancia de los otros estamentos de la salud. Este fenómeno lo hemos podido confirmar en esta revisión, donde en las dos terceras partes de los casos el TEMC no encontró mérito alguno para llamar a descargos a los médicos demandados, siempre que hubieren cumplido con los principios de ética y comprensión que la medicina estableció desde los tiempos hipocráticos.

Conclusiones

La revisión de cincuenta expedientes del TEMC por demandas contra médicos involucrados en atención obstétrica nos ha dado la oportunidad de :

1. Reflexionar sobre el sufrimiento que significa una pérdida perinatal para los padres del bebé muerto y la necesidad imperiosa de ofrecer apoyo emocional para el manejo del duelo a la madre y a sus familiares más cercanos.
2. En menos de la tercera parte (trece de cincuenta) de los casos se encontró responsabilidad de los médicos demandados por violación de

algunas normas de la Ley 23 de 1981, principalmente: el artículo 10, que se refiere a dedicar el tiempo necesario a los pacientes; el artículo 15, relacionado con no exponer a los pacientes a riesgos injustificados; y el artículo 34, que habla de la obligatoriedad de elaborar una adecuada historia clínica.

3. Las circunstancias especiales del ejercicio de la ginecoobstetricia, usualmente atendiendo a mujeres sanas, para vigilar y controlar fenómenos normales como son el embarazo y el parto, ha dado lugar a que algunos juristas, tomando como referencia jurisprudencias extranjeras, insistan en que es más fácil para el médico demostrar que actuó correctamente que para la paciente demandante demostrar la falla en la atención médica. Ello ha motivado muchas demandas injustificadas contra los médicos tratantes.
4. No se debe pasar por alto la responsabilidad de otros estamentos de los servicios de salud en estas lamentables pérdidas peri natales. Encontramos que en catorce de los cincuenta casos había factores ajenos a la competencia directa de los tribunales como:
 - a. El tipo de la distorsionada relación médico-paciente, propiciada por los sistemas actuales de prestación de servicios;
 - b. La limitación de recursos físicos o de profesionales capacitados para una atención segura por parte de algunas EPS.
 - c. La interpretación acomodaticia que dan algunos centros hospitalarios a la integración docente-asistencial, en la que delegan responsabilidades de atención de pacientes sin la debida supervisión por parte de los médicos de los centros hospitalarios, o de las universidades que los forman, factores que directa o indirectamente pueden incidir en algunas pérdidas perinatales o en la percepción de las madres o "usuarias" sobre la atención que reciben, la cual está interfiriendo con las expectativas de calidad de atención que la comunidad espera.

Reconocimientos

El autor quiere dejar constancia de la invaluable colaboración recibida para la revisión de estos procesos por parte de los magistrados doctora Guillermina Schoonewolff de Loaiza, Enrique Urdaneta,

Julio Enrique Peña, Jorge A. Ospina, Javier León, Mario Ruiz y la asesora jurídica doctora Gladys León, y principalmente al doctor Efraín Otero Ruiz por haberme estimulado a realizar este estudio.

Bibliografía

1. Ley 23 de 1981, Normas sobre Ética Médica
2. Mathews TJ - *Natl Vital Stat Rep* - 15-SEP-2003; 52(2): 1-28)
3. American College of Obstetrics and Gynecology Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists: Number 38, September 2002.
4. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000.(ENDS 2000) Octubre de 2000 Profamilia pag. 107-111
5. Fretts RC, Boyd ME, Usher RH, Usher H: The changing pattern of fetal death, 1961–1988. *Obstet Gynecol*, 1992. 79:35, 1992
6. Wu Z, et al. Perinatal mortality in rural China: retrospective cohort study. *BMJ* - 6-Dec-2003; 327(7427): 1319
7. <http://www.paho.org/spanish/clap/05mort.htm> 2002
8. Fonnegra de Jaramillo Isa, De Cara a la Muerte. Intermedio Editores, 1999 Pag.256-260
9. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Obstetrics: Fetal and neonatal neurologic injury. Technical Bulletin No 163. Washington, DC, ACOG, 1992.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists, Ante partum fetal surveillance. Practice Bulletin 9, October 1999
11. Mosacrello. Perinatal bereavements support service. Three year review. *Soc. Sci. Med*, 1995, 40(6):829-35
12. Leon IG. Psychodynamics of Perinatal Loss. *Psychiatry*. 1986; 49 (4) 312-24
13. Boyle FM, Vance JC, Najman JM, Thearle MJ. The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: Prevalence and patterns of distress among mothers. *Soc.Sci. Med*. 1996 43(8):1273-82
14. Côté-Arsenault D. The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. - *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* - 2003; 32(5):623-9
15. Cullberg J: Mental reactions of women to perinatal death. In Morris N (ed): *Psychosomatic*

- Medicines in Obstetrics and Gynecology. New York, S Karger, 1972, p 326
- 16 - Gabbe: Obstetrics: Normal and Problem pregnancies- 4th ed., Churchill LivingstoneInc. 2002
 17. Decreto No. 0190 de 1996 (Enero 25) por el cual se dictan normas que reglamentan la relación docente-asistencial en el sistema general de seguridad social en salud. Artículo 12, párrafo 1o.
 18. SIVIGILA msaboya@ins.gov.co 2002
 19. Corte Suprema de Justicia, Ponencia Nro. 14415 del Magistrado Jaime Alberto Arrubla, Mayo 18 de 2005
 20. Ortega Lafaurie y col.. Doctores, ¿por qué se quejan sus pacientes?" Tribunal de Ética Médica de Bogotá. Imprelibros S.A. 2002. Pág. 61
 21. Manrique JE. "La ginecoobstetricia y las demandas de responsabilidad profesional". Medico Legal, 2005 Nro 27, 44-49
 22. Consejo de Estado, Sección Tercera, Magistrado Alier Hernández Henríquez, agosto 17 de 2000
 23. Pritchard, DJ JD.MA "A Plaintiff Attorney's Candid View of Medical Mal Practice" Clin. Perinatology 2005: (32) 191-202

La función pública de los Tribunales de Ética Médica Incidencia de la prueba oficiosa en la actuación disciplinaria

Augusto Cuéllar Rodríguez

El vocablo disciplina etimológicamente señala, en una de sus acepciones, la “observancia de las leyes y ordenamientos de una profesión o instituto”,¹ y su mayor uso se ha dado en ciertos cuerpos como el ejército, la escuela, la iglesia, la magistratura. En estas cuatro instituciones las normas disciplinarias han cumplido una función social, en el entendido que la persona se adapte a las pautas reconocidas en ellas, de manera que sea reprimida la conducta que no se adecúa a dichos parámetros.

