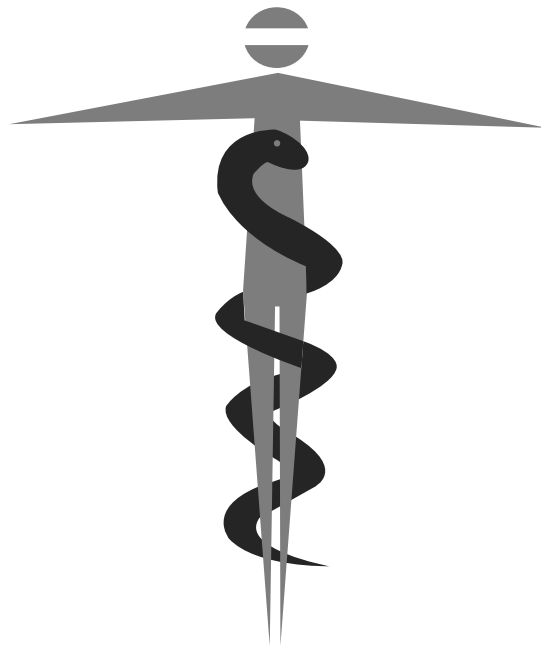


# TRIBUNA ÉTICA MÉDICA



TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA - TEMV

# TRIBUNA ÉTICA MÉDICA



Cali, enero - diciembre de 2010

## **Comité Editorial**

### **Magistrados**

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

### **Relator**

Doctor Augusto Cuéllar Rodríguez

### **Secretaria - Abogada**

Doctora Diana Julieta Olivo Ospina

### **Editores**

Doctor Néstor Harry Amorocho Pedraza  
Doctor Héctor Mario Rengifo Castillo

**Imagen de portada:** Hospital militar, Hôpital des Invalides, París, Francia

### **Diseño, corrección de textos e impresión**

Impresora Feriva S.A.  
Calle 18 No. 3-33 PBX: 524 9009  
[www.feriva.com](http://www.feriva.com)  
Santiago de Cali - Colombia

Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca  
Calle 5, Carrera 39  
Centro Comercial Imbanaco, Oficina 201  
Tels.: (2) 558 0768 - 558 9939 - Telefax: 400 1329  
Santiago de Cali - Colombia  
Email: [tribunaldeeticamedica@telecom.com.co](mailto:tribunaldeeticamedica@telecom.com.co)  
[trib\\_eticamedica\\_valle@hotmail.com](mailto:trib_eticamedica_valle@hotmail.com)

# Contenido

<b>Normas e instrucciones para publicación .....</b>	<b>7</b>
<b>Editorial.....</b>	<b>9</b>
<b>La deshumanización de la medicina: ¿Culpable la Ley 100, la formación ética o ambas?</b>	
Dr. Rodrigo Triana Ricci	
Dr. Gonzalo Martínez.....	11
<b>El razonamiento ético en la medicina actual</b>	
Roberto Enrique Cuenca Fajardo.....	13
<b>El generoso regalo de la violencia simbólica</b>	
Myriam Bermeo de Rubio.....	23
<b>Del tejido social vallecaucano en el siglo XIX</b>	
Luis Antonio Cuéllar .....	29
<b>Una mirada a la bioética</b>	
Néstor Harry Amorocho Pedraza .....	37
<b>Revisión de tema: Diabetes gestacional</b>	
Johana Alexa Tabares, Lina A. Rengifo, Daniela Quiñones, Diana P. Guzmán, Karol Y. Noreña, Angie Viviana Sánchez, Néstor Harry Amorocho P. (profesor).....	41
<b>Procesos éticos disciplinarios</b>	
Proceso disciplinario No.1367-10.....	49
Proceso disciplinario No.1040-08.....	65



# 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 - TEMV, 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

Colombia se ha acogido a la lógica del mercado regulado de aseguramiento en salud que condiciona la relación médico-paciente a los criterios de rentabilidad y sostenibilidad en detrimento de la necesidad de atención al paciente, limitando con ello la autonomía tanto del profesional como del paciente.

El deterioro de la capacidad del médico para crear empatía con su paciente y el menoscabo de la sensibilidad ética del profesional de la medicina, producto de un enfoque equivocado en su formación en pregrado de los estudiantes, es otro factor que incide en el detrimento de la relación médico-paciente.

Por lo tanto, el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca cree que nuestras facultades de me-

dicina deben, a la par con el discurso académico, profundizar en temas bioéticos y éticos en procura de obtener profesionales más idóneos y humanos para la atención de nuestra población.

Y para ser coherentes con lo anterior, la Sala Plena del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca considera fundamental la participación de los estudiantes de medicina de pregrado en la revista *Tribuna Ética Médica*, por lo cual se publicarán a partir de esta edición trabajos de investigación, ensayos, revisión de temas, etc., elaborados por ellos y avalados por el Comité Editorial.

**Dr. Rodrigo Triana Ricci**

Presidente electo para el año 2011 – TEMV



# La deshumanización de la medicina: ¿Culpable la Ley 100, la formación ética o ambas?

**Dr. Rodrigo Triana Ricci\***

**Dr. Gonzalo Martínez\*\***

Siempre es grato hablar de la profesión médica, este hermoso quehacer que cada día es más vituperado y más perseguido no solo por las EPS sino por los pacientes, nuestra razón de ser.

Y es muy entendible que los periodistas capitalicen el hecho de un servicio mal prestado para mostrar al mundo “la dictadura de las batas blancas”.

Es muy entendible que los pacientes a quienes las EPS les han enviado la idea de que tienen todos los derechos y ningún deber sientan que son maltratados cuando alguien frustra sus expectativas, y desconociendo que pudo ser la consecuencia de incapacidad o manejos absurdos pregonen la deshumanización de la medicina.

Es entendible también que los MD –léase MÉDICOS, no medio dioses– busquen ansiosamente a quién rebotarle las culpas, y encuentran la Ley 100 como causante de todos sus males: que la Ley 100 no deja tiempo para lograr una empatía con los pacientes; que las tarifas de consulta son irrisorias y que por esa plata no se puede dedicar mucho tiempo a los pacientes; que las EPS no dejan manejar las patologías con todo lo necesario, etc. Indudablemente, tenemos que dejar claros algunos puntos para poder buscar soluciones a estas percepciones negativas que lo único que hacen es degradar uno de los oficios que tenía puesto de honor y que aún sigue teniéndolo en otras partes del mundo pero no en Colombia.

La Ley 100 no es la causante de estos males. Esta norma, como tantas otras en el papel, es una buena opción para dar salud a todos los colombianos.

Hemos sido nosotros los MD quienes, quizá tomando en serio lo de “medio dioses”, no supimos, en nuestra arrogancia, defender la calidad de nuestra profesión y más bien nos hemos dedicado como mendigos a tirar por el suelo las condiciones de su ejercicio para quedarnos con la mayor parte del pastel aun a costa de nuestros compañeros de profesión.

En esto quisiera que nos pusiéramos la mano en el corazón como representantes que somos de las instituciones deformantes del recurso humano en salud. Y digo deformantes, puesto que quisiera pensar que es solo por desidia y no por incapacidad o por oportunismo, que hemos permitido no solamente la creación de una cantidad exagerada de facultades de medicina, sino también la puesta en marcha de normas que perpetúan aun más la mediocridad de estas facultades de garaje.

Me refiero a la ley que exige requisitos mínimos esenciales a las facultades de medicina, la cual lo único que ha hecho es darles el visto bueno a escuelas que se limitan a cumplirlos y nunca trataron ni tratarán de lograr la excelencia en la formación de sus educandos, pues prefieren darles “énfasis” a sus escuelas, lo cual propicia que no inviertan en

---

\* Presidente electo del Tribunal de Ética Médica del Valle para el año 2011. Ortopedista traumatólogo. Profesor universitario.

\*\* Ortopedista traumatólogo. Profesor universitario

hospitales, clínicas u otras instituciones requeridas para la formación médica y destinan tiempo y recursos a las labores de “medicina social” como excusa.

Otra creencia por demás absurda es aquella de que la deserción estudiantil es un indicio de mala calidad de las instituciones educativas; y más absurdo aun es el concepto de que cuando un estudiante se matricula en una universidad, esta tiene la obligación de formarlo. Esto es cierto si y solo si la institución encuentra en el estudiante la materia prima para su formación. Es sabido que no todo aquel que ingresa a una carrera universitaria logra culminarla, y también que no todas las personas que se presentan a una facultad universitaria pueden ingresar a la carrera por múltiples razones.

Una de las formas más idóneas –aunque hoy pareciera que no vale la pena tomar en cuenta– para garantizar que el aspirante a estudiar medicina está calificado para ello es valorar la integridad física, intelectual y moral del aspirante.

El privilegiar consideraciones económicas por sobre las capacidades del aspirante ha llevado a que, a pesar de la opinión de los docentes, se gradúen individuos que no podrían servir como médicos, ya que no tienen las condiciones humanas necesarias para relacionarse con otras personas y mucho menos para tratar a los seres humanos enfermos que son sus pacientes.

Esos motivos económicos no dejan que las instituciones de educación en salud se preocupen por la calidad de la educación que imparten, y esto da como resultado unos médicos MEDIOCREMENTE formados, incapaces ética y profesionalmente de solucionar los problemas de salud de la población y mucho menos preventivos, lo que más interesa a nuestra población.

El déficit de médicos para cubrir a la población no se remedia abriendo más facultades de medicina mediocres sino mejorando primero las condicio-

nes sociales de los sitios donde se requiera el personal médico, para hacerlos atractivos como opción de trabajo para estos profesionales. De lo contrario, aunque aumente la población médica, ésta seguirá concentrándose en las ciudades grandes e intermedias, y las pequeñas continuarán descubiertas tanto de personal de salud como de tecnología médica.

Se requiere que Ascofame ejerza una vigilancia mayor a las facultades de medicina para:

- 1) Obligarlas a TODAS a ser agentes de cambio tanto en sus regiones como en los sitios donde llevan a cabo sus prácticas.
- 2) Formar médicos con base en sus capacidades intelectuales y morales y no solo en su capacidad económica.
- 3) Llevar a cabo políticas que puedan depauperizar la profesión médica, ya que si el profesional puede vivir dignamente con un solo empleo, se podría emplear a mayor número de profesionales; con ello no tendríamos que asistir al bochornoso espectáculo de la venta callejera de conciencias a casas comerciales, a laboratorios y a EPS.
- 4) Establecer un verdadero escalafón médico que destaque que vale la pena adquirir preparación y experiencia, y esto acarrearía no sólo beneficios económicos para el médico sino que redundaría a favor del paciente.

Con base en estos postulados nuestra profesión podría volver a contar con GENTE IDÓNEA y no con MERCENARIOS que buscan sólo unos centavos de más para sus cuentas bancarias.

La profesión médica merece profesionales así y los pacientes los reclaman.

Consideremos estos puntos antes de proponer o aprobar otras medidas. Estas reflexiones han sido producto de nuestro amor a la profesión y de nuestra conciencia de la ÉTICA MÉDICA, que parece que nuestros colegas nuevos o antiguos olvidaran.

# El razonamiento ético en la medicina actual

Roberto Enrique Cuenca Fajardo\*

*“La medicina se está volcando hacia otra visión:  
el ser humano no es tan solo un cuerpo físico”.*

Harold Koenig

## Introducción

*“La medicina de hoy está sumida en el tecnicismo y en el paradigma materialista reduccionista que exacerbaban la mercantilización de la relación médico paciente y la industrialización del trabajo médico que ha funcionado como un cáncer que desintegra todas las posibilidades de entablar una relación de confianza y respeto entre el paciente y su médico”.*

Marlene Nobre

*“Cada día, más personas miran al ser humano en forma integral – cuerpo, mente y espíritu - conectado a una inmensa urdimbre invisible, que abarca el micro y el macrocosmos, y que fomenta la alianza definitiva entre la ciencia y la espiritualidad. La teoría de la relatividad y la física cuántica están en la base de esa nueva visión del ser y del mundo: la materia ha cedido lugar a la energía, el tiempo ha resultado ser variable, el movimiento, discontinuo, la interconectividad no localizada y la conciencia se han revelado capaz de influir sobre los eventos, seleccionando posibilidades”.*

Marlene Nobre

## El eco de la vida

*Un niño y su padre estaban caminando en las montañas. De repente, el hijo se cae, se lastima y lanza un quejido: “¡Ay!”. Para su sorpresa oye una voz que repite en algún lugar de la montaña: “¡Ay!”.*

*Con curiosidad el niño grita: “¿Quién está ahí?”. Recibe una respuesta: “¿Quién está ahí?”.*

*Enojado con la respuesta, el niño grita: “¡Cobarde!”. Y recibe de respuesta: “¡Cobarde!”.*

*El niño mira a su padre y le pregunta:*

*–Padre, ¿qué sucede?– El padre, sonríe y le dice:*

*–Hijo mío, presta atención.*

*Entonces el padre grita a la montaña: “¡Te admiro!”. Y la voz responde: “¡Te admiro!”.*

*De nuevo, el hombre grita: “¡Eres un campeón!”. Y la voz le responde: “¡Eres un campeón!”.*

*El niño estaba asombrado pero no entendía. Luego, el padre le explica:*

*–La gente lo llama eco, pero en realidad es la vida. Te devuelve todo lo que dices o haces. Nuestra vida es simplemente un reflejo de nuestras acciones. Si deseas más amor en el mundo, crea más amor a tu alrededor. Si deseas felicidad, da felicidad a los que te rodean. Si quieres una sonrisa en el alma, da una sonrisa al alma de los que conoces. Esta relación se aplica a todos los aspectos de la vida. La vida te dará de regreso exactamente aquello que tú le has dado. Tu vida no es una coincidencia, es un reflejo de ti. Alguien alguna vez dijo: “Si no te gusta lo que recibes de vuelta, revisa muy bien lo que estás dando...”*

(DAD)

\* Ingeniero Sanitario. Magister en Ciencias de la Salud. Especialista en Bioética. Profesor titular de la Universidad del Valle.

## Objetivos

1. Presentar algunos conceptos acerca del quehacer del médico actual y de la bioética.
2. Presentar un esbozo histórico de la labor socio-cultural médica.

## El quehacer del médico actual: fundamento de la bioética

“Tú eres persona por las otras personas”  
(Ubuntu – África)

La ética o deontología médica tradicional trataba casi exclusivamente sobre las cualidades o virtudes que debería tener o practicar el médico ideal, así como de su corrección, urbanidad y cultura general para resolver situaciones sociales. El médico debía igualmente, ser consultor, buen conversador y resolver integralmente los problemas de salud de sus pacientes, de sus familiares y de la sociedad.

Hoy en día los médicos requieren de una ética clínica que los apoye en la atención a sus pacientes y se sustente en la bioética y en los valores de la vida y de la humanidad; que además, no excluya las tradiciones sino que las ubique en el mundo contemporáneo. Las tendencias marcan una creciente participación de los pacientes y sus familias en las decisiones médicas así como una progresiva regulación social, tanto formal como informal, de la práctica profesional. Un reflejo de ello es el aumento en el número de quejas, demandas y reclamaciones. No todas ellas tienen su solución en las leyes establecidas, pues por mucho que se actualicen en poco tiempo estas quedan nuevamente a la zaga de las necesidades sociales y de los avances de la tecnología en salud lo cual obliga a su reforma continua.

La bioética ha tomado gran vigencia y en particular han ganado fuerza el interés por revisar la actual ética médica aplicada en nuestras facultades de salud o medicina y el afán por indagar acerca del comportamiento moral de los estudiantes de medicina debido a la mayor regulación social y la ineficacia de los modelos tradicionales. Se requiere reflexionar sobre las acciones del médico durante su fase de entrenamiento clínico; valorar la conducta moral de los estudiantes, precisar aquellos significados que aún deambulan por terrenos inciertos (exámenes de Estado) y desplegar alternativas (medicinas complementarias) más que determinar prescripciones.

La medicina está en un momento de cambio. Dejará de ser lo que fue durante muchos años, sin embargo aspectos importantes deberán de preservarse, particularmente aquellos relacionados con sus fundamentos filosóficos y morales.

El estudiante de medicina y el médico deben tener una perspectiva bioética general propia de la profesión, influenciada sí, pero ajena a los criterios rígidos de otras disciplinas, muy loables, respetables y acatables por cierto, como son los principios morales y legales y los llamados “criterios generales” propios de cada cultura (en la filosofía, la sociología, la antropología, el derecho, la administración) que son aplicables en dichas disciplinas pero que en medicina adquieren el carácter de opcionales.

El conocimiento de las enfermedades y de su componente psicológico o espiritual proporciona un amplio panorama de comprensión; sin embargo, es el trato directo al paciente lo que permite darnos cuenta de sus expectativas y deseos (incluso de los no manifestados) y el médico o el estudiante de medicina tienen el deber de aliviar tanto el sufrimiento físico como el mental y hasta el espiritual, dentro de un marco de referencia ético.

Gradualmente, el estudiante de medicina y el médico van adquiriendo un criterio ético especial propio de su profesión y de cada especialidad que practiquen, el cual se irá modelando durante el ejercicio de su disciplina y fundamentando en vivencias, congresos, experiencias propias, criterios de maestros, compañeros y pacientes, de acuerdo con su propia formación como persona humana.

El médico y el estudiante de medicina antes de realizar alguna acción en cualquiera de sus múltiples facetas profesionales debe tener presente ante todo la consideración ética inherente a dicha acción. Se critica la deshumanización de la medicina y el desplazamiento del médico por la tecnología –algo aparentemente imposible de detener por ser consecuencia del avance de la profesión y de la propia humanidad– pero si se logra motivar al médico y al estudiante para que antepongan los principios pragmáticos de la bioética a cualquier otro acto médico, se habrá iniciado el cambio requerido.

Así, la *responsabilidad individual* les servirá de pauta de conducta y los hará diferentes de los demás. La responsabilidad individual se adquiere desde la niñez con base en los principios y normas y en el cariño y ternura emanados de los padres, todo

lo cual determinará su carácter y personalidad. Las circunstancias socioeconómicas y políticas además de diversos factores ambientales modelarán su desarrollo psicológico. Las enseñanzas de los padres y maestros acerca de los principios de respeto y autoridad, las normas y leyes sociales y las nociones de moral y de amor al prójimo, moldearán igualmente su comportamiento social.

*La responsabilidad profesional* en nuestro caso la adquiere el individuo cuando recibe su título de médico. Ello, sumado a su propia personalidad, va definiendo su proceder en el ejercicio de la medicina. Generalmente, los conocimientos sobre las implicaciones éticas de su labor profesional los adquiere al observar las actuaciones de sus maestros durante la relación médico-paciente que aquellos establezcan. Sin embargo, el advenimiento de las nuevas tecnologías y los descubrimientos científicos han propiciado acciones médicas inusitadas que acarrearán intrincados problemas de valoración ética con nuevas e insospechadas implicaciones al incorporar unidades de cuidados intensivos, trasplantes de órganos, fertilizaciones extracorpóreas, niños probeta, ingeniería genética, etc.

No obstante lo anterior, nociones que incluyen ciertas cualidades que debe reunir el médico como no matar, no dañar, no divulgar secretos, no realizar actos para los cuales no esté preparado, establecer relaciones de veracidad con sus pacientes, la confidencialidad, la privacidad, el manejo del consentimiento informado, el humanitarismo, la prioridad del paciente y el principio de beneficencia, continúan vigentes y forman parte de los principios universales de la ética médica.

En la práctica de la medicina actual no basta con seguir un método general básico de discernimiento (protocolos) para aplicar principios éticos a los problemas presentados puesto que existen casos que plantean alternativas de opinión e incluso desacuerdos en beneficio de alguna de las partes implicadas. Estas alternativas pueden ser bienes a favor o en contra del individuo, de la ética, de la moral o de la sociedad.

## **El quehacer sociocultural médico**

### **Contexto histórico**

En los comienzos del Paleolítico se pensaba que la enfermedad se originaba por la *penetración* en el cuerpo de un objeto extraño. Luego, con el nacimiento del pensamiento simbólico se atribuyó la enfermedad a una *evasión del alma*, algo que aún siguen creyendo algunos grupos humanos en Siberia. A finales del Pleistoceno se cargó la responsabilidad de nuestros males a la acción de *espíritus malignos*; posteriormente, y como consecuencia de una distribución de funciones dentro de la tribu, surgiría el papel del intermediario entre los espíritus y los hombres, es decir, el brujo, hechicero o chamán. El *chamanismo* está considerado como el sistema de curación mental y física más arcaico. La mayoría de las culturas antiguas como la mesopotámica, la hebrea, la egipcia, la griega y la romana, consideraron la enfermedad como un castigo divino.

### **La mitología y la salud**

El mito intenta dar una explicación de todos aquellos fenómenos que no se entienden fácilmente y la salud es uno de ellos. Algunos dioses de la mitología grecorromana son Apolo, el dios de las bellas artes, de la medicina, del sol y el día; Esculapio, dios de la medicina y la curación; Hygeia, la personificación de la salud y la higiene; Panacea, que simboliza la curación universal gracias a las plantas; Tanatos, hermano gemelo de Hipnos y dios de la muerte.

La muerte es lo único seguro que tenemos en la vida; sin embargo, nuestra cultura aún no la acepta a plenitud así “los dioses” nos hayan permitido cumplir nuestra misión en la vida. En la aplicación práctica, Esculapio trataba la enfermedad para restablecer la salud; Hygeia nos invita en cambio, a vivir las leyes naturales para tener mente sana en cuerpo sano. Esculapio actúa después y salva a uno; Hygeia actúa antes y salva a muchos. La enfermedad, la locura, la fatiga, la vejez y otras situaciones insanas estaban en la caja de Pandora, primera mujer creada por Zeus para introducir los

\* La serpiente acompañante de Asclepio (Esculapio para los romanos) ha sido tema de discusión. Como dios de la medicina apoya su mano sobre la cabeza de la serpiente para indicar su poder sobre el mal. Los dioses dieron a Asclepio dos rémoras de sangre sacadas de Gorgona Medusa, pero mientras la extraída de la mano izquierda curaba, la de la mano derecha mataba: el mismo fármaco puede hacer bien o mal en manos del médico estudioso y dedicado o del ignorante o mal intencionado.

males en la vida de los hombres. La mayoría de los mitos señalan a la mujer como el origen de los males, pero en la caja de Pandora estaba también la *esperanza*.

### **La bioética y la noética médicas**

En los tiempos de Sócrates la medicina no estaba organizada ni reglamentada como profesión. Los conocimientos médicos se heredaban y se transmitían en el grupo familiar. La profesión tenía carácter de secta; era como un sacerdocio profesionalizado aunque también ejercían la medicina curadores empíricos y autodidactas (barberos). La sociedad en general desconfiaba de lo que hacían los médicos. No existían disposiciones que obligaran al practicante a ser responsable de sus actos como sí ocurría en la Mesopotamia. Recordemos que en Babilonia el rey Hammurabi quien reinó unos 1.800 años antes de Cristo, registró en su famoso *Código* los derechos y obligaciones de los profesionales de la medicina.

El juramento hipocrático, tenido como paradigma de ética profesional, no fue tenido en cuenta en la antigüedad. El practicante *motu proprio* asumía responsabilidades —algunas de carácter religioso que ni la sociedad ni el Estado habían fijado— que a su vez señalaban el actuar médico frente al enfermo imponiéndole una suprema regla de moral: *favorecerlo*.

En sus inicios, la ética aplicada en medicina era una ética general u ordinaria que se fundamentaba en un criterio naturalista: curar al hombre técnicamente. En razón a la influencia que ejerció Sócrates en los inicios de la ética podemos decir que fue el gestor de esta ética médica e Hipócrates su partero. Se establece así el papel trascendente que tuvo el pensamiento griego en el advenimiento de la ética médica. La medicina se convierte en profesión según el sentido etimológico del término: *professio*, vale decir, con implicaciones confesionales y teologales; el médico, además de ser un virtuoso técnico debe ser un virtuoso moral. Luego, con el advenimiento del cristianismo se retorna al espíritu filantrópico pues dado que el orden natural viene de Dios y la enfermedad es un desorden, restituir la salud es un acto bueno que viene asimismo de Dios a través de su intermediario: el médico. Este, al ser un enviado divino, debe obrar con sentido sacerdotal y paternalista, actitudes características

de la ética natural, divina o teologal. El Idealismo, la Ilustración, el Romanticismo y el Positivismo son corrientes que le dan firmeza al orden revelado por la razón y que se refleja en la moral positiva.

Voltaire, personificación de la Ilustración, desintegró la fe de muchos en relación con el orden establecido. Por tal razón es considerado como el gran maestro de la duda, el que enseñó a creer sólo en lo que pudiera ser confirmado por los sentidos. Con Voltaire y la Ilustración se derrumba el dogmatismo medieval y se orienta al pensamiento para creer sólo en aquello que pueda ser corroborado por los sentidos.

Emmanuel Kant sembraría la semilla que daría origen al concepto de “derechos humanos”. En efecto, hacia 1785 pone en circulación su imperativo categórico: “Obra de tal modo que la máxima de tu voluntad pueda ser elevada en todo tiempo a principio universal de conducta”. Es decir, “El individuo debe obrar según su voluntad y no por mandatos externos”. Así nace el principio moral de *autonomía*, de tanta importancia en la ética moderna o bioética.

Trasladando estos conceptos al campo de la medicina puede asegurarse que el médico perdió su condición de déspota ilustrado —como lo define el médico y filósofo español Diego Gracia Guillén— y de padre solícito, y el enfermo a su vez ganó su condición de ser pensante y autónomo. Sin embargo, pese a tan radicales cambios en la manera de entender al hombre y a su entorno, esta ética mantuvo su dependencia del orden natural de los griegos y de los teólogos cristianos. Bien lo reitera el doctor Gracia Guillén cuando afirma que durante los siglos anteriores no existió una verdadera ética médica, si por ello se entiende la moral autónoma de los médicos y los enfermos. Existió otra cosa, en principio heterónoma, que puede denominarse *ética de la medicina*.

En 1948 resurgen las verdaderas constantes éticas heredadas del juramento hipocrático, como son el respeto por la vida humana y el propósito de beneficiar al paciente. Van Renseelaer Potter, interesado en la relación del hombre con la tierra, los animales y las plantas, concluyó que la pervivencia del individuo solo podía depender de una ética basada en el conocimiento biológico y en los valores humanos (ética interdisciplinaria). El Informe Belmont orienta a la bioética medicalizada hacia los principios de *autonomía*, *beneficencia* y *justicia*, los



cuales son considerados no como principios morales sino como procedimientos para resolver problemas corrientes. Es la llamada *neoética médica* (Torres, 2006:5).

### **La medicina occidental y la complementaria**

Hipócrates, considerado el padre de la medicina occidental, afirmaba en el 430 AC que el arte de curar se basaba en:

1. Imitar los procedimientos curativos de la naturaleza.
2. Realizar dos procedimientos para curar: por la ley de semejanza (*similia similibus curentur*) y por la ley de contrarios (*contraria contrariis curentur*).
3. Cumplir el primer deber del médico: no hacer daño al enfermo (*primun non nocere*).

Posteriormente, Paracelso (1500) alquimista, filósofo y médico, retomó a Hipócrates y planteó que:

1. La naturaleza da los mejores consejos al médico.
2. La verdadera curación se da por la utilización de los semejantes.
3. No existen enfermedades incurables sino médicos ignorantes.
4. En los reinos de la naturaleza debe existir una sustancia semejante o acorde con el padecimiento.
5. La dosis hace al veneno; sustancias tóxicas en grandes dosis o en dosis mínimas pueden ser grandes remedios.

Bajo estas condiciones se conforma la *medicina occidental o alopática* sustentada por dos grandes pilares: la tecnología y la farmacología. Se la denominó alopática porque se basaba en la aplicación de la “ley de los contrarios” (*alio*, otro, diferente; y *pátheia*, enfermedad). Para la medicina alopática las causas que producen una enfermedad se encuentran en la degeneración del órgano o en la influencia de agentes externos.