No se discute hoy que en un Estado de derecho la facultad de establecer y aplicar sanciones –potestad punitiva–, o *ius puniendi*, corresponde únicamente al Estado, y que toda forma de castigo deriva de esa misma facultad. Dos son las manifestaciones que de tiempo atrás se reconoce emanan de esa potestad punitiva: la normatividad penal –Derecho Penal– y la normatividad de derecho administrativo sancionador. A esta última corresponde el derecho disciplinario, que puede definirse como el ejercicio de la facultad sancionatoria por parte de la administración pública que en todos los órdenes debe cumplir con los fines esenciales del Estado.

Tradicionalmente se ha reconocido al derecho penal la precedencia histórica sobre cualquier otra disciplina jurídica que configure tipos de represión y la prevalencia de sus preceptos en cualquier caso de regulación sancionadora. Tanta ha sido su influencia que Alejandro Nieto anota en su obra *Derecho administrativo sancionador* que en el pasado

se observó una tendencia generalizada a hacer depender del derecho penal la potestad administrativa sancionadora.² Ello puede explicarse, comenta Zulma Navarro, dado el largo camino que ha recorrido la ciencia penal para descubrir, plantear, defender y consagrar en normas de reconocimiento universal los fundamentos racionales de la represión, sus límites y los principios, normas rectoras y garantías del procedimiento sancionador, que suelen constituir, o por lo menos deben hacerlo, una barrera contra la arbitrariedad a que se muestran tentados los gobiernos y las administraciones.³

Puede decirse que en Colombia el derecho administrativo sancionador tiene como génesis la Ley 165 de 1938, y con la expedición de la Ley 200 de 1995 alcanzó su punto más alto, aclarando que ésta fue derogada por la Ley 734 de 2002, siendo el Código Disciplinario Único la máxima expresión del Estado como titular de la potestad disciplinaria, reafirmado en el primero de sus artículos.⁴

En cuanto a la autonomía del derecho administrativo sancionador es incuestionable que en la práctica no existe, en razón de que, como lo anota el profesor Vidal Perdomo, “el problema de la autonomía consiste en saber si en todas las actuaciones administrativas se encuentran normas aplicables especiales, o se echa mano de las soluciones que predicán el derecho civil, el comercial, el laboral... Si para la administración se dicta una legislación con principios diferentes de los que imperan en el

1. Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española, vigésima primera edición, Madrid, España, Espasa Calpe, 1994, tomo I.

2. Alejandro Nieto, segunda edición ampliada, Madrid, Editorial Tecnos, 1994

3. Zulma Navarro, La Potestad Disciplinaria, Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez. Bogotá, 2000, Pág. 29.

4. Artículo 1. Titularidad de la potestad disciplinaria. El Estado es el titular de la potestad disciplinaria.

Código Civil, o de Comercio, o del Trabajo, se dirá que esa parte del Derecho Administrativo es autónoma; si, por el contrario, simplemente se someten dichas cuestiones al derecho privado, se concluirá —cerca de las soluciones del derecho anglosajón— que en dichas ramas del derecho administrativo de un país no es autónomo”.⁵ Esta referencia es válida en su aplicación al derecho disciplinario.

En consecuencia, el derecho disciplinario seguirá teniendo como punto de referencia principios y normas rectores fundamentales del derecho penal, porque tales disposiciones a la vez han sido elevadas a nivel constitucional y, además, están consagradas en tratados y convenios internacionales. Pero el aprovechamiento del mismo debe hacerse guardando la naturaleza del derecho disciplinario, respetando su esencia y contenido ético.

Descendiendo al terreno del proceso ético-disciplinario del médico es evidente que los Tribunales de Ética fueron creados por la Ley 23 de 1981 como organismos de control disciplinario ligados a la *administración pública*. Obsérvese, por ejemplo, que se consagró en la mencionada ley que los magistrados del Tribunal Nacional serán elegidos por el Ministerio de la Salud por un período de dos (2) años y tomarán posesión del cargo ante el mismo ministerio (artículos 64 y 66). Desde el punto de vista presupuestal, se previó que el gobierno nacional sufragaría los gastos correspondientes a cada vigencia, tanto del Tribunal Nacional como de los seccionales que se constituyeran en cada departamento, intendencia o comisaría. Si a lo anterior se agrega que la ley dispuso que los magistrados de estos últimos “tomarán posesión ante la primera autoridad política del lugar, o ante aquella en quien ésta delegare” (artículo 70), y en cuanto al régimen disciplinario se establece en el artículo 89 que la sanción consistente en la suspensión en el ejercicio de la medicina hasta por cinco (5) años solamente podrá ser impuesta por el Tribunal Nacional pero el recurso de apelación que se presentare en su contra será resuelto por el Ministerio de la Salud, hoy de Protección Social, se comprenderá que la vinculación de estos tribunales con la administración es muy estrecha, tanto que el propio legislador reconoce en el artículo 73 de la Ley 23 de 1981 que

cumplen una función pública.⁶ Se aclara que con la expedición de la Ley 715 de 2001 los tribunales seccionales de ética médica son hoy financiados por los departamentos.

Cuando la Carta Política de 1991 consagra en el artículo 24 que “el debido proceso se aplicará a toda las actuaciones judiciales y administrativas”, se entiende que a esta última corresponde la función pública que como órganos de control disciplinario profesional se otorgó a los Tribunales de Ética Médica con la expedición de la Ley 23 de 1981.

El cómo han cumplido con este mandato constitucional nos conduce a desentrañar en dónde reside el factor dinámico de la actuación disciplinaria.