Por otro lado, hace doscientos años se desarrolló la *medicina homeopática*, la cual hace parte de las medicinas complementarias. Aunque tuvo su origen en la Grecia clásica permaneció durante siglos en el olvido. Esta medicina se basa en la aplicación de la “ley de los semejantes”. Siguiendo la tradición de Hipócrates, Paracelso y Stahl, Samuel Hahne-

mann (1755-1843) funda la homeopatía. Cuando traducía la *Materia médica* de Cullen (1790) Hahnemann reparó en el hecho de que la quinina, que era utilizada por los indígenas americanos para curar el paludismo, al mismo tiempo intoxicaba a quienes la extraían de la quina y les producía fiebres similares.

Puede considerarse a Hahnemann como uno de los fundadores de la medicina experimental pues ensayaba las sustancias y medicamentos en sí mismo y en sus familiares y amigos. Era preciso primero investigar los medicamentos en individuos sanos para conocer sus efectos en los enfermos. Hahnemann precisaba: “Las propiedades terapéuticas de los medicamentos residen exclusivamente en su facultad para provocar síntomas patológicos en el hombre sano y hacerlos desaparecer en el enfermo”.

Los signos y síntomas desarrollados a partir de la ingesta repetida del tóxico en dosis infinitesimales en personas sanas de distinta raza, sexo y edad, llevó a Hahnemann a diluir cada vez más su materia prima y a observar cambios sutiles: los nuevos síntomas ya no eran lesiones locales graves sino trastornos en la función de algunos órganos o sistemas regionales. A medida que diluía más el “tóxico” advertía síntomas más generales y mentales que abarcaban la totalidad de la salud del individuo, a saber, su forma de actuar y de sentir, su energía o fatiga, su angustia o tranquilidad, su entusiasmo o depresión, su comunicabilidad o indiferencia.

En el ejercicio de la medicina futura, el médico empleará todas las terapias que aprenderá a lo largo de su formación universitaria. Además de la cirugía y los medicamentos alópatas, acudirá a los recursos terapéuticos de la homeopatía, a los fitoterapéuticos y a la acupuntura con la finalidad de restaurar la circulación y armonía de la energía vital. Además incluirá la solidaridad, nacida del más puro amor fraterno como eslabón del profesional con la comunidad. Será una medicina que dará prioridad a la bondad, a la solidaridad, al calor humano y al espíritu. En alguna forma nosotros mismos creamos la enfermedad. Por ejemplo, los celos o la envidia son sentimientos que nos generan una falsa percepción del sentido e interfieren en los movimientos del cuerpo y en su programación interna lo cual afecta al sistema inmunológico (Amit Goswami).

Posteriormente, comenzó a desarrollarse la *medicina vibracional o energética* que al igual que

la homeopatía forma parte de las medicinas complementarias. Consiste en una serie de terapias encaminadas a influir sobre lo que se considera la energía vital y el espíritu el cual, para actuar sobre la materia, requiere una envoltura sutil llamada *peri espíritu* formada de átomos en otro estado vibratorio. De él forma parte el cuerpo vital que corresponde al *chi* de los taoístas, al *prana* de los hindúes, al fluido vital de Hahnemann, a la libido de Freud y Jung, a la bioenergía de Reich, al modelo organizador biológico de Guimaraes Andrade y a los campos mórficos de Rupert Sheldrake. Estas terapias tienen su expresión en los “cuerpos”:

*El cuerpo físico:* Incorpora el conocimiento de que todo vibra, de que todo es vibración. Se experimenta, por ejemplo, con la aplicación de cargas de energía electromagnética dirigidas a la cicatrización de tejidos, a la regeneración celular, a las nuevas técnicas de microcirugía o a la utilización del bisturí de rayo láser. A todo ello se une la toma de consciencia de que a nuestro alrededor existen multitud de radiaciones que nos afectan y que son fuentes de desequilibrio y enfermedad.

*El cuerpo energético:* “Todo elemento vivo está rodeado por un patrón holográfico de energía que aporta información codificada para el desarrollo del embrión y posteriormente del feto, así como una plantilla para la reparación celular en caso de daños infligidos al organismo en vías de formación”.

*El cuerpo emocional:* “El grado en que las personas se vean afectadas por sus deseos y temores determina la extensión y la naturaleza de la expresión de la personalidad del individuo en el plano físico”. Se presentan la *personalidad hipertiroidea*, que define a una persona agitada, nerviosa, temblorosa y angustiada; la *personalidad hipercinética* que se manifiesta en tics, espasmos, etc.; la *personalidad asténica*, con falta de fuerza ante los estímulos; y la *personalidad hipoadrenal* (decaídos, flojos, sin fuerza, sin ánimo para afrontar la vida).

*El cuerpo mental:* La psicología ha identificado tres grandes aspectos en los que se manifiesta nuestra mente si bien a lo largo de su desarrollo histórico se han movido las líneas que delimitan unos de otros e incluso han cambiado las definiciones con las que se les conocían. Estos aspectos son el consciente, el inconsciente y el subconsciente y es el cerebro el órgano que posibilita su manifestación.

Una tendencia reciente que surge con el advenimiento de la *nueva era* es el *holismo*. Se está pasando de un disciplinarismo reduccionista a un holismo simplista. Dicen los nuevos holistas: “Todo está relacionado con todo”; y efectivamente, todo está relacionado con todo, pero decir esto no nos saca del atolladero epistemológico en que nos encontramos. Lo importante y urgente es encontrar las metodologías que nos permitan determinar el tipo de relaciones entre los factores, los elementos y las variables que caracterizan cada sistema abierto representativo de algún problema por resolver. Es importante resaltar la necesidad de desarrollar una nueva capacidad de percepción holística complementaria de la percepción dominante y disciplinaria, que estructure un lenguaje más holístico y combine lo que se pueda decir con lo que se pueda hacer y con lo que se pueda comprender, para que al percibir distinto sintamos y actuemos de forma diferente.

La teoría de la información parece estar en el centro de varios desarrollos interesantes: 1) El “*binary digit* o *bit*”, se encuentra en el centro de todo el proceso de *digitalización* en el que la humanidad se encuentra empeñada. 2) El descubrimiento del código genético es en última instancia la revelación de que la información se copia o reproduce en la descendencia de los organismos vivos. 3) La primera ley de la teoría de la información formulada por Shannon. Es algo así como la otra cara de la segunda ley de la termodinámica, de tal manera que la entropía y el nivel de información de un sistema están en relación inversa: un sistema vivo posee grandes niveles de información y de organización de tal manera que cuanto más complejo se torna más *neguentropía* contiene. Según Schrödinger, los organismos vivos parecen escapar a la ley de la entropía.

Como decía Hipócrates: *primum non nocere* (ante todo no hacer daño) y *vis medicatrix naturae* (respetar el poder curativo de la naturaleza). En los tratamientos de enfermedades crónicas es claro que la medicina convencional ha fracasado estruendosamente en ambos aspectos. Con el enfoque holístico se supone que el cuerpo puede y quiere curarse. La energía espiritual afecta las emociones y a su vez estimula los procesos curativos innatos del cuerpo. No hay ninguna separación entre la mente y el cuerpo. Por otra parte, las creencias del profesional de la salud influyen mucho en las fuerzas naturales curativas del paciente.

El cuerpo, en realidad, tiene un deseo natural de estar saludable. Esta condición requiere una mínima cantidad de gasto de energía, cualidad que se denomina en medicina *homeostasis* o mecanismo de autorregulación. Cuando el cuerpo pierde el equilibrio tiende a regresar a su estado natural de equilibrio y salud. Como decía Hipócrates: *lo que cura es la naturaleza; los médicos simplemente ayudan a crear las circunstancias o ambientes correctos para que este principio opere sin ningún impedimento.*

Probablemente, la implicación más importante para nuestra salud es que nuestra conciencia, expresada como *intención* y la *energía del campo aural* que resulta de esa intención, son los factores fundamentales para nuestra salud o enfermedad. Esto significa que nuestras intenciones, tanto conscientes como inconscientes, y la manera como se expresan nuestros *pensamientos, sentimientos y acciones* son factores de primer orden en nuestro estado de salud. Cualquier problema físico no es más que la manifestación externa de la auténtica enfermedad la cual se halla dentro de la conciencia. Esto último establece el planteamiento materializado de enfermedad.

Cada parte de nosotros contiene la pauta completa de nosotros. Esto se expresa en el mundo físico en nuestros genes. En ellos, *cada célula contiene toda nuestra estructura genética.* Con el tiempo, tal vez sea posible clonarnos a partir de una sola célula. En el nivel energético, la pauta de energía en el campo aural de cada célula contiene nuestra pauta completa de salud. Luego, podemos aprovechar esa pauta para restablecer nuestra salud. Solo necesitamos una célula sana para hacerlo.

Cada aspecto es individual y no idéntico a cualquier otro. Hay un experimento que demuestra que la luz es tanto una partícula como una onda energética. Sin embargo, otro experimento demuestra que las partículas no actúan como cosas, son más bien “eventos individuales de interacciones”, que son básicamente energía. Por lo tanto, cada aspecto del universo es una onda energética o una partícula individual de energía.

### ***La necesidad de un cambio de paradigma***

El contexto actual del mundo según Max Neef se despliega en sus personajes e instituciones

bajo dos valores fundamentales: la codicia y la mentira. Vivimos en una situación en la que casi podemos asegurar de antemano que muchas de las grandes autoridades desde el momento que comienzan a hablar ya están diciendo mentiras. Pero quienes mienten tienen poder y de hecho lo ejercen y al ejercerlo se coarta lo que los demás como profesionales pueden hacer y sobre todo decir: por ejemplo, en la investigación como compromiso social.

Giovanni Bernardone o Francisco de Asís describía el mundo como uno en el cual el amor no solo era posible sino que tenía sentido universal. Maquiavelo en cambio, nos advierte que es mucho más seguro ser temido que amado. En el año 1600, Giordano Bruno arde en la hoguera víctima de su panteísmo puesto que creía que la tierra era vida y tenía alma. Para él todo era manifestación de la vida; todo era vida. Por otra parte, Descartes, Galileo y Newton pregonan la ciencia positivista.

Lentamente comenzamos a darnos cuenta de que nuestra relación con la naturaleza es importante pero los resultados son los de un ser incompleto. Necesitamos aprender a comprender. Necesitamos personas que hayan sido formadas de una manera distinta, con capacidad transdisciplinaria que les posibilite comprender los fenómenos. Nos inundan los feudos monodisciplinarios aunque desde hace ochenta años la física cuántica nos está mostrando que el mundo es completamente distinto de lo que nosotros queremos creer. El mundo obedece a una visión sistémica, holística y relacionada. La nueva realidad ya no se sustenta en la materia; lo material está determinado en última instancia por el modo como miramos el mundo. ¡Cada persona consiste en todas las otras personas!

Es tremendamente maravilloso el que todos estemos relacionados con todos; que todos seamos una parte inseparable de un todo; que nuestra conciencia sea creadora de realidad. En primer lugar, debemos cambiar personalmente para aceptar la perspectiva holográfica. Esto pone a prueba nuestra sensación de identidad y requiere grandes dosis de autorresponsabilidad. Nos exige compromiso con lo que hacemos, tanto a nosotros mismos como a los demás. En el ámbito de la salud, nos hace responsables de nuestra salud y al mismo tiempo nos proporciona unos recursos ilimitados con los cuales hacerlo. En este estado de nuestro desarrollo, nos resulta imposible imaginar el enorme poder, el co-

nocimiento y la energía potencial que nos aguardan dentro de esa realidad principal.

Tenemos en nuestro interior un prodigioso sistema de control y equilibrio que ha sido diseñado para mantener nuestro campo aural y nuestro cuerpo físico en perfectas condiciones de funcionamiento. Este sistema sostiene nuestro modelo personal de integridad. Cada vez que se desequilibra algo en nuestros cuerpos energéticos o en nuestro cuerpo físico el sistema se esfuerza automáticamente para restablecer el equilibrio.

La mayor parte de él funciona por debajo del nivel de nuestra conciencia. La sabiduría almacenada en nuestra mente subconsciente es probablemente mayor de lo que creemos. A este sistema se lo denomina de distintas maneras: sistema homeostático; sistema de adaptación; sistema de equilibrado; sistema de autocontrol y restauración.

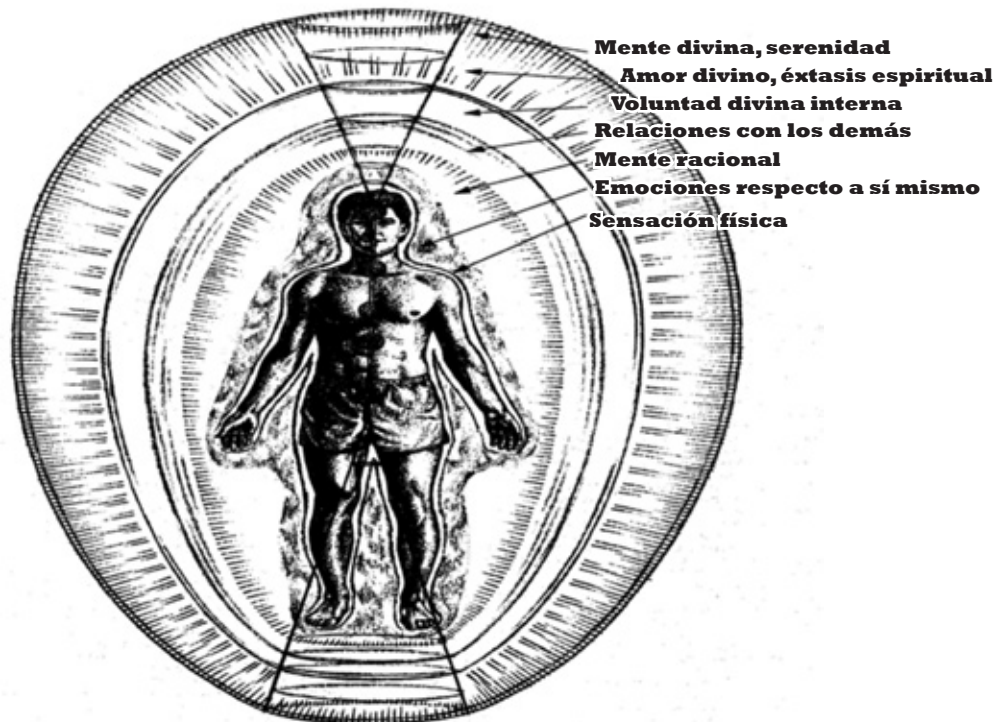
El sistema de equilibrado es un campo morfológico basado en el principio vital universal de orden que se deriva de la metafísica y del modelo holográfico. La evolución construye continuamente formas de vida cada vez más complejas y evolucionadas, con una inteligencia y unas aptitudes cada vez mayores. Esta construcción continua requiere orden y equilibrio dentro de cada sistema más com-

plejo. En cada organismo vivo hay una predisposición al equilibrio y al orden en lo concerniente a los campos energéticos. Esto supone una predisposición al equilibrio y a la coherencia dentro de su campo. Además, significa que su campo tiende naturalmente a la sincronización con todos los campos de energía vital. La naturaleza básica de nosotros es la de estar sincronizados con toda la vida.