¿En cuáles disposiciones de la Ley 23 de 1981 y en su Decreto Reglamentario No. 3380 de 1981 se señala el Código de Procedimiento Penal como referente de aplicación en el trámite del proceso ético disciplinario del profesional médico?

Solo un artículo de la mencionada ley, que fue sancionada el 18 de febrero por el presidente Julio César Turbay Ayala, alude expresamente al Código de Procedimiento Penal. El artículo 82, que dice: “En lo no previsto en la presente ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal”.

En cambio, los artículos 38, 47 y 57 del Decreto 3380 de 1981, reglamentario de aquella, contienen expresiones alusivas al Código de Procedimiento Penal, así:

“Artículo 38: Durante la instrucción del proceso, el profesional instructor practicará todas las pruebas que considere necesarias para la investigación. Los testimonios que deba recibir el profesional instructor se harán bajo la gravedad del juramento en la forma establecida por el Código de Procedimiento Penal”.

“Artículo 47. En lo no previsto en la Ley 23 de 1981 y su reglamento se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal”.

“Artículo 57. Son aplicables al proceso disciplinario, ético-profesional las normas del Código de Procedimiento Penal sobre términos para interponer impedimentos y recusaciones”.

5. Jaime Vidal Perdomo, Derecho Administrativo, Bogotá, Editorial Temis, 1997, P.4

6. Artículo 73. Los Tribunales Ético-Profesionales, en ejercicio de las atribuciones que se les confiere mediante la presente ley, cumplen una función pública pero sus integrantes por el solo hecho de serlo no adquieren el carácter de funcionarios públicos.

Cuando entra en vigencia la Ley 23 de 1981, “por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica” el Código de Procedimiento Penal que regía por esas calendas era el Decreto No. 409 de 1971 (27 de marzo), publicado en el Diario Oficial No. 33.303 de 3 de mayo de 1971, que empezó a regir el 1° de junio de 1971 en todo el territorio nacional, contrario a lo que ha sucedido con el nuevo Código de Procedimiento Penal, la Ley 906 de 2004, zonal y gradual en su aplicación, ya que solamente a partir del año 2008 tiene vigencia en todo el territorio nacional.

El mencionado Decreto 409 de 1971 establecía jueces de plena competencia: investigaban, acusaban y juzgaban, características propias del sistema penal inquisitivo. A esta estructura corresponde el proceso disciplinario del médico que aparece delimitado del artículo 74 al artículo 82 de la Ley 23 de 1981, hoy motivo de controversia en muchas de sus normas con la puesta en marcha del sistema penal acusatorio oral que implanta la Ley 906 de 2004.

Si en años anteriores el artículo 82 de la Ley 23 de 1981 y el 47 del Decreto 3380 de 1981 no representaron mayores inquietudes en su aplicación se debió a que en materia procesal penal del sistema inquisitivo se pasó al mixto, que permitió que la dirección de la etapa de instrucción o sumarial estuviera a cargo de un funcionario distinto de aquel que asumiría la etapa de juicio o juzgamiento, manteniéndose inmodificable la práctica de prueba oficiosa. Como una bisagra, que tolera el giro de una puerta de derecha a izquierda y a la inversa, manteniéndose ella fija en un punto, funcionaron estos dos artículos sin inconvenientes mayores en la práctica de pruebas, en mi opinión por una razón fundamental: los estatutos procesales penales anteriores a la Ley 906 de 2004 siempre consagraron que tanto en la investigación como en la etapa del juicio el funcionario instructor o el juez estaban facultados para ordenar la práctica de pruebas de manera oficiosa.

Se pregunta: ¿Corresponde a la naturaleza del proceso disciplinario la facultad oficiosa de practicar pruebas?

Hay que anotar que en materia de práctica de pruebas el artículo 82 de la Ley de 1981 no tiene ya la influencia y aplicación que estatutos procesales penales anteriores a la Ley 906 de 2004 marcaron en el trámite disciplinario del profesional médico.

En el nuevo sistema penal implantado se tiene que el juez no podrá decretar pruebas de oficio en ningún caso (Art. 361).⁷ Si a lo anterior se añade que toda prueba se practicará en la audiencia del juicio oral y público, en presencia de las partes intervinientes que hayan asistido y del público presente, con las limitaciones establecidas en la Ley 906 de 2004 (principio de publicidad Art. 377),⁸ y que el juez deberá tener en cuenta como pruebas únicamente las que hayan sido practicadas y controvertidas en su presencia (principio de inmediación Art. 379),⁹ se concluirá que en materia disciplinaria médica el testimonio, la prueba pericial, la prueba documental y la prueba de inspección, entre otras, no pueden ser practicadas en la forma como el nuevo Código de Procedimiento Penal ordena.

Hoy como ayer los sucesivos Códigos de Procedimiento Penal acudieron al principio rector de integración para resolver aquellas materias que expresamente no aparecen reguladas en el código. Precisamente el artículo 25 del nuevo estatuto procesal penal permite la aplicación de normas propias del Código de Procedimiento Civil y de otros ordenamientos siempre y cuando “no se opongan a la naturaleza del procedimiento penal”. Por tanto, en el desarrollo del proceso ético-disciplinario nada impide que ciertos asuntos probatorios sean resueltos atendiendo al procedimiento civil, en actuaciones cuya fecha de hechos, para el caso del tribunal seccional del Valle del Cauca, datan desde enero de 2006.

En el proceso ético-disciplinario del profesional médico –y también en el del profesional odontólogo– la dinámica de su trámite recae en gran medida en la facultad oficiosa de ordenar la práctica de pruebas en cualquier etapa de la actuación. Sin ese principio de oficiosidad es un imposible fáctico pretender una investigación, pues el dicho del quejoso o denunciante caería en el vacío.

7. “Artículo 361. **Prohibición de pruebas de oficio.** En ningún caso el juez podrá decretar la práctica de pruebas de oficio”.

8. “Artículo 377. **Publicidad.** Toda prueba se practicará en la audiencia del juicio oral y público en presencia de las partes, intervinientes que hayan asistido y del público presente, con las limitaciones establecidas en este código”.

9. Artículo 379. **Inmediación.** El juez deberá tener en cuenta como pruebas únicamente las que hayan sido practicadas y controvertidas en su presencia. La admisibilidad de la prueba de referencia es excepcional”.

Iatrogenias endocrinas

(Segunda parte)

Héctor Mario Rengifo C.*

Continuando con las causas endocrinas productoras de iatrogenia hay algunas comunes que veremos a continuación. Es necesario tener en cuenta que solo el uso racional y el pleno conocimiento del mecanismo de acción de los medicamentos y de sus contraindicaciones y efectos colaterales nos permitirán evitar muchas de estas consecuencias deletéreas. Así mismo, ante el reciente retiro del mercado farmacéutico de medicamentos ya aprobados debemos mantener una mirada crítica a todo lo nuevo y no usar indiscriminadamente dichos fármacos.

Como lo enfocamos en la primera parte, haremos una revisión por patologías para hacerlo más didáctico y revisaremos diabetes, dislipidemias y obesidad.

Obesidad

La obesidad es una patología de difícil manejo desde el punto de vista de cambios de estilo de vida, pues requiere gran sacrificio por parte del paciente y su compromiso para seguir indicaciones de cambios fundamentales de dieta y además ejercicio, lo cual produce poca adherencia en la gran mayoría de pacientes. En la obesidad hay dos componentes fisiopatológicos: la parte genética, que implica una gran cantidad de genes, es decir es de etiología multigénica (lo cual complica el tratamiento) y la parte ambiental. Hay una gran propensión de las sociedades modernas a ingerir alimentos de alto contenido calórico y poco contenido alimentario.

Debido a estas dificultades de manejo hay tendencia a tratar con medicamentos que pueden aca-

rrrear riesgos para el paciente. Si a esto agregamos que el paciente obeso tiene una clara tendencia a padecer otras patologías metabólicas tales como diabetes, hipertensión, dislipidemia y enfermedad cardiovascular, lo que se denomina el Síndrome Metabólico (SM), esto aumenta aun más sus riesgos.

Son varios los medicamentos usados contra la obesidad, algunos de los cuales han sido retirados hace poco del mercado. Para nombrar dos: dexfenfluramina, una anfetamina que fue retirada hace unos años debido a que se asoció con problemas en las válvulas cardíacas; y hace pocos meses un medicamento en el que hubo esperanzas por su utilidad en el síndrome metabólico: el rimonabant. Este medicamento al actuar sobre los receptores canabinoides disminuía apetito y mejoraba otros aspectos relacionados con el síndrome metabólico. No obstante, en su uso clínico se reportó en casos cada vez más numerosos de tendencias depresivas e ideación suicida, por lo cual fue retirado. Esto nos indica que debemos ser muy cautelosos en la formulación para esta patología.

Actualmente solo hay dos medicamentos para obesidad de uso autorizado:

1. **Orlistat.** Este medicamento es prescrito para aumentos de peso moderados y tiene un efecto luminal, no sistémico. Actúa en el intestino disminuyendo la absorción de grasas. Como efectos colaterales principales están la diarrea y ocasionalmente la incontinencia fecal. Debe evitarse en pacientes con problemas de colon y

* Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas.

en pacientes con diarreas de origen no determinado o con intestino irritable.

2. **Sibutramina.** Este es un medicamento que se utiliza por su efecto sobre el hipotálamo, donde aumenta la sensación de saciedad y por lo tanto disminuye el hambre. Como otros medicamentos que ejercen su acción a nivel central, se debe utilizar con precaución en pacientes con problemas de ansiedad, angustia, depresivos y en pacientes con insomnio.

Ante la presencia persistente de estos síntomas se hace necesaria su suspensión. Está contraindicado en pacientes con hipertensión no controlada o de difícil control y en pacientes con arritmias cardíacas de cualquier tipo, ya que puede producir aumento de presión arterial y taquiarritmias. Si se presenta durante el tratamiento cualquiera de estas interacciones debe ser suspendido el medicamento.

Lastimosamente, con este como con otros medicamentos es frecuente la auto-formulación. Esto hace que se presenten más complicaciones por su uso indebido y no autorizado. Un ejemplo frecuente es la "amiga que me lo recetó, pues ella lo está tomando y se ha adelgazado". Las consecuencias pueden ser funestas. Este medicamento es de uso médico únicamente.

3. Se está utilizando una gran cantidad de sustancias sin efecto comprobado o con efectos colaterales no bien conocidos. Es así como cada vez con mayor frecuencia hay pacientes que toman yodo o utilizan algas marinas, geles y aplicaciones dérmicas en regiones extensas con fines adelgazantes. Esto puede provocar problemas de tiroides, de hecho cada vez más comunes.
4. Aunque ya fue tratado anteriormente no está por demás comentar de nuevo el uso indebido de hormona tiroidea con fines de adelgazamiento. Esto debe ser proscrito. La hormona tiroidea en pacientes hipotiroideos causa bienestar y es su uso autorizado; pero esta hormona en pacientes eutiroideos tiene efectos deletéreos como taquiarritmias, insomnio, angustia y a más largo plazo secuelas sobre el hueso y sobre el sistema nervioso central.
5. **Cirugía bariátrica.** La cirugía bariátrica tiene claras indicaciones: pacientes con obesidad mórbida o extrema que se caracteriza por ín-

dice de Masa Corporal (IMC) mayor de 40 sin comorbilidades, o mayor de 35 con comorbilidades como hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad cardio-vascular. Esta cirugía tiene riesgos y debe ser realizada por grupos expertos y dedicados a ello. Generalmente existen diversas especialidades alrededor de los cirujanos endoscopistas, como psiquiatría, gastroenterología, cardiología, anestesia, medicina interna, neumología, endocrinología y nutrición. No es una cirugía estética, por lo cual ésta no debe ser la motivación de su realización. Infortunadamente, se está realizando con ese fin en algunos sitios. Una vez operado el paciente baja considerable peso, por lo cual debe ser seguido para evitar deficiencias nutricionales en proteínas, calcio, vitamina B12, etc. También se debe evaluar su respuesta psicológica al tratamiento.

6. Han proliferado una gran cantidad de tratamientos de poca eficacia o ninguna comprobación científica y que combinan una anfetamina, un diurético y una hormona tiroidea. Esta especie de coctel potencializa los efectos de cada medicamento individual, lo cual puede producir efectos colaterales importantes, con descompensación metabólica, por lo cual no deben ser prescritos.