El sistema de equilibrio ayuda a cuidar mejor de nosotros mismos en todos los niveles. Cuando se hacen, se sienten o se piensan cosas que no son saludables su sistema de equilibrio envía mensajes para convencernos de adoptar una conducta más saludable en todos los aspectos de la vida, entre ellos las relaciones personales, la profesión, el entorno y la espiritualidad.

Estos mensajes proceden de los demás niveles del campo aural y se perciben como simple sensación de molestia. La molestia o el dolor psicológicos parten de un desequilibrio en los niveles asociados a su funcionamiento psicológico (los niveles dos y tres). El dolor o la incomodidad en las relaciones procederán de un desequilibrio en el nivel cuatro y el trastorno o dolor espiritual se derivará de un desequilibrio en los niveles cinco, seis y siete (ver figura de los siete niveles del campo aural).

### Los siete niveles del campo aural



## **Bibliografía**

- Largo, Uriel. 2003. Calidad de vida y salud: Problemas actuales en su investigación. Conferencia curso Fundamentos de Bioética. Especialización en Bioética. Escuela de Salud Pública. Universidad del Valle. Cali.
- Vélez, Luis A. 1996. Ética Médica. Corporación para investigaciones biológicas. Segunda edición. Medellín.
- Gómez, Ana y Maldonado, Carlos. 2005. Bioética y Educación. Centro Editorial Universidad del Rosario. Editores. Bogotá
- Gracia, Diego. 1998. Ética y Vida 1: Fundamentación y enseñanza de la Bioética. Editorial El Búho Ltda. Bogotá
- Ayllón, José. 2001. Ética Razonada. Ediciones Palabra S.A. Tercera Edición. Madrid
- Peña, Beatriz. 2001. Memorias: Cátedra Manuel Ancizar: Ética y Bioética. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá
- Max Neef, Manfred, 2007. Conferencia “La transdisciplinariedad en la investigación social. XVIII CECIM – Congreso Estudiantil Colombiano de Investigación Médica- Cali.
- Torres, Fernando. 2006. Conferencia “Evolución de la ética: cómo ha cambiado desde Hipócrates hasta hoy”. Reflexión en el 1ª Simposio de Ética del Centro Médica de Imbanaco. Cali.
- Garcés, Juan M. 2006. Conferencia “El Paradigma Disciplinario y su superación: Modernidad y Globalización, Cali.
- Guzmán, Ney, 2009. Conferencia “La nueva energía, entramados de conciencia, evolución multidimensional”, Cali.
- Gispert, J. 2005. Conceptos de bioética y responsabilidad médica, México.



# El generoso regalo de la violencia simbólica

Myriam Bermeo de Rubio\*

## Resumen

Las diversas organizaciones sociales a las cuales pertenece el ser humano y en las que se mueve permanentemente, se encuentran inmersas en el reino de lo simbólico y cada persona, al hacer uso de diversos símbolos de manera muy sutil y en repetidas ocasiones ejerce un tipo de violencia llamada por Bourdieu (1999c:173) *violencia simbólica*.

Una de las instituciones en las que soslayadamente se ejerce este tipo de violencia por ser aquella en la que se aprovecha la *educabilidad* del hombre para transformarlo de acuerdo con el capital social, económico y cultural que dispute su *poder* en dicho lugar, es la escuela media y universitaria a través de un currículo tácito que resulta ser *oculto*. Sin embargo, dicha agresión termina siendo aceptada por las personas sobre las cuales se realizan las acciones violentas y hasta considerada un generoso regalo que produce sentimientos de gratitud y afecto.

El presente ensayo procura evidenciar de un lado, la violencia simbólica generada en la universidad mediante el desarrollo de un currículo formal y de uno que se le contrapone dentro de los planes de estudio específicos: el currículo oculto; y de otro lado, hacer patentes algunas de las razones de su aceptación cotidiana a partir de los diversos actores que le dan vida en el *campus*. Además, se aportarán algunas reflexiones al respecto desde el punto de vista ético y moral.

## Palabras clave

Violencia simbólica, educabilidad, ser humano, poder, universidad, currículo, capital, campus, ético, moral.

## Abstract

The various social organizations to which human being belongs and performances every day are immersed in the *kingdom* of Symbolism and each person, as they used the different symbols subtly, exerts some form of violence called by Bourdieu, 1999c:173 : Symbolic Violence.

One of the institutions in which obliquely this form of violence is exerted, for being in which man's educability takes advantage, to pretend transform it according to the social, economic and cultural capital that disputes its power in that place, are the high school and universities through a tacit curriculum that ends up being hidden. However, that aggression ends up being accepted by people in which the violent actions are performed and even considered a generous gift that produces thankful and loving feelings.

This essay procures make evident *the symbolic violence* generated at the university and some of the reasons of its daily acceptance, from the several actors that give life at the *Campus* by the development of formal curriculum and other one that contrasts under plans of specific studies: the hidden curriculum; providing some reflections to it, from the ethic and moral point of view.

## Keywords

Symbolic violence, educability, human being, power, university, curriculum, campus, ethic, moral.

## Introducción

Las diversas organizaciones sociales a las cuales pertenece el ser humano y en las que se mueve

---

\* Odontóloga. Docente universitaria en ética y bioética. Miembro del Comité de Ética y Bioética de la Universidad Santiago de Cali.

permanentemente, se encuentran inmersas en el reino de lo simbólico y cada persona en el diario vivir, de manera consciente e inconsciente hace uso de estos símbolos: una hermosa flor, una caricia o un guiño de ojo para expresar afecto, amor o simple complicidad; porque “dar es también un modo de poseer, una manera de atar a otro ocultando el lazo en un gesto de generosidad.” Esto es lo que Bourdieu describe como “violencia simbólica” en contraste con la violencia abierta del usurero.<sup>1</sup>

En las instituciones educativas como la universidad la disposición del ser humano para ser educado unida a las representaciones sociales construidas en su vivencia y guiadas por lo afectivo de su subjetividad, ejercen en él este tipo de violencia según el poder económico, político, cultural o social que requiera el capital dominante en el lugar y cambian en esta persona su manera de ser y de pensar.

Pero lo hacen de una manera sutil y dulce, difícil de identificar mediante el sentido común de las cosas. Logran el consenso y aceptación general sin ser valoradas como lo que realmente son: un tipo de violencia, a saber, la violencia simbólica. Esta, según la psicopedagoga clínica Laura Gutman, puede ser mucho más letal de lo que pueda imaginarse puesto que al no poder ser identificada fácilmente es casi imposible hacerle resistencia a tiempo. Es como si habláramos de enfermedades físicas graves que no son valoradas tempranamente y al carecer de un diagnóstico precoz resultan generalmente mortales.

Irónicamente, las relaciones de poder mencionadas inicialmente son aceptadas como evidentes e incuestionables y generan en muchas situaciones sentimientos de gratitud y afecto para luego convertirse en el generoso regalo de la violencia simbólica sobre el cual el presente ensayo procurará dar razón en virtud de las experiencias, las vivencias y las diversas dinámicas generadas en el campus universitario a través de los currículos y de las diversas actitudes de cada uno de los actores del medio.

Los diversos tipos de currículos que orientan la acción de los planes de estudio contienen de manera explícita en el currículo formal la filosofía del campus e implícitamente “la imposición por parte de los sujetos dominantes a los sujetos dominados de una visión del mundo, de los roles sociales, de

las categorías cognitivas y de las estructuras mentales” (violencia simbólica) en el significativo y bien llamado *currículo oculto* que será punto clave en la sustentación de lo que aquí se postula.

Una vez manifestados algunos tipos de *violencia simbólica* en la universidad y algunas de las razones de su aceptación cotidiana, se presentarán autorreflexiones que revisarán principios, virtudes y valores éticos y morales en el marco de una reflexión colectiva que busca un mejor vivir, donde la transparencia de nuestras actitudes evite al máximo la manipulación de los seres humanos en el mundo de lo simbólico y de lo material.

### **Algunas evidencias de violencia simbólica**

“Los barrios y las escuelas son dos ámbitos en los que se ejerce de modo especialmente intenso y sutil la violencia simbólica”<sup>2</sup>. Los *lugares* donde se desarrollan las actividades humanas con sus espacios físicos y mentales correspondientes a quienes los habitan y a los que se incorporan los primeros, producen unos efectos y legitiman los diversos capitales que se van incorporando en las relaciones de poder. De ahí que el alma mater universitaria sea considerada un vasto *campus* donde se encuentran muchas zonas vedadas a las que por respeto, imposibilidad física, intimidación o temor no puede accederse. Se produce entonces, un conocimiento que confronta al cuerpo mismo y media para experimentar vivencias individuales y colectivas que van dando nueva forma al ser.

“La fuerza simbólica, como la de un discurso performativo y en particular una orden, es una forma de poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos y de un modo que parece mágico al margen de cualquier coerción física”<sup>3</sup>. El poder de la palabra que cobra valor en los *campus* con los discursos y los debates y que ejerce violencia simbólica sobre los cuerpos y sobre las mentes, especialmente en las aulas de clase, auditorios, laboratorios, clínicas, etc., por parte de los profesores (dominantes por poseer el capital histórico-cultural del conocimiento) genera en los estudiantes (dominados por no poseerlo supuestamente) la reacción de aceptación tácita de los argumentos, aceptación que no necesariamente es voluntaria. Todo intercambio lingüístico contiene la virtualidad de un acto de poder, especialmente cuando se produce entre “agentes que ocupan posiciones asimétricas



en la distribución del capital pertinente” (Bourdieu-Wacquant, 1992: 118-120).

El acceso a la expresión y a la forma de expresión en lo que tiene que ver con el lenguaje y el valor de la opinión, son regulados por los mismos estudiantes (de dominados pasan a ser dominantes) dando lugar así a la censura y a la autocensura que abre el espacio para que puedan hablar quienes ejercen el poder y para que callen quienes se considera no deben hablar. En muchas ocasiones estos sujetos dominados son las mujeres, quienes deben pelear por este derecho a la participación cada vez más evidente. La importancia del mensaje radica no tanto en lo que se dice como en quién lo dice. Por la autocensura y el temor, muchos estudiantes prefieren no exponer sus ideas brillantes y sus conceptos innovadores ya que tienen la certeza de que no van a ser legitimados por el grupo en cuestión. “La competencia lingüística no es una simple capacidad técnica sino también una capacidad estatutaria [...] El acceso al lenguaje legítimo es desigual y la competencia teóricamente universal y tan liberalmente distribuida a todos por los lingüistas, es en realidad monopolizada por algunos” (Bourdieu-Wacquant, 1992: 122).

La educación formal e informal en las escuelas y universidades con sus respectivos planes de estudio y sus currículos, es expresión de la provechosa *educabilidad* del hombre en cuanto a su socialización, condicionamiento y adoctrinamiento se refiere. Proporciona el espacio adecuado para el ejercicio de la *violencia simbólica* conceptualizada como sutil, persistente y orientada a producir un *habitus* o proceso de interiorización de las nuevas representaciones sociales adquiridas por cada individuo en su colectividad mediante los símbolos del capital o poder imperante.

“Por su naturaleza social, ninguna definición curricular es neutral o independiente en lo ético y en lo político, como tampoco puede ser algo distinto a una expresión y representación de una determinada ideología dominante”.<sup>4</sup> El diseño curricular establece sus límites a partir de la visión y la misión institucionales hasta las diversas interpretaciones, acomodaciones representativas, simbólicas y estructurales que le dan cada uno de los docentes y estudiantes. Las primeras directrices quedan enmarcadas dentro del currículo formal y las siguientes dentro del currículo real (el que realmente se lleva a cabo) desde donde emerge el *currículo oculto*.

El currículo oculto involucra una actividad global interna y externa del ser humano compuesta por valores, actitudes, prejuicios y comportamientos que subyacen al proceso pedagógico y que no necesariamente son reconocidos por los docentes pero sí por los estudiantes. De ahí su importancia ya que por el ejemplo, por lo que observan y no por lo que sus profesores refieren tácitamente, adoptan posiciones básicas para su proyecto de vida. La experiencia presenta en los perfiles profesionales de cada institución y de cada programa o plan de estudio características muy similares en lo actitudinal y en lo ético y lo moral al de los intelectuales y expertos responsables del desarrollo curricular en el tiempo y en el espacio de la interrelación simbólica del docente-estudiante en el quehacer cotidiano.

Por otro lado, “es imposible pensar las normas sin que lleven implícitos valores y principios, asociados directamente por el grupo que las formuló”.<sup>5</sup> En todos los grupos sociales hay dificultades para encontrar puntos de partida que conduzcan a la toma de decisiones, por la gran diversidad de códigos morales de los sujetos implicados, establecidos previamente y con la jerarquía que cada uno reclama.

### **Algunas razones para la aceptación de la violencia simbólica**

“La violencia simbólica, esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas expectativas colectivas y en unas creencias socialmente inculcadas, transforma las relaciones de dominación y de sumisión en relaciones afectivas y al poder en carisma”.<sup>6</sup> La generosidad, expresada en permanentes o esporádicas dádivas que no es posible devolver de la misma manera o en el mismo tiempo y espacio por la persona receptora, se convierte en una deuda que enlaza y produce sentimientos de gratitud y afecto hacia la persona donante y establece relaciones basadas en creencias y prejuicios que la sociedad ha legitimado desde generaciones pasadas basándose en representaciones sociales de grupos dominantes.

En la *reproducción* (Bourdieu y Passeron, 2002) Bourdieu argumenta que los sistemas simbólicos realizan tres funciones interrelacionadas pero diferentes: conocimiento, comunicación y diferenciación social. Por lo tanto, al ser instrumentos de comunicación y de dominación hacen po-

sible el consenso lógico y moral al mismo tiempo que contribuyen a la reproducción del orden social (Bourdieu, 1971<sup>a</sup>. 1977b.; Swartz, 1997 82-83). El orden social se reproduce en la familia, en la escuela, en la universidad y en las leyes y parámetros establecidos por cada sociedad aunque estos sigan violentándose y produciendo violencia en el reino de lo simbólico.

“Cualquier tipo de capital puede convertirse en capital simbólico cuando es percibido por agentes sociales dotados de un *habitus* capaz de conocerlo y reconocerlo, de conferirle algún valor”.<sup>7</sup> El hecho de nacer y llegar a hacer parte de una familia genética, cultural o social, conlleva la aceptación involuntaria y tácita de múltiples razonamientos, acuerdos y valoraciones que mientras no exista un desarrollo moral y paralelamente un desarrollo cognitivo, no van a ser cuestionadas. Una vez se adquiere cierto desarrollo, los cuestionamientos serán resueltos a favor del orden social simbólico legitimado en dicha familia y no requiere explicitarse o dar razón por responder a capitales reconocidos previamente.

Las condiciones sociales son reproducidas por el quehacer pedagógico y dentro de sí mismo, los elementos generadores de la *violencia simbólica* contenidos en los juicios de los profesores, en sus intimidaciones, las adaptaciones de los estudiantes y en la concordancia mental entre ambos. “Lo que explica la *violencia simbólica* de un acto de intimidación verbal es el *habitus*, las disposiciones inculcadas en el agente por los aspectos insignificantes de la vida cotidiana, en el comportamiento corporal o en los múltiples modos de ver las cosas o hablar de ellas.” (Bourdieu, 1991b:43)

Lo afectivo de nuestra subjetividad, reconoce individualmente nuevos mensajes y nuevos conceptos. Se involucra con nuevas representaciones sociales que mediante procesos de objetivación y anclaje le permiten hacer parte de un intra y un exogrupo por mecanismos distintos (Mugny, Kaiser, Butera y Pérez, 1991) en los cuales los comportamientos y representaciones conscientes son inseparables de una multiplicidad de códigos simbólicos que dan lugar a las actitudes y prácticas sociales. “Los seres humanos no tenemos control sobre las producciones emocionales de nuestra experiencia, solo sobre nuestro comportamiento que con gran frecuencia, es inseparable de una intencionalidad volitiva cargada de subjetividad”.<sup>8</sup>

## Reflexiones finales desde el punto de vista ético y moral

Los seres humanos hemos ido ganando batallas en la lucha por la defensa de nuestros derechos más básicos (los fundamentales). Por tal razón combatimos por conservarlos e impedir que las diversas luchas de poderes y capitales que se movilizan en el *mundo de lo simbólico* nos hagan (inconscientemente) renunciar a ellos.

Por lo tanto, para recuperar la justicia y la equidad, es de vital importancia establecer una adecuada comunicación entre las partes para lograr consensos acerca de lo que se debe enseñar y lo que se debe aprender en la vida universitaria y fuera de ella. “[...] de modo que los consensos y los acuerdos alcanzados sean reconocidos con validez objetiva, entendida esta como una objetividad intersubjetiva.”<sup>9</sup> “Se ha planteado la importancia que tiene la búsqueda de consensos sobre los modos de actuar, la permanente reflexión y la observancia de las prácticas”.<sup>10</sup>

La educación no debe ser un negocio sino un generoso regalo desprovisto de todo tipo de violencia, que aproveche la educabilidad del hombre para encaminarlo por un proyecto de vida que lo haga feliz y libre de prejuicios y con el que logre una real libertad moral.

El quehacer pedagógico debe dar al estudiante la oportunidad de estructurar su experiencia educativa paralelamente a la construcción de sus valores de solidaridad, lealtad, veracidad y honestidad, en un mundo donde los símbolos del poder político, cultural, ético y social, violentan los parámetros mínimos de convivencia armónica en el núcleo familiar, en la calle, en el barrio y en la universidad. Así mismo, debe ejercitarse en las vivencias grupales, en la autoevaluación y en la coevaluación objetiva y crítica de sus pares.

“Toda organización formal e informal de la institución educativa está conscientemente dirigida a producir efectos formativos e ideológicos en los estudiantes”.<sup>11</sup> Procuremos entonces, que tales efectos lo formen como un ser autónomo con capacidades racionales críticas, capaz de adquirir hábitos de trabajo y de establecer relaciones sanas y estables con las personas que lo rodean a pesar de las posibles diferencias y falencias que pueda encontrar en ellas.

Los profesores debemos mantener una sólida y actualizada preparación académica acorde con el

momento histórico y una innegociable actitud ética ante el clientelismo con los estudiantes, ante la manipulación consciente, ante el autoritarismo, el tratamiento injusto y el favoritismo que imposibilitan en el estudiantado el reconocimiento de la verdadera dimensión comunitaria o social del proceso educativo. Quienes son indiferentes a estas necesidades generalmente exigen más de lo que dan.

Las mujeres no necesitamos continuar la pelea por derechos que de hecho nos pertenecen. Solo necesitamos estar ante cada persona, en cada campo y ante cada situación con la cabeza muy en alto, en disposición permanente de ofrecer lo mejor de nosotras y de cumplir a cabalidad con las nobles misiones que nos ha encargado la vida.

Teniendo en cuenta que el currículo oculto basa su efectividad en la percepción de quien lo padece para reproducirlo y que la experiencia y las estadísticas muestran que perdura en el tiempo con toda su carga axiológica e ideológica, puede aprovecharse como mecanismo de anclaje y de supervivencia de todo aquello que esperamos obtener de nuestros estudiantes.

El reconocimiento por parte de los profesores y los directivos de las instituciones educativas de la gran importancia que tiene el currículo oculto en cuanto a su eficacia para transmitir valores, actitudes y comportamientos éticos y morales con el ejemplo, que forme personas integrales y profesionales íntegros, abriría una gran brecha y derribaría muchos árboles en el bosque de la violencia simbólica y dejaría de dar aplicabilidad al adagio popular y sabio: *Lo que haces no me deja escuchar lo que me dices*.

## Bibliografía

- 1 Fernández J. Manuel, "La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica" Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 18 (2005):7-31.
- 2 Fernández J. Manuel, "La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica" Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 18 (2005):7-31.
- 3 Fernández J. Manuel, "La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica" Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 18 (2005):7-31.
- 4 Arnaz A, José: "La planeación curricular". Edición Trillas, 1989
- 5 Medina Ana, Mazola Elena, "Comités de ética-bioética en la institución universitaria: análisis del caso en la Universidad Nacional de San Luis", Fundamentos de humanidades, universidad de San Luis- Argentina, Año VIII – Número II (16/2007) pp. 97/112.
- 6 Fernández J. Manuel, "La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica" Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 18 (2005):7-31.
- 7 Fernández J. Manuel, "La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica" Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 18 (2005):7-31.
- 8 González Rey Fernando Luis, "La significación de Vygotski para la consideración de lo afectivo en la educación: las bases para la cuestión de la subjetividad" Vol. 9 número especial pp. 1-24, publicado el 15 de Noviembre 2009
- 9 Medina Ana, Mazola Elena, "Comités de ética-bioética en la institución universitaria: análisis del caso en la Universidad Nacional de San Luis", Fundamentos de humanidades, universidad de San Luis- Argentina, Año VIII – Número II (16/2007) pp. 97/112.
- 10 Medina Ana, Mazola Elena, "Comités de ética-bioética en la institución universitaria: análisis del caso en la Universidad Nacional de San Luis", Fundamentos de humanidades, universidad de San Luis- Argentina, Año VIII – Número II (16/2007) pp. 97/112.
- 11 Arnaz A, José: "La planeación curricular". Edición Trillas, 1989
- 12 Fernández J. Manuel, Cuadernos de Trabajo Social vol.18 (2005): 7-31. La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica.
- 13 Fernández González, A.M. (2000). La competencia comunicativa del docente: exigencia para una práctica pedagógica interactiva con profesionalismo. *Contexto Educativo- Revista digital de Educación y Nuevas Tecnologías.*, 10 consultado el 29/11/2010 en <http://www.contexto-educativo.com.ar/2000/8/nota-05.htm>
- 14 2002<sup>a</sup> Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario, 3<sup>a</sup> edición, Anagrama, Barcelona.

- 15 Bourdieu, Pierre, y Passeron, J.C. (2002) La reproducción, Elementos para una teoría del sistema de enseñanza, Editorial popular, Madrid.
- 16 Díez Gutiérrez (2007). La comunicación en el aula. Consultado el 2/11/2001 en <http://www3.unileon.es/dp/ado/ENRIQUE/practicu/Comunicar.htm0>
- 17 Bilbeny, Norbert. La revolución de la ética. Hábitos y creencias en la sociedad digital. Barcelona, Editorial Anagrama, 1997.
- 18 Bioética Selecciones, Revista # 1. Instituto de Bioética-Cenalbe. Santa Fe de Bogotá, Editorial Gente nueva, 2002.
- 19 Cely Galindo, Gilberto. La Bioética en la sociedad del conocimiento. Santa Fe de Bogota, 3R editores, 1999.
- 20 Cely Galindo, Gilberto. Dilemas bioéticos contemporáneos. Santa Fe de Bogota, 3R editores, 2002.
- 21 Cenalbe-Felaibe. 2º Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Memorias. Tercer Mundo Editores. Santa Fe de Bogotá, 1999.

# Del tejido social vallecaucano en el siglo XIX

Luis Antonio Cuéllar\*

El tejido social de una región está constituido por su grupo humano y su relación con el entorno natural físico, geográfico, hidrográfico, los recursos naturales agropecuarios y mineros, sus climas y cultivos; es decir, con todos los objetos naturales que el sujeto cognoscente puede transformar en objetos culturales para el progreso y desarrollo de la humanidad. En nuestro caso, dicho tejido lleva el sello inconfundible de la religión y la política europeas –particularmente de la Corona española– signadas por la cruz y la espada conquistadoras.

Conviene advertir desde ahora la desigualdad sociológica, intelectual y religiosa entre los españoles y los pueblos de las Indias (como se denominó entonces al continente americano después del descubrimiento) durante la conquista y la Colonia.

El descubridor, Don Cristóbal Colón confirma este aserto valorativo cuando opina sobre las características del aborigen primitivo en su diario de viaje: “...eran seres ingenuos, hermosos de cuerpo y algo cobardes, hasta el punto de que cincuenta de ellos no osaban hacer frente a un español”; y más adelante sugería al Rey “...que estos indios serían excelentes servidores del Rey; por tratarse de elementos bien dispuestos para aprender lo que se les enseñase y que podrían ser buenos remeros en sus galeras”, con lo cual señalaba no solo la candidez de los indios y su dócil condición, sino también que podrían ocuparse en “trabajos útiles”, es decir, evidenciaba en su informe la conveniencia de utilizar a los indios como siervos de la Corona española al ponderar sus condiciones personales para el trabajo. Con ese criterio ejerció el poder en la isla de Santo Domingo como su gobernador, razón por la

cual se puede decir hoy que la isla fue un laboratorio político administrativo de la Colonia en donde se sembró la animadversión del nativo contra la etnia española por los desafueros e injusticias que allí se cometían.

En efecto, fue en Santo Domingo donde Colón adoptó algunas medidas con respecto a los indígenas que fueron de gran trascendencia para el futuro de América. Entre los años de 1495-1496 dispuso, por ejemplo, que los indios de Cibao y Vega Real pagaran cada tres meses un tributo al Rey “consistente en una cierta cantidad de oro”. Así fue como esta clase de censo se impuso primero en la isla para luego extenderse a todos los territorios de las Indias que estaban bajo el dominio español. Este tributo lo pagaban obligatoriamente los indios mayores de 14 años y si la región no contaba con minas de oro su pago se hacía efectivo en algodón.

Entre los años de 1497 y 1499 Colón dictaminó que los indios debían ayudar a los españoles en sus tareas agropecuarias en los “repartimientos” de tierras entregadas para su explotación a los conquistadores españoles. De este modo, cada español que se radicó en la isla recibió un grupo de indios cuyo número variaba según sus merecimientos e influencias.

Estos repartimientos se hicieron primero por costumbre pero luego se convirtieron en una exigencia ineludible ya que les proporcionaba mano de obra gratuita y de hecho los convertía en “señores de indios”, más que en empleadores de asalariados. Sobre este sistema el historiador mexicano Silvio Savala apunta: “Su finalidad era llenar la necesidad de mano de obra de las empresas agríco-

---

\* Abogado. Profesor universitario. Vicepresidente de la Academia de Historia del Valle del Cauca.

las y mineras de los colonos y de la Corona; jurídicamente se caracterizaba por ser un sistema de trabajo forzoso sin contrato de salario”.

Todas estas contingencias político administrativas de la conquista española y las arbitrariedades e injusticias de los conquistadores dieron origen a las *Leyes de Indias*, que el rey desde la metrópoli quiso imponer allende los mares en los territorios de América. Ello resultaba casi imposible ya que existían las denominadas “Leyes de Castilla” (región de donde era originaria la Reina Isabel, con quien Sebastián de Belalcázar tuvo más acercamiento) y las leyes de León (de donde era oriundo el Rey Fernando) lo cual permitía a los conquistadores aplicar la que más conviniera a sus intereses personales. De las leyes establecidas por los reyes españoles se decía entonces en Indias: “Se obedecen pero no se cumplen”.

Este ensayo tiene entonces por objeto: 1) tratar sobre las costumbres de los habitantes de la Nueva Granada y en forma especial de los pobladores de la Gobernación del Cauca —a la cual pertenecía el territorio del Valle del Cauca con sus cuarenta y dos municipios— a principios de la década de 1800; 2) conocer las relaciones existentes entre sus pueblos primigenios; 3) considerar su comercio, los medios de transporte de que disponían y la importancia del río Grande (actualmente el río Cauca); 4) analizar los efectos de la mezcla entre los españoles y la etnia indígena que originó el mestizo; entre españoles y negros cuyo resultado fueron los mulatos y de estos con los indígenas dando así origen a los zambos.