Dislipidemia

Según el tipo de dislipidemia se efectúa el tratamiento. En términos generales hay tres tipos: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y combinación de ambas. También en las dislipidemias hay un componente genético importante y un componente alimentario. El enfoque de esta patología siempre debe iniciar con medidas dietarias y con ejercicio. Si tres meses después de establecido el manejo no medicamentoso no se obtiene respuesta en la normalización de los lípidos, se acompaña entonces de medidas medicamentosas. Debemos insistir en que si es necesario además establecer tratamiento medicamentoso, se deben mantener las medidas alimenticias y enfatizar al paciente que se trata de un cambio en su estilo de vida, no de una "dieta" por un tiempo corto y luego volver a la alimentación habitual.

Las estatinas son los medicamentos de elección para la dislipidemia de predominio de colesterol elevado. Son de amplio uso y las más utilizadas son la atorvastatina, la simvastatina, la lovastatina y la rosuvastatina. Todas tienen un mecanismo de ac-

ción similar y parecidos efectos colaterales. Siempre que se utilicen por primera vez se deben solicitar pruebas hepáticas, ya que pueden tener efecto hepatotóxico. Otra precaución es el riesgo de producir mialgias que eventualmente pueden provocar la complicación más temida que es la rabdomiólisis y que produce gran morbimortalidad. No debe usarse en conjunto con gemfibrozilo pues es una de las causas más frecuentes de esta complicación.

En dislipidemias con predominio de triglicéridos los medicamentos de elección son los fibratos. Estos tienen en general menos efectos colaterales, de tipo digestivo principalmente. Actúan de manera diferente a las estatinas y aunque el ciprofibrato y el fenofibrato en estudios clínicos controlados se ha usado en conjunto con estatinas, no es recomendable aún efectuar estas combinaciones.

En pacientes susceptibles el uso de estrógenos puede llevar a hipertrigliceridemia. Debido a que pacientes con anticonceptivos orales o con terapia de reemplazo hormonal por menopausia pueden tener hipertrigliceridemia, se debe sopesar riesgo beneficio.

Respecto a las dislipidemias, como en tantas otras patologías crónicas surgen terapias y manejos que obedecen a diversos fines o a creencias populares que se difunden rápidamente. Hemos de estar atentos y es nuestra obligación educar al paciente sobre el uso cauteloso y real de este tipo de terapias; debemos estar enterados de ellas para poder hacer las recomendaciones pertinentes. Un ejemplo: los ácidos grasos omega 3. Si bien tienen un papel benéfico, se ha sobredimensionado su papel en dislipidemias. Es frecuente que los pacientes suspendan otros medicamentos, pues están tomando “el mejor omega 3 que me recomendó una amiga”. Sin duda es mejor comer pescado dos o tres veces a la semana que tomar omega 3. Pero supongamos que el paciente desee tomarlo o lo haga por prescripción médica. Se debe conocer la procedencia de ese omega 3; hay omegas 3 que pueden provenir de pescados de mares contaminados por mercurio o plomo, o que no fueron suficientemente purificados y traen otros contaminantes.

Como recomendación, siempre debe acompañarse todo tratamiento de cambios de estilo de vida que combinen dieta y ejercicio y averiguar qué otro tipo de terapias está haciendo el paciente.

Diabetes mellitus

La diabetes es una patología en aumento. Si bien los efectos colaterales de los diversos medicamentos son variados, es necesario referirse a los más frecuentes.

1. **Metformina.** Este es el medicamento más ampliamente utilizado en pacientes diabéticos del tipo 2. Bien usado y a dosis racionales son pocos los efectos colaterales. No obstante, el uso indebido o dosis altas pueden provocar síntomas digestivos, principalmente intolerancia gástrica, gastritis y en algunas ocasiones diarrea. La diarrea en algunos casos obliga a la suspensión del medicamento. Respecto a hipoglucemias son raras con este medicamento cuando se utiliza como único tratamiento. Debido a que cada vez se formula con mayor frecuencia en combinación con otros medicamentos orales puede potenciar el efecto hipoglucemiante y presentarse hipoglucemia.

En pacientes con falla renal no debe ser usada.

Una complicación que se describe con metformina, pero poco frecuente, es la acidosis láctica. Es de tener en cuenta, de todas formas, en pacientes con falla cardíaca, EPOC, descompensaciones metabólicas, sepsis y en estos casos evitar su uso y si ya están tomándola, suspenderla.

2. **Sulfonilureas.** Actualmente se utilizan tres de ellas: glibenclamida, gliclazida y glimepirida. Con un mecanismo de acción general similar, se diferencian en su potencia y en su duración de acción. Son causantes frecuentes de hipoglucemia. Su uso debe ser monitorizado con glumetrías y hemoglobina glucosilada. Si se presenta hipoglucemia o si por el contrario, no hay respuesta al tratamiento se debe reevaluar al paciente para continuar su manejo.

El efecto colateral más frecuente es la hipoglucemia. Hay pacientes más susceptibles como ancianos, inapetentes o con dificultades para la alimentación. Hay que tener cautela con estos medicamentos, ya que hace a estos pacientes más sensibles a su efecto hipoglucemiante. Como norma general deben usarse en dosis pequeñas inicialmente y se valora la respuesta para ver si es necesario aumentar la dosis. Un problema común observado es el uso de dosis altas desde el comienzo. Resulta que cuando

el paciente adhiere a la dieta y el ejercicio y se deja la misma dosis se puede presentar hipoglucemia con todas sus consecuencias.

Está contraindicada en pacientes con falla renal.

3. **Insulina.** Desde su descubrimiento en 1921 modificó la historia natural de la diabetes mellitus y especialmente de la diabetes tipo 1. Pacientes que hasta esa época tenían mal pronóstico pues por no producir insulina, hormona vital, morían poco tiempo después del diagnóstico, actualmente tienen muy buena expectativa de vida gracias a esta hormona. Con el paso de los años la insulina fue siendo purificada y se fue refinando su obtención. Extraída antes de páncreas de animales, lo cual producía alergias, lipodistrofias y otros inconvenientes, hoy es obtenida por técnicas de ADN recombinante y es similar en su estructura a la producida en forma endógena. Además, se ha logrado por diversas técnicas modificar la duración de su acción, desde muy rápida hasta ultralenta. Esto hace que cada vez sea más utilizada no solo en diabéticos del tipo 1 sino en aquellos del tipo 2 que no logran un control adecuado con terapia oral y cambios de estilo de vida.