Los españoles no solo trajeron animales y plantas, establecieron pequeñas industrias, enseñaron el uso de nuevas herramientas y aplicaron sus armas de fuego y sus armas blancas en la guerra, sino que también impusieron las costumbres sociales, las creencias religiosas —como la religión cris-

tiana dirigida por la Iglesia Católica en cabeza del Papa— y los sistemas políticos propios de Europa.

Los Reyes Católicos Don Fernando y Doña Isabel tuvieron el privilegio histórico de haber auxiliado al navegante Don Cristóbal Colón para emprender el descubrimiento de una nueva ruta hacia el Occidente en busca de la India. Aunque no se logró el objetivo propuesto inicialmente, el éxito de este viaje encumbró a la Corona española en el más alto nivel político y económico del mundo, y como la expulsión de los moros que habían invadido 800 años antes los territorios de la península ibérica se había logrado, el empeño de España y de sus ejércitos estaba cifrado ahora en la propagación y defensa de la fe católica, cuyas doctrinas chocaban fuertemente con las cosmogonías originales de las tribus indígenas que habitaban los territorios recientemente descubiertos. Estos pueblos aborígenes tenían sus propios dioses y llevaban a cabo una serie de cultos en su honor. Esta confrontación religiosa jugó un papel especialmente relevante en la conformación del tejido social, como se verá cuando analicemos la participación de la Iglesia Católica en Cali hacia el año de 1810.

Los obispos eran súbditos del rey español y la presencia de sacerdotes españoles en todo el territorio de las colonias era numerosa. A ellos correspondió el último empadronamiento o censo poblacional realizado en 1805. La información que arrojó determinó el tejido social existente antes del grito de independencia lanzado por el cabildo caleño y las Ciudades Confederadas, como se verá a continuación.

Don Diógenes Piedrahíta en su libro *Historia de Toro* nos ilustra sobre un censo ordenado por la Corona y realizado por el cura párroco Joaquín Prieto. En él se registran en las páginas 154 y siguientes las etnias y calidades civiles (libres o esclavos) de los censados hacia el año de 1805. Veamos:

<b>Primeramente la casa de dicho señor cura</b>	<b>Casa de Nicolasa Álvarez, soltera</b>
María Vencia., su sobrina	La dicha.
Petrona Moreno, sirvienta	Pedro Telmo, su hijo
María Baltasara, sirvienta.	Liverata, su nieta.
José, esclavo, casado.	Agustín, su sobrino.
Marta, id., su mujer	José Ventura del Valle, blanco.
Rafael, id., casado	María Trinidad, su mujer, mulata
María de la Ascensión, id. Su mujer.	José María, su hijo.
José María, id., soltero	Manuel, su hijo

(Continuación)

Primeramente la casa de dicho señor cura	Casa de Nicolasa Álvarez, soltera
Teresa, id. Id.	María, su hija.
Agustina, id., su hija.	Pedro, id.
Agustín, id.	Josefa, id.
Melchor, id.	María Francisca, id.
Dionisio, id.	Francisco, esclavo.
Pedro, hijo de José, id.	
Antonia, id.	Casa de Catalina del Valle, blanca
Mariano, id.	La dicha.
Juan, id.	Agustín, su hijo
Andrea, hija de Rafael, id.	Francisco León, id
Julián, hijo de Agustina, id.	Bárbara, id.
	Adriana, id.
Casa de Juana Rosales, negra, libre	Juan Antonio, id.
La dicha.	Joaquín, id.
Manuela, su hija, soltera.	Jorge, hijo de Bárbara
María, hija de ésta.	María Ángela, id.
Francisca, id.	Atanacia, esclava.
Juliana, id.	María, id.
José María, hijo de María.	Juan María, mulato, soltero, agregado.
Joaquín, id.	
José, id.	Casa de Ildefonso Rosales, mulato, casado
Anacleto, hijo de Juliana.	El dicho.
Micaela, id.	Martina, su mujer, mulata.
-----	Juan José, agregado.
En la misma casa de la Juana vive Ramón de Le	
mos, casado, mulato.	Casa de doña Isabel del Río y Malo, soltera
El dicho.	La dicha.
Inés Becerra, su esposa, mulata.	Justo Ramón, su hijo.
Norberta, su hija.	Antonio, id.
Rafaela, id.	Manuel, id.
Mariana, id.	Doña Felipa, hermana de la dicha.
Clementina, id.	Bárbara, hija de ésta
Bárbara, id.	
José, id.	

Del análisis anterior se concluye que la población del ahora departamento del Valle del Cauca estaba constituida por un grupo de hacendados poseedores de grandes extensiones de tierras laborables y una numerosa población de trabajadores del campo (casi todos indígenas) muchos de ellos desposeídos.

Estos pueblos indígenas, abatidos y diezmados por las guerras de la conquista pasaron a ser propiedad de conquistadores y colonizadores españoles con títulos expedidos por los escribanos del Reino, que hacían las veces de notarios. Los

“repartimientos”, que habían sido prohibidos por las Leyes de Indias, se convirtieron por ley en “encomiendas”, un sistema político y económico que permitía al español vincular indígenas en calidad de asalariados y al encomendero rico aumentar su fuerza de trabajo con esclavos. Esta relación laboral favoreció enormemente el mestizaje en los territorios dominados por la Corona.

Es necesario resaltar, para ser justo y objetivo en el análisis de la alianza entre la cruz y la espada durante la conquista de los pueblos aborígenes de América adelantada por los españoles, el papel

que desempeñó la Iglesia Católica en las posesiones españolas. Esta función apuntaba en dos direcciones: la primera como servidores de la fe en relación con una feligresía fetichista que buscaba salvar sus almas cristianizándola; y la segunda, como súbditos del Rey Español y como letrados que controlaban los actos y comportamientos de los conquistadores. En muchos casos, los jerarcas de la Iglesia fueron autorizados para intervenir junto con los virreyes en la provisión de ordenanzas que resolvieran en la mejor forma los problemas de las comunidades indígenas. Sobre la primera función, la historia registra la posición crítica que asumieron algunos jerarcas de la Iglesia ante las injusticias y atropellos de los españoles en contra de la población negra e indígena, como fue el caso de Fray Antonio Montesinos en La Española, actitud valerosa que fue seguida por Fray Bartolomé de las Casas quien "... *conoció a los indígenas totonacas que fueron llevados ante la presencia del nuevo monarca por Alonso Hernández Portocarrero y Francisco de Montejo, ambos emisarios de Hernán Cortés; un par de meses más tarde en Santiago de Compostela el Consejo de Castilla autorizó a Las Casas llevar a cabo el proyecto para crear una colonia pacífica en el territorio de Cumaná, para que él aplicase sus teorías, las cuales consistían en poblar la tierra firme, sin derramar sangre y anunciar el evangelio, sin estrépito de armas*".\*

El doctor Jaime Arroyo en su *Historia de la gobernación de Popayán* registra varios episodios que confirman este pacto entre el Rey y la Iglesia Católica en cumplimiento de la alianza de la cruz y la espada, cuando dice:

El Rey Felipe II había recomendado a Don Francisco de Toledo, noveno virrey del Perú la expedición de ordenanzas municipales para el arreglo de varias ramas de la administración en ese virreinato por no ser fácil expedirla en España a causa de la falta de conocimiento de las localidades y las peculiares necesidades del país. El mismo monarca, conociendo la madurez del juicio del Obispo Coruña en las ocasiones que personalmente lo tratara, le ordenó pasara de Pasto —donde residía el anciano obispo— al Perú para acompañar al virrey Toledo en la visita general que debía practicar del virreinato antes de expedir las ordenanzas y

que después sirviera de consultor del Virrey en su formación, hecho lo cual el Obispo Coruña regresó a Popayán en 1570 después de algo más de tres años de ausencia.

Esta cita sirve para ponderar las buenas relaciones entre el rey y la Iglesia de una parte, y de la otra hacer evidente el deseo del monarca de que la autoridad civil fuera asistida e iluminada por los siervos de Dios.

Desde el punto de vista del comportamiento de los conquistadores españoles en relación con los esclavos y los pueblos indígenas y en cuanto a las quejas que la Corona recibía sobre las injusticias y abusos cometidos por sus representantes en las posesiones españolas en tierras de Indias, las cosas fueron más graves. Muchos sacerdotes en Centroamérica y en Suramérica sufrieron persecuciones atroces y aun la muerte en su lucha por el respeto a los derechos y a la vida de los negros y de los aborígenes. El historiador Jaime Arroyo anota:

Muchas veces hemos expuesto que los castellanos, al conquistar la América y establecerse en ella, no hicieron propiamente una colonización sino la creación de un nuevo pueblo, con su idioma, costumbres y religión trasplantadas de la Europa. Una colonia en su estricta acepción, es una comarca de no mucha extensión ocupada por gentes de otra, en la que sus antiguos moradores, vencidos por los extranjeros la han desocupado. Así, la madre patria y la colonia tienen iguales costumbres, idioma, instituciones, etc., y son habitadas por la misma raza sin ninguna extraña mezcla. Tales eran las antiguas colonias de los griegos y romanos y las modernas de los ingleses en Norteamérica. Las de los españoles en el nuevo continente fueron establecimientos muy diversos. Una inmensa extensión territorial fue sojuzgada por un número relativamente pequeño de conquistadores o más bien de aventureros. Los vencedores se establecieron en el país y formaron la clase aristocrática; y los indígenas y los negros esclavos traídos del África junto con la mezcla de las tres diferentes razas constituyeron la mayoría de la población de las posiciones castellanas de América.

Esta apreciación fue compartida por el historiador Salvador Madariaga en su obra *Cuadro histó-*

\* Tomado de Google.



*rico de las Indias* en la cual demostró que “España fundó reinos o naciones en América y no colonias”.

Nos ocuparemos por tanto del quehacer de los habitantes de esta región geográfica que al fin de la Colonia pasó a llamarse El Reino de la Nueva Granada, en especial lo que se conoció como el Cauca Grande primero, y después como el departamento del Valle del Cauca.

En efecto, hacia finales del siglo XVIII estos pueblos conquistados por la fuerza de unas armas que aniquilaron la población de aborígenes nativos habían establecido haciendas que destinaron preferentemente a la siembra de pastos para la crianza de ganado mientras otros se dedicaron a la agricultura. Se vivió entonces una etapa pastoril con algunos extranjeros dedicados al comercio y al desarrollo de algunas industrias y a la exportación de nuestros productos.

Desde las colonias se exportaban para Europa algunos vegetales como el cacao —el cual alcanzó gran importancia— y desde luego oro, plata y cobre. El algodón fue objeto asimismo de comercio y en la industria familiar era la materia prima utilizada en la fabricación de telas, mantas, cofias, chumbes y otras artesanías. La cabuya proporcionó lazos para las labores agropecuarias y la elaboración de ariciones, bozales, cabestros, enjalmas, mochilas, guambias y las famosas alpargatas que protegían los pies de los trabajadores y caminantes.

El transporte de entonces era rudimentario. La comunicación entre los pueblos se hacía básicamente por los ríos mediante canoas de remo y en los ríos caudalosos se utilizaban balsas construidas con guaduas unidas por bejucos naturales resistentes, sobre las cuales se transportaban productos agrícolas para el comercio y algunas vasijas de arcilla para el uso doméstico como ollas, cayanas, filtros, tinajas, tinajeros y cántaros.

El transporte por el río Cauca se hacía en uno u otro sentido. Para el transporte río arriba se utilizaba preferentemente el canaleta con el auxilio de la palanca. Río abajo se utilizaban balsas de guadua atadas con bejucos de fina fibra sobre las cuales se arrumaban productos agrícolas, artefactos de arcilla, mercancías, aves y demás objetos comerciales.

El transporte por tierra se hacía a lomo de mula o de caballo. En ellos se transportaba maíz, cacao, plátanos, yucas, frijol, zapallos, sandías y melones desde las abruptas breñas de las cordilleras hacia

las plazas de mercado de los pueblos vecinos. Este comercio se sirvió de artesanos que fundían el hierro y forjaban a golpes de martillo las herraduras (los clavos eran importados) y al lado de estos artesanos los talabarteros elaboraban los galápagos, las sillas de vaquería, las sogas para enlazar el ganado y las bridas, que eran cabestros con bozal o con frenos metálicos con sabores para dominar la fuerza del cuello de la cabalgadura y dirigirla por los frágiles caminos de la época.

Los hacendados eran los herederos de padres y abuelos españoles o criollos dedicados al comercio que habían adquirido dinero para comprar haciendas. Su reducida población poseía grandes extensiones de tierra frente a otra población, esa sí numerosa, que se encontraba desposeída. Las relaciones de clase se establecían entonces entre unos señores que poseían trapiches para el proceso de la panela y el azúcar, cuya descendencia se educaba en Popayán, Santafé de Bogotá o en el exterior (Inglaterra, España, Italia o Francia) y una gran población ignorante dedicada a las labores del campo (agricultura y ganadería) o como trabajadores a jornal en las grandes haciendas del entorno de los pueblos. Algunos de estos (muy pocos por cierto) tenían casa propia donde con la ayuda de su mujer e hijos criaban vacas, gallinas, pavos, gansos, patos, conejos y curíes, pero la generalidad eran jornaleros sin tierras y sin prestaciones sociales, amparados en sus necesidades personales o familiares solamente por la bondad del corazón humano.

Al hombre sin tierra no le quedaba otro recurso que el comercio. Fue así como apareció el “petaquillero”, un hombre que deambulaba con su caballo cargado de maletas donde llevaba mercancías como zarazas, tafetanes, muselinas, sedas y crespones para los trajes femeninos; paños, driles, lanillas, sombreros, gorra y pañuelo, algunos muy grandes llamados “rabo de gallo” para el cuello que eran usados preferentemente por el sexo masculino. Hubo “petaquilleros” muy afortunados que con el tiempo y un buen manejo del dinero acumularon cuantiosas fortunas. Muchos de ellos no eran propiamente criollos sino extranjeros: como franceses, ingleses, alemanes, judíos, indostanes y árabes.