Por ser una hormona exógena que se aplica generalmente por vía subcutánea, no remeda exactamente lo que hace la hormona endógena y esta es su primera limitante. Por otro lado,

cada vez son más exigentes las pautas de manejo para el buen control del paciente diabético, por lo cual se utiliza en mayores dosis y en aplicaciones más frecuentes; así, la llamada terapia intensiva requiere tres, cuatro y hasta cinco aplicaciones diarias de insulinas con diferente duración de acción.

De esto se desprende el principal efecto secundario: la casi inevitable hipoglucemia. Es un riesgo inherente a su aplicación y a las exigencias de las guías nacionales e internacionales que actualmente reconocen un adecuado control con niveles muy exigentes de glucemia y hemoglobina glucosilada, difíciles de cumplir sobre todo en países donde no hay programas gubernamentales establecidos.

La importancia de lo anterior se enfatiza, pues si bien es deseable el mejor control en nuestros pacientes, esto puede implicar un riesgo grave por la dificultad en ciertas circunstancias para el manejo de esas hipoglucemias. Esto es especialmente válido en ancianos, en pacientes que no pueden valerse por sí mismos, en pacientes de áreas rurales o alejadas de un centro de salud y en pacientes con patología psiquiátrica.

Siempre debemos instruir a nuestros pacientes y a sus familiares sobre estos riesgos y enseñarles las medidas de emergencia, mientras obtienen atención especializada.

Procesos ético-disciplinarios

Sentencias del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas

Resolución No. 007-2008

Santiago de Cali, a los dieciséis (16) días del mes de julio de dos mil ocho (2008)

Proceso Disciplinario No. 843-06

Objeto de decisión

Escuchado en diligencia de descargos el Dr. L. H. R., se procede a decidir si existe o no mérito para sancionar disciplinariamente por violación a la Ley 23 de 1981 en los hechos relacionados con la paciente J. V. A. A.

Consideraciones

1. Queja y hechos

Proveniente de la Personería Municipal de Yumbo el 01 de marzo de 2006 se recibe en el Tribunal de Ética Médica diligencias relacionadas con queja en contra del Dr. L. H. R., por hechos relacionados con la paciente J. V. A. A. Tanto el Gerente, el Subdirector Científico y la oficina de Control Interno Disciplinario del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo conocieron de este asunto, al igual que la promotora de salud de Yumbillo.

Ante la Personería Municipal de Yumbo la señora declaró el 05 de junio de 2005 que el 16 de febrero del 2005 acude al Centro de Salud de Miravalle-Dapa para que le colocaran un dispositivo intrauterino y fue atendida por el Dr. R., y que horas más tarde empezó a sentir dolor bajito y mal olor. Por el día martes 22 de febrero se presentó en el Centro de Salud de Yumbillo y fui atendida por el mismo médico “me tocaba revisión del dispositivo pero el médico no me revisó, le conté el motivo por el cual estaba allí... que presentaba un dolor bajito y mal olor. Él me res-

pondió que el mal olor era normal, que era de pronto un período atrasado... y que era normal, me preguntó que si estaba tomando Naproxeno... entonces me dijo que siguiera tomando... que era para el dolor bajito... de allí salí y estaba la auxiliar de nombre M. G., me preguntó que si el médico me había revisado el dispositivo, le contesté que no, entonces me dijo que ella me iba a revisar... entonces me revisó y me introdujo un espéculo y me dijo que todo se veía normal, pero cuando miró más a fondo, me extrajo una gasa en estado de descomposición, entonces ella me sacó eso y llamó al médico y le preguntó que si el mal olor que yo tenía sería por esa gasa y el médico le contestó que si que puede ser, pero entonces él dijo que me había dicho que me tenía que sacar la gasa y salió y se fue y no dijo nada más...”

Agrega que ese mismo día se presentó al Hospital la Buena Esperanza por insinuación de la promotora de salud D. H. Me dijo que él siempre hacía eso con sus pacientes, de dejarles la gasa por el sangrado. Y me hospitalizaron desde el martes 22 de febrero hasta el jueves en horas de la tarde... Encontró el médico ginecólogo del cual no recuerdo el nombre, que el dispositivo estaba encarnado y por tal motivo me lo retiraron... que me quitaba el dispositivo porque el útero estaba muy inflamado...” (folios 00043-00044-00045).

Ante la Personería Municipal fue citado a declaración injurada el DR. L. H. R., realizada el 31 de mayo de 2005, sobre los hechos expuso que el 11

de febrero de 2005 fue llevada la paciente J. V. A. al puesto de salud de Miravalle- Dapa por la familiar D. quien es auxiliar en el puesto de salud de Dapa, con el propósito de que se le colocara un dispositivo para planificación familiar, que no le abrió historia debido a los vínculos familiares con la promotora de salud de Miravalle-Dapa, puesto que la paciente pertenece a Yumbillo y tiene su historia en Yumbillo, el procedimiento se llevó a cabo sin ningún contratiempo y se dejó en el canal vaginal una gasa para contener los sangrados posteriores, habitual en ese tipo de prácticas. A los ocho días se presentó en el corregimiento de Yumbillo, donde se quejaba de mal olor en su región vaginal y dolor bajito, se le prescribió los medicamentos del caso y siendo examinada por la auxiliar de enfermería de nombre M., se le encontró la gasa en el canal vaginal y una secreción maloliente, la paciente salió muy disgustada y posteriormente fue traída al hospital, donde fue valorada por el ginecólogo, hospitalizada dándole el tratamiento adecuado y se dio de alta al segundo día en buen estado. Sostiene que en conversación que sostuvo con la paciente le informó que dicha gasa se la debía retirar del canal vaginal cuando llegara a la casa y la señora no lo hizo. Que lleva 20 años realizando este procedimiento y es la primera vez que una paciente no escucha las recomendaciones anotadas. (Folios 00041-00043).

2. Historia clínica

En el folio 000014 consta que el Dr. L. H. R. es consultado por la paciente en referencia, el 14 de diciembre de 2004. En el anverso de este folio hay una anotación con una revisión post-cesárea realizada por la Dra. M., en enero 25 de 2005.

En el folio 00015, escriben en febrero 22 de 2005, “paciente asiste al puesto de Salud por dolor en región pélvica acompañado por sangrado escaso y olor fétido (PTE. Planifica con DIU hace 6 días). Se hace revisión del dispositivo y se encuentra una gasa en cuello de útero, se retira y se llama al médico, la paciente se deja en consulta. Firma MÓNICA, aux-Enf.”

El folio 00016, en una hoja de formato de signos y síntomas está escrito en febrero 22-05. Método: DIU, sangrado: Si, Manchado: Si, Cefalea: Si, dolor pélvico: Si, flujo: No, Abdomen: negativo, Cerviz: negativo. Útero y anexos: negativo. Cambio de método: No. Observaciones: ninguna. Firma y Sello: L. H. R.

En los folios 00017 y 00018, está anotada la causa de consulta por dolor bajito y los síntomas deriva-

dos por la implantación de un DIU hace unos ocho días, es decir, sangrado transvaginal, mal olor, alza térmica, cefalea intensa.... Al examen físico dolor a la palpación en hipogastrio, por espéculos copia canal vaginal edematizado, flujo vaginal muco sanguinolento, fétido. Diagnóstico: enfermedad inflamatoria pélvica no especificada. Solicitan una ecografía obstétrica transabdominal. Formulan antibióticos, antiinflamatorios por vía i.v e i.m. respectivamente. Esta consulta se efectúa en H. de Yumbo el 22 de febrero de 2005. Doctora Ivette Saigh.

La paciente estuvo los días 23 y 24 de febrero, recibiendo antibióticos y analgésicos y el día 24 a las 5 de la tarde una anotación de enfermería dice..... “paciente que Dr. J. C. M. (ginecólogo) decide darle salida, porque le retira DIU encarnado, sale con formulación.....” (folio 00025).

Como puede observarse sobre la atención médica del 16 de febrero de 2005 no existe ninguna anotación, hecho que será objeto de análisis en esta providencia.

Sobre el protocolo existente para la inserción del DIU, obra en el expediente lo suministrado por el Subdirector Científico del Hospital la Buena Esperanza (folios 00049 a 00052).

3. Diligencias realizadas

En procura de aclarar los hechos se obtuvo el dicho del médico Dr. L. H. R., el testimonio de la señora D. H. M., promotora de Salud del puesto de Salud de Yumbillo, y de la señora M. Y. G. V., auxiliar de enfermería del mismo puesto.

Versión libre del doctor L. H. R.

Se cumplió el 27 de noviembre de 2006, y sobre la actuación suya el 16 de febrero de 2005 con la paciente A. A. declaró que la colocación del dispositivo se hizo en el puesto de Miravalle (Dapa) de lo cual no se hizo registro médico por ser una allegada familiar de la promotora de salud y no se le cobró consulta, al final del procedimiento hubo algo de sangrado del cuello uterino por lo cual se le colocó una gasa en introito vaginal recomendándole y advirtiéndole que la retirara al llegar a su casa. Esta paciente tenía historia de cesárea de 10 días antes y a los 6 días se presentó al puesto de salud de Yumbillo para que se le revisara el dispositivo y con dolor pélvico, el cual fue revisado por la auxiliar que encuentra la gasa puesta en la vagina y flujo maloliente y se le retira la gasa, se le dio tratamiento, sin embargo ella considera que

había negligencia de parte médica y procede a interponer la respectiva queja. Posteriormente consulta al Hospital de Yumbo, el mismo día donde es atendida por los médicos de turno con diagnóstico de dolores abdominales pero no especificados y se le da de alta el 24 de febrero de 2005.

Sobre las razones o causas que existieron para que la atención médica no se consignara o quedara registrada en la historia clínica, respondió que no consignó el procedimiento porque no se le pasó al médico la historia, debido que se le pidió un favor por ser familiar de la auxiliar del puesto de salud y su carnet corresponde al corregimiento de Yumbillo y no en el puesto de salud de Dapa donde fue que se realizó el procedimiento, es decir estaba en Yumbillo y no en el puesto de salud de Dapa. Aclara que quien intercedió por la paciente fue la señora D. H. Reitera que a la paciente se le instruyó sobre los cuidados que debía tener con el dispositivo y el retiro oportuno de una gasa que le queda en el introito apenas llegue a su casa fuera de los demás cuidados pertinentes a un procedimiento quirúrgico de solo hace 10 días cuando le practicaron cesárea. En vista de la familiaridad con la auxiliar de la paciente no se tuvo en cuenta las recomendaciones escritas. Concluye diciendo que no fue citado por el director, ni por la oficina de control disciplinario, sin embargo, se le hizo conocer la incompetencia que ellos tenían para el caso y que lo trasladarían a la Personería Municipal donde fue citado y se hicieron los descargos correspondientes.

Testimonio de la señora D. H. M.

Se cumplió el 10 de mayo de 2007, y sobre los hechos expuso que era promotora de salud por la fecha de esa consulta en Yumbillo pero también le habían asignado Miravalle. La paciente fue de Yumbillo hasta Miravalle a la consulta porque el Dr. R. iba a atender ese día y le comentó que había una persona interesada en la colocación del dispositivo. No se pagó la consulta porque la paciente pertenecía a una ARS. La consulta fue privada y por tanto no sabe si hubo recomendaciones por parte del Dr. R.

Testimonio de la señora M. Y. G. V.

Se realizó el 14 de febrero de 2008, y reconoció como suya la anotación del folio 00015 aclarando que la atendió en el puesto de salud de Yumbillo. Anota que se encargó de retirar la gasa el 22 de febrero de 2005. “Como está en la nota de enfermería yo remití

a la paciente a consulta médica, para que el Dr. R. definiera la conducta con la paciente”. (folio 00077).