Hacia el año de 1800 la educación estaba reservada para las clases altas: hacendados, comerciantes y algunos jóvenes que por su dedicación y amor al estudio pudieron ingresar a los claustros

universitarios de Popayán o a las aulas conventuales de alguna comunidad religiosa: agustinos, franciscanos o dominicos, quienes, gracias a su ilustración opinaban sobre aspectos políticos y sobre los sistemas de gobierno imperantes en Europa. Estas comunidades constituyeron hacia la segunda década del siglo XIX la flor y nata de la clase intelectual que anhelaba un cambio radical de nuestras costumbres políticas administrativas.

La salud estuvo a cargo de algunos médicos venidos del extranjero y de unos pocos criollos que por sus condiciones económicas podían graduarse en Bogotá o en el exterior. La mayoría de los profesionales criollos prefirieron la abogacía, otros la medicina y algunos las ciencias naturales y la literatura. Pero también acudieron a las comunidades religiosas un buen número de ellos en cuyos conventos se iniciaron como clérigos. Santa Fe de Bogotá ocupó desde entonces un sitio privilegiado en materia cultural, que le mereció años después el título de Atenas suramericana. En dicha ciudad se dio inicio a la expedición botánica dirigida por Don José Celestino Mutis a la que se unieron los más sobresalientes jóvenes de esa época para beber en los brocales de la sabiduría. La gran mayoría de ellos estuvo comprometida con la gesta emancipadora de la Nueva Granada a partir del grito de independencia el 20 de julio de 1810.

La Revolución Francesa y la independencia de los Estados Unidos fueron pebeteros que alumbraron la mente de la juventud americana que en 1800 ya empezaba a pensar acerca de la necesidad de un cambio en las costumbres políticas. Había llegado el momento de concebir la liberación de estas colonias y establecer un nuevo sistema político, lo cual no podría obtenerse sin una confrontación sangrienta contra el Rey de España y contra Napoleón Bonaparte que había hecho prisionera a la familia real e impuesto como Rey de España a su hermano José Bonaparte, apodado “Pepe Botellas”. Algunos intelectuales criollos comprometidos con la gesta emancipadora, como Don Jorge Tadeo Lozano y Camilo Torres Tenorio entre muchos otros, estaban interesados en instaurar pacíficamente un gobierno de estructura federalista de acuerdo con el modelo norteamericano al tiempo que proferían vivas a Fernando VII y mueras al Emperador de Francia. Otros, en cambio, tenían un claro concepto sobre la libertad de los pueblos hispanoamericanos según el

cual una nación debía obtener su libertad absoluta, soberana e independiente por medio de la guerra.

Hasta aquí hemos hecho una ajustada reseña de las condiciones geográficas, políticas y étnicas del tejido social de 1800: una sociedad que vivía una etapa de desarrollo agropecuario con incipientes manifestaciones industriales; una población agrícola y pastoril con algunos trapiches para la industria panelera y azucarera y un comercio que exportaba hacia Europa cacao, tabaco, añil y, desde luego, minerales como oro, plata, cobre y otros en menor escala. Pero nos hace falta tratar sobre la legislación española de Indias y sobre la gran influencia que durante toda la Colonia ejerció en nuestras costumbres la religión católica, en cuya cúspide se ubicaban los obispos –en su gran mayoría súbditos ilustres del rey de España– y un clero regular encargado de una grey cristiana en su gran mayoría ignorante y timorata.

Para garantizar la fidelidad de los cristianos a la Santa Madre Iglesia Católica se había establecido la Santa Inquisición integrada por un cuerpo jurisprudencial que imponía a los infieles suplicios insostenibles que terminaban muchas veces en la muerte. Se hablaba entonces del fuego purificador para referirse a la muerte del hombre o de la mujer en la hoguera. En América y desde luego en La Nueva Granada, existió también esta institución que se mantuvo hasta la independencia. El tejido social de la época se mecía entonces entre las penas del Código de Indias aplicado por las autoridades civiles del rey y las penas de carácter religioso que administraba la Santa Inquisición, es decir, el terror: los patíbulos para el fusilamiento, la flagelación y otras torturas non sanctas.

Como no era factible conseguir la independencia de España sin empuñar las armas contra sus representantes en el Reino de la Nueva Granada es apenas lógico suponer que el poder de la iglesia también estuviera amenazado por las circunstancias políticas del momento. En lo que al Valle del Cauca se refiere, es necesario reconocer que un número importante de miembros ilustres de la comunidad de San Francisco de Asís alentó los ideales de la patria libre y tomó parte activa en la independencia. El caso más sobresaliente fue el de Fray José Joaquín Escobar, quien desde el Convento de San Joaquín de Cali orientó con sabiduría y ejemplar decisión patriótica a los miembros integrantes del cabildo de las Ciudades Confederadas primero,

y luego de las ciudades amigas. Participó activamente en el Consejo Superior de Gobierno y posteriormente fue tomado prisionero y conducido a España donde pasó largos años encarcelado hasta su regreso, ya libre, a Caracas. Desde allí emprendió su regreso a Cali pero en Cúcuta murió vencido por las enfermedades del trópico. Fue Fray José Joaquín Escobar un patriota que hoy da nombre ilustre a un colegio de Toro. Gloria y honor a su nombre.

Si a todos estos aspectos geográficos, sociales y religiosos agregamos el sistema político-administrativo existente en 1800 en el virreinato de la Nueva Granada ejercido por Amar y Borbón, el análisis del tejido social de entonces nos permitirá comprender los fenómenos de la insurrección, la rebelión y la guerra para alcanzar la libertad y entender con claridad la razón por la cual los granadinos no podían inicialmente prorrumpir con los gritos de ¡muera el rey! o ¡fuera el virrey con todos sus secuaces! y otras expresiones de rompimiento absoluto, como sí lo proclamaba la enseña chilena: “¡Por la libertad, con la razón o la fuerza!”

Desde el arribo de los españoles el Almirante Don Cristóbal Colón consigna en su diario de viaje sus opiniones sobre los aborígenes que habitaban esta tierra, como lo registra la Nueva Enciclopedia Temática en el tomo XII sobre indios y españoles, p. 301:

Conviene decir en primer término, que Cristóbal Colón, al entrar en contacto con los indios antillanos, escribió que los españoles estaban en la obligación de suministrar a los indios cuidados en su alimentación, vestirlos convenientemente y enseñarles la religión cristiana conforme al catolicismo, lo que en realidad pocos cumplían satisfactoriamente.

Bajo estas condiciones sociales, religiosas y políticas vivieron los nativos durante más de 300 años. A partir de las leyes de Indias de 1506 los indígenas no fueron sujetos de servidumbre. Los llamados “Repartimientos” se convirtieron años después en “Encomiendas” ya con la esclavitud del afroamericano incorporada a la explotación de las tierras americanas bajo el dominio de la Corona española.

Hacia el año de 1793 se llevó a efecto el censo de la población de la provincia de Cali con los siguientes resultados: Cali, 6.548; Roldanillo, Riofrío, Espinal y Yumbo 5.725; Bolo, Palma Seca, Mayibú y

Zanjón de Trejos 1.512; El Salado, Las Cañas, Río Claro, Río de las Piedras, Cañas Gordas y Jamundí 1.691. Del total de la población 7.311 eran hombres y 9.165 mujeres. El censo registra una población de 720 hombres y 838 mujeres de raza blanca por 202 hombres y 991 mujeres indígenas y una población libre de 4.949 hombres y 5.660 mujeres. Los esclavos estaban distribuidos en 1.386 hombres y 1.476 mujeres, lo que resulta lógicamente explicable según las normas de la esclavitud, pues los hijos de esclavos eran tenidos también como tales, razón por la cual los encomenderos y señores españoles preferían esclavas robustas, saludables y fuertes para tener mayor ganancia en este negocio inhumano.

El historiador Gustavo Arboleda registra en su Historia de Cali lo siguiente:

Para la elección del primer día del siglo XIX se reunieron en el cabildo los alcaldes salientes Umaña y Rodríguez Guerao, el alférez real, el alcalde provincial, el depositario, el fiel ejecutor y el procurador. El segundo alcalde y el alférez votaron así: Alcalde de primer voto, Don Jerónimo Escobar; de segundo, Don José María Dueñas; procurador, Don Joaquín Rodríguez; hermandarios, Don Antonio Tello de Meneses (residente en el Salado) y Don Pedro Vivas; pedáneo de Jamundí, José Bonilla; de Yunde, Don Andrés Balcázar; de Tocotá y Salado, Juan Agustín Prado; de Roldanillo, Don Joaquín Dromba; del curato de Riofrío, Don Santiago Aldana; de Vijes y Yumbo, Joaquín Sánchez. El alcalde mayor de hermandad, siempre opuesto a los otros ediles, sufragó por lista distinta que solo coincidían con la anterior en el alcalde partidario de Roldanillo. A los dos primeros votantes se adhirieron los señores Vallecilla y Pérez de Montaya; Don Bernardino Molina se conformó en virtud de comisión que del gobernador había recibido.

## Conclusiones

Razonando sobre los hilos del tejido social hacia el año de 1800 en nuestra región, bien puede deducirse que la idea de *libertad* no estaba a la altura de las entendederas de sus habitantes ni a igual nivel en la clase elitista culta.

Para los españoles puros la libertad era una idea revolucionaria, una convocatoria a la guerra contra un orden institucional establecido por Dios, pues se partía del principio de que todo poder ve-

nía de Él y por supuesto este era el criterio de la nómina oficial de los nombrados funcionarios por el Cabildo de Cali. Ellos disfrutaban de los gajes del gobierno: eran burócratas del reino. Debían obediencia y lealtad al monarca y la libertad era el caos que atentaba contra sus propios intereses. .

Para los criollos, la libertad era un anhelo, una aventura, quizás una quimera, que en algunos despertaba pasión, coraje, decisión, mientras que para otros no dejaba de ser algo comprometedor para la tranquilidad social y se replegaron a sus haciendas para no comprometerse en la lucha.

Para los esclavos, la libertad era una revolución en la cual ellos no tenían dares ni tomares porque su condición social sería la misma: esclavitud, miseria, trabajos forzados, sometimiento y castigos del amo cruel.

Los indios habían perdido la libertad con la invasión de los españoles pero bajo el dominio de sus caciques la supuesta libertad de que habían disfrutado antes tampoco les había sido favorable. Esta nueva libertad que se ofrecía ahora se presentaba más como una liberación de los impuestos alcabaleros que como una mejor alternativa para su vida social, como quedó plasmado durante la Patria Boba.

Para el clero, la libertad era una dura y cruenta contienda revolucionaria frente a la cual se tendría que escoger entre el respaldo al rey de España soslayando con ello las injusticias contra los aborígenes aún subsistentes, contra una clase mestiza llamada criolla a la cual no se le reconocía méritos para el ejercicio de funciones públicas y contra una población analfabeta y sumida en la miseria, o como pastores de la grey cristiana que debían tomar partido en la contienda y luchar por la libertad como un derecho natural del hombre. He aquí el nudo gordiano para desatar. Y esta tarea fue la que emprendió cabalmente a la luz de la Revolución Francesa y de la independencia de los Estados Unidos de Norteamérica Don Antonio Nariño, a quien con justicia se le llama Precursor de la Independencia.

Estos fueron los hilos que Don Antonio Nariño y sus seguidores tuvieron que romper con el coraje y heroísmo de nuestros mártires y tejer el nuevo tricolor de nuestra bandera, símbolo de una patria libre, autónoma y soberana que flamea airosa con el hálito de un Estado democrático y participativo y llena de gloria todos los amaneceres de nuestra patria colombiana.

# Una mirada a la bioética

Néstor Harry Amorocho Pedraza\*

He observado con alguna frecuencia cómo los términos “ética” y “bioética” se utilizan tanto en el lenguaje hablado como en el escrito seguidos el uno del otro, dando a entender con ello que sus significados son similares pero no así su contenido, y a medida que exploro sobre ello percibo que el paradigma de lo ético está perdiendo vigencia ante la magnitud, la importancia y la evolución de la bioética.

El vocablo “bioética” fue concebido en 1970 por Van Rensselaer Potter –un bioquímico dedicado a la oncología– en un artículo titulado *Bioethics, the science of survival*<sup>1</sup> el cual hacía parte de su libro *Bioethics, Bridge to the future* de 1971<sup>2</sup>. En él llamaba la atención acerca de la brecha existente entre dos saberes: las ciencias y las humanidades y del peligro que ello representaba para el futuro de la humanidad.

Durante las tres últimas décadas del siglo pasado, los avances de la tecnociencia y el poder alcanzado por los científicos hicieron que se prestara una mayor atención a los nuevos dilemas éticos que surgían en los campos de la salud (medicina, enfermería, psicología, farmacología) y de las ciencias de la vida (biología en general y en especial la genética). Esta situación dio paso en Estados Unidos al nacimiento de una nueva disciplina: la bioética, que buscaba establecer un vínculo entre las dos disciplinas mencionadas. Potter más adelante, en *Global Bioethics*<sup>3</sup> (1988) definió la bioética como “una combinación de la biología con los cono-

cimientos humanísticos para forjar una ciencia que implante la necesaria serie de prioridades médicas y ambientales para una supervivencia aceptable”.

El mundo de la medicina no aplicó la bioética global de Potter sino la bioética entendida como ética médica, y aun hoy la tendencia en la práctica de la medicina es a considerar en primer lugar los problemas éticos que surgen en el ejercicio de la profesión cuando se habla de la bioética como una nueva disciplina.

La ética médica no es de aplicación reciente ya que existe desde el pensamiento hipocrático cuando los médicos debían resolver los problemas éticos y morales que resultaban de la práctica de su oficio y pensaban sobre ellos; sin embargo, la bioética supera a la ética al menos en dos sentidos:

1. La bioética no solo se limita a las cuestiones éticas surgidas en las relaciones del profesional de la medicina con el paciente, los enfermeros o con sus propios colegas sino que se extiende a cuestiones filosóficas sobre la naturaleza de la ética, el valor de la vida, la definición de persona y la relación entre los humanos y las otras formas de vida. La bioética permea y se involucra con lo que se suele llamar “ética ambiental” volviendo así a la definición original de Potter.
2. La bioética incluye la implementación de políticas públicas y el control de la actividad científica; sin embargo, dentro de sus objetivos no solo pretende el desarrollo y la aplicación de un có-

\* Magistrado Presidente del Tribunal de Ética Médica del Valle. Docente universitario.