4. Los hechos que motivaron la formulación de cargos

El Dr. L. H. R. realizó un procedimiento de colocación de Dispositivo Intrauterino (DIU), T de cobre, el día 16 de febrero de 2005, en el puesto de salud de Dapa, Miravalle, vereda de Yumbo, que corresponde al área rural de la jurisdicción de Yumbo, en la paciente J. V. A. A. Dejó en vagina una gasa que fue detectada y retirada el día 22 de febrero de 2005, por la auxiliar de enfermería M. G., del centro de salud de Yumbillo al presentarse flujo vaginal fétido. Posteriormente y el mismo 22 de febrero la paciente acudió al Hospital La Buena Esperanza del área urbana del Municipio de Yumbo por infección vaginal, diagnosticada como enfermedad inflamatoria pélvica y requirió hospitalización en dicho hospital, desde el 22 de febrero hasta el 24 de febrero de 2005 recibiendo terapia antibiótica endovenosa con ampicilina y gentamicina. Fue dada de alta por mejoría el 24 de febrero.

El Dr. L. H. R. no abrió historia clínica del acto médico del 16 de febrero de 2005 por el cual colocó el DIU, por lo tanto no hay registro de los hechos que rodearon la colocación del DIU. El Dr. L. H. R. fue escuchado en diligencia de versión libre el 22 de Noviembre de 2006, y el 30 de abril la Sala Plena por interlocutorio No. 024-2008 decide formular cargos al Dr. L. H. R. por supuesta violación a los artículos 33,34 y 35 de la Ley 23 de 1981.

5. Diligencia de descargos

Esta diligencia se llevó a cabo el día 11 de junio de 2008 y el Dr. R. se presentó en compañía de su abogado. El Dr. R. en esta diligencia explicó el procedimiento de la colocación del DIU, T de cobre y que es el mismo procedimiento que usa desde hace 25 años sin ninguna complicación posterior.

Interrogado sobre el hecho de si el haber dejado una gasa en vagina es parte del protocolo de colocación del DIU, explica que por tratarse de un procedimiento en área rural, donde después de su colocación transcurre mucho tiempo hasta llegar a casa y además lo hacen en diversos medios de transporte, como motos, que implica riesgo de sangrado, acostumbra ese proceder, advirtiendo a la paciente que debe retirar la gasa al llegar a su casa.

Interrogado sobre el hecho de no haber abierto ni efectuado la elaboración y anotación del acto

médico y del procedimiento de colocación de DIU en la historia clínica, explico que debido a que por ser la promotora del puesto de salud de yumbillo el puesto fue quien le pidió el favor de que le colocara el DIU a la paciente, que era su recomendada, lo omitió, pues de haber abierto historia hubiera sido necesario efectuar los cobros respectivos por este acto administrativo. Refiere que todo esto obedeció a la buena fe para evitar cobros a la paciente.

6. Analisis y conclusiones

Está probado, así no exista documento, que el 16 de Febrero de 2005 el profesional investigado atendió en consulta a la señora J. V. A. A., y que lo hizo en condición de Médico General adscrito a una institución pública, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo. Así lo admitió el Dr. L. H. R. en diligencia de versión libre y lo ratifica en diligencia de descargos, mostrándose acorde al dicho de la paciente y al testimonio de la Promotora de Salud D. H. M.

El acto médico realizado el 16 de febrero de 2005 no se registró o consignó en el documento denominado historia clínica, que es obligatorio y no algo opcional o a criterio del médico tratante.

Las recomendaciones y prescripciones médicas deben constar por escrito, pues constituyen prueba de una parte de la atención que se brinda al paciente y son referentes a futuro del tratamiento que se da en ese preciso momento.

En las entidades de salud públicas son conocidos los formatos impresos que sobre atención médica se suministran a los profesionales para facilitar su labor. En este asunto la señora promotora D. H. M. hizo alusión a los que existen para la inserción de dispositivo.

Es evidente que el Dr. R. faltó a la ética médica, pues omitió el deber de registrar el acto médico que realizó. Esta inobservancia, reconocida por él, no admite la justificación que plantea consistente en que como se trataba de una paciente recomendada por la promotora de salud, perteneciente a otro corregimiento o vereda, no quiso que pagara una suma de dinero por la apertura de la historia clínica, por cuanto esto no constituye causal de ausencia de responsabilidad al tenor del artículo 32 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal).

En consecuencia, no se aceptarán los descargos presentados, de manera oral en Sesión de Sala Plena, considerando al Dr. L. H. R. trasgresor de los artículos 33, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981.

Como sanción disciplinaria, la Sala estima que en atención a que el investigado no registra antecedentes disciplinarios, obró de manera altruista, su omisión del deber fue de buena fe y hubo sinceridad en su dicho, es merecedor a amonestación privada (Art. 83 literal a) de la Ley 23 de 1981).

En mérito de lo expuesto, el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, en uso de las facultades legales conferidas,

Resuelve

Primero. No aceptar los descargos presentados por el Dr. L. H. R. en Sesión de Sala Plena, por las razones expuestas antes.

Segundo. Imponer sanción disciplinaria de AMONESTACIÓN PRIVADA al Dr. L. H. R., Médico General, como infractor de los artículos 33, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981, por los hechos relacionados con la paciente J. V. A. A.

Tercero. Notifíquese personalmente al profesional médico de esta decisión, al igual que a su apoderado.

Cuarto. Contra esta decisión proceden los recursos de reposición y apelación.

Quinto. En firme, procédase al archivo de las diligencias.

CÓPIESE NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

(Aprobado en Sesión de Sala Plena de 26 de Junio de 2008 Acta No. 1159).

Dr. NÉSTOR HARRY AMOROCHO PEDRAZA
Presidente
Magistrado

Dr. JOSÉ ACKERMANN IZQUIERDO
Magistrado

Dr. HECTOR MARIO RENGIFO C.
Magistrado Instructor

Dr. LUIS GERARDO SALCEDO P.
Magistrado

Dr. RODRIGO TRIANA RICCI
Magistrado

DRA. DIANA JULIETA OLIVO O.
Abogada Secretaria

Dr. AUGUSTO CUÉLLAR RODRÍGUEZ
Abogado Asesor