1 Potter, V. R. (1970) “Bioethics, science of survival”. *Biology and medicine*, 14: 127-53.

2 Potter, V. R. (1971) *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.

3 Potter, V. R. (1988) *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. East Lansing, Michigan State University Press.

digo deontológico o de un conjunto de normas de cumplimiento obligatorio para los profesionales, sino que además procura comprender mejor lo que está en juego.<sup>4</sup>

El estudio de la bioética no es solo descriptivo cuando examina los problemas existentes sino también normativo, puesto que establece recomendaciones acerca de lo que debe haber o hacerse. De esta forma, intenta complementar los códigos deontológicos profesionales sanitarios los cuales hoy resultan insuficientes ante los múltiples problemas éticos que surgen por diferentes razones<sup>5</sup> entre las que se tienen:

1. La cultura norteamericana fue tal vez la primera que tuvo que enfrentar el problema del *pluralismo*. La bioética nació como un intento de resolver los conflictos éticos surgidos en el ámbito de las ciencias de la vida cuando los hechos son enjuiciados por personas cuyos credos morales son radicalmente distintos. De ahí que a menudo la bioética se presente como una ética civil, secular, pluralista, autónoma y racional.
2. Las condiciones médicas, sanitarias y sociales crearon *un nuevo escenario técnico* diferente del tradicional y los problemas morales que se plantean a los profesionales de la medicina reclaman una formación ética adecuada ante los avances de la ingeniería genética y las técnicas de reproducción asistida que plantean el interrogante (una vez más) de si todo lo correcto técnicamente es éticamente bueno.
3. Frente a los adelantos tecnológicos de la ciencia médica y las políticas sociales de sanidad aparece la necesidad del consentimiento informado del paciente como consecuencia del principio de autonomía y del cambio del modelo paternalista al cual estaba supeditada la relación médico-paciente. Con el consentimiento informado el paciente adquiere entonces la facultad y el derecho a decidir sobre el tratamiento que le propone el experto profesional médico.

4. El principio de respeto por las personas (principio de autonomía) sumado a los principios de beneficencia (“haz a los demás lo que ellos quieren que les hagas”)<sup>6</sup> y justicia constituyen los principios éticos mínimos que orientan la toma de decisiones en un medio pluralista. Estos principios fueron mencionados por primera vez en el informe Belmont (1978-1979)<sup>7</sup> como “principialismo” o conjunto de principios éticos mínimos universalmente aceptables para guiar la resolución de conflictos en la práctica biomédica en un contexto pluralista y complementados por Beauchamp y Childres (1979) en *Principles of Biomedical Ethics*<sup>8</sup> con la definición clásica que incorpora a los principios anteriores el de no maleficencia, (*primum non nocere*) del corpus hipocrático. “El principialismo (*principialism*) es el enfoque inicial típicamente americano de la resolución de los problemas bioéticos gracias a la aplicación de principios”<sup>9</sup>.

La bioética tiene su primera aplicación en el campo institucional y en los años ochenta empieza su internacionalización desde los Estados Unidos de América hacia Europa y fue Francia el primer país en crear por decreto en 1983 un comité nacional permanente: el *Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé*<sup>10</sup>. Esta institucionalización de la bioética se difunde por Europa –en principio separada de los poderes políticos y jurídicos– y agrupa a expertos de diversas disciplinas que buscan resaltar el pluralismo propio de una sociedad democrática.

La bioética institucional comienza a involucrar a los hospitales universitarios al tiempo que da origen a cátedras universitarias, maestrías y doctorados en bioética forjando así profesionales en esta disciplina: los bioeticistas o los consultores en bioética, quienes actúan asimismo en los nuevos escenarios surgidos del desarrollo de este saber, como son los comités de ética hospitalarios, de investigación, universitarios y los comités clínicos que debaten

4 Kuhse, H. y Singer, P., eds. (1998) *A Companion to Bioethics*. Oxford, Blackwell, 2001.

5 Gracia, D. (1999) “Planteamiento general de la bioética”. En: A. Couceiro (ed.), *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela; pp. 19-35.

6 [www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com\\_content](http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content).

7 [www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf](http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf) · archivo de PDF

8 Oxford University Press, 5e. ed. 2001

9 Hottois G, Qu’est-ce que la bioéthique? Edición parcial en español [www.unbosque.edu.co](http://www.unbosque.edu.co)

10 Sicard D. (ed) *Travaux du Comité Consultatif National d’Ethique*, Paris, PUE, 2003

casos médicos relacionados con problemas éticos y de investigación<sup>11</sup>.

En 1992 se establece en Europa el Comité Director para la Bioética (CDBI) en cuyo seno se origina la Convención sobre Derechos Humanos y Bioética y en 1993 la UNESCO conforma el Comité Internacional de Bioética que en 1997 publica la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos.

La década de 1990 es la era de la mundialización de la bioética y en consecuencia lo es también del desafío que implican los problemas derivados de la globalización, tales como los bienes económicos y los capitales financieros y aunque la bioética se preocupa en general por los seres vivientes (humanos y no humanos) también contempla intereses particulares, si bien no son estos sus objetivos prioritarios.<sup>12</sup>

La ciencia es hoy, a la vez, la gran amenaza y la gran esperanza de la vida humana y la bioética el nuevo rostro de la ética científica. Hoy, la sociedad ha forjado distintos modos de poner en peligro su propia existencia, tales como la energía atómica, la superpoblación creciente (que no podrá mantenerse al actual ritmo), el agotamiento de las materias primas, la degradación de la atmósfera, de los suelos, las aguas, de los ecosistemas vegetales y

animales, etc. En última instancia, es la propia vida la que se encuentra amenazada. Por ello, su protección y defensa se han convertido en un imperativo ético que debe regir las actuaciones tanto de científicos como de políticos. En esencia, este imperativo es la bioética.<sup>13</sup>

Según el profesor Sanchez Torres “la bioética es una ciencia, una disciplina, una doctrina, una filosofía, un instrumento, un movimiento y un saber cuya razón de ser es la supervivencia de la especie humana sobre el planeta Tierra. Siendo así, el epicentro de la bioética es el hombre, por lo tanto es **antropocéntrica** y puesto que la supervivencia del hombre depende en mucho del ambiente que lo rodea, es decir del ecosistema, por extensión la bioética es **antropoecocéntrica** y pugna por la protección del ecosistema y de todo lo que este encierra (sus diversas formas de vida). La bioética es, además, **vitacéntrica** y **beneficentista**”.<sup>14</sup>

Termino este ensayo citando a manera de reflexión estas palabras del profesor José Alberto Maineti: “La bioética es una disciplina académica que mira al pasado y al futuro; mira la cultura tecnocientífica y la sociedad civil. Tiene por tanto, que cumplir con esa misión de puente entre la cultura y la sociedad civil. Todo puente une dos orillas de un río: las orillas del río de la vida”.<sup>15</sup>

11 Bompiani A, Bioetica edit. Ética medica nell'Europa occidentale, Trieste, Proxima Scientific Press, 1977

12 Hottois G, Qu'est-ce que la bioéthique? Edición parcial en español [www.unbosque.edu.co](http://www.unbosque.edu.co)

13 De La Hoz J, Carta Quirúrgica. Departamento de Cirugía. Fundación Santa Fe de Bogotá.

14 Sánchez Torres F, *Fundamentación y misión de la bioética. Memorias III Congreso Internacional de la RED BIOÉTICA UNESCO para América Latina y el Caribe* 23- 26 de noviembre de 2010, Bogotá, Colombia

15 Maineti J A, *Introducción a la Bioética*, revista *Quirón*, vol. 18, N° 1, 1990 2a. edic.,





# Revisión de tema: Diabetes gestacional

Johana Alexa Tabares,\* Lina A. Rengifo,\* Daniela Quiñones,\* Diana P. Guzmán,\* Karol Y. Noreña,\*  
Angie Viviana Sánchez,\* Néstor Harry Amorocho P. (profesor)\*\*

*No basta con hacer las cosas...es necesario que sean bien hechas. Principio deontológico de obligatoria observancia para no caer en la negligencia médica.*

**Néstor Harry Amorocho P.**

## Resumen

El objeto del presente trabajo es hacer una revisión y una actualización de los nuevos conocimientos acerca de la diabetes gestacional como la principal enfermedad endocrina del embarazo. Esta se define como toda intolerancia de intensidad variable a los hidratos de carbono que comienza en el primer reconocimiento de la gestación y termina usualmente al finalizar el embarazo. Aparece sobre todo en mujeres con factores de riesgo fácilmente identificables quienes por los cambios propios del embarazo aumentan la resistencia a la insulina y en consecuencia sus cifras de glucosa, lo cual repercute en el desarrollo de su hijo y puede ser causa de macrosomía fetal y de otras complicaciones. Su etiología aún no es muy clara. Sin embargo, ha sido intensamente investigada y se han encontrado algunos factores de tipo autoinmune, infecciosos, hereditarios y de estrés. En cuanto al tratamiento este se basa principalmente en dieta, ejercicio e insulina y la meta principal es la normoglicemia ya que con ello se disminuye la morbimortalidad materno-fetal.

## Palabras claves

Diabetes gestacional, hiperglicemia, obesidad, insulina, macrosomía, receptor, resistencia.

## Abstract

The aim of this paper is to review and update on new knowledge of gestational diabetes main endocrine disease of pregnancy, defined as intolerance to carbohydrates of varying severity, onset or first recognition during pregnancy and ideally terminated the pregnancy, which occurs mostly in women with easily identifiable risk factors, who for the changes typical of pregnancy increases insulin resistance and as a result, their glucose levels, which affects the child development and can cause macrosomia and other complications. Its etiology is still not very clear; its origin has been extensively researched and found some factor of autoimmune, infectious, hereditary and stress. As treatment is based primarily on diet, exercise and insulin, and normoglycemia is the goal, as this reduces maternal and fetal morbidity.

## Keywords

Gestational diabetes, hyperglycemia, obesity, insulin, macrosomia, receptor, resistance.

## Introducción

La diabetes es la condición patológica endocrina que con mayor frecuencia complica el embarazo y tiene una marcada influencia en el futuro de la mu-

\* Estudiantes de noveno semestre de medicina de la Fundación Universitaria San Martín, Sede Cali, Área de Gineco-obstetricia.

\*\* Profesor del área de gineco-obstetricia y semiología deontológica. Magistrado presidente del TEMV.

jer y de su hijo. La incidencia de personas con esta enfermedad se ha duplicado en la última década y ello se atribuye al incremento de la obesidad y a su asociación con el síndrome metabólico. La diabetes gestacional aparece sobre todo en mujeres con factores de riesgo fácilmente identificables, quienes por los cambios propios de su embarazo elevan la resistencia a la insulina y en consecuencia sus cifras de glucosa.

En esta revisión del tema se busca resaltar los aspectos importantes relacionados con esta enfermedad con el fin de dar a entender que esta es una patología que se puede evitar o, dado el caso, controlar. Mediante un diagnóstico y un tratamiento tempranos se evitan el sufrimiento fetal, las macrosomías y las malformaciones. Esto quiere decir que un buen control disminuye la morbimortalidad materno-fetal y la incidencia en el número de cesáreas, además del riesgo materno de padecer a largo plazo enfermedades como la hipertensión, dislipidemias o enfermedades cardiovasculares.

Por último, el tratamiento se basará principalmente en dieta, ejercicio e insulina y la meta principal será la normalización de los niveles de glicemia ya que de esta manera se disminuye la morbimortalidad materna y fetal. En esta revisión se darán a conocer los nuevos avances sobre el diagnóstico y el manejo de la diabetes gestacional los cuales serán de mucha ayuda para el profesional de la salud.

## Metodología

La revisión de tema es la metodología usada en este trabajo. Con base en ella se tendrán en cuenta artículos, trabajos, documentos y literatura en general realizados en el área de la salud con el fin de actualizar el conocimiento clínico sobre determinados temas o sobre un tema en particular, en nuestro caso la diabetes gestacional.

La importancia de esta metodología radica en que permite afianzar la temática clínica y por ende los conocimientos previos a este trabajo.

## Marco teórico

### Anatomía

El páncreas es una glándula de secreción mixta porque vierte su contenido a la sangre (secreción interna) y al tubo digestivo (secreción externa). Gracias a ello podemos diferenciar entre la porción endocrina y la porción exocrina.<sup>1</sup>

El tejido exocrino forma la mayor parte de la glándula la cual está envuelta por una delicada cápsula que emite septos hacia el interior y estos dividen al órgano en lóbulos. Cada lóbulo está compuesto por numerosos acinos que drenan por un conducto excretor. Estos conductos se unen para formar a su vez unos conductos interlobulares que se reúnen en los septos en conductos interlobulares que desembocan en el conducto pancreático o en el accesorio.<sup>1</sup>

El tejido endocrino representa menos del 1% de la masa pancreática. Se compone de islotes de células agrupadas alrededor de capilares, están diseminados por toda la glándula y conforman los islotes de Langerhans. Las células contienen gránulos de secreción cuya coloración permite aislar en el adulto un 20% de células alfa con gránulos rojos que secretan glucagón; un 75% de células beta con gránulos azules que secretan insulina; y un 5% de células delta con granos azul pálido que representan posiblemente un estadio de desarrollo de las anteriores. Estas secretan somatostatina.<sup>1</sup>

En cuanto a su irrigación está ricamente vascularizado. Recibe sus arterias del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior. Las venas son concomitantes con las arterias; y su inervación proviene del sistema autónomo por los plexos celíaco y mesentérico superior y sigue los vasos.<sup>1</sup>

### Definición

Se define como diabetes gestacional a toda intolerancia a los hidratos de carbono de intensidad variable, de comienzo o primer reconocimiento durante la gestación y de su persistencia una vez finalizada esta. Esta definición se aplica independientemente del tipo de tratamiento utilizado para conseguir el control metabólico y de su persistencia una vez finalizada la gestación.<sup>2</sup>

### Epidemiología

Es la principal patología endocrina del embarazo y afecta del 3%-5% de todas las embarazadas.<sup>3</sup>

El 80% de los casos parece deberse a una deficiente respuesta pancreática. Este órgano es incapaz de compensar la insulino-resistencia fisiológica del embarazo. En el 20% restante parece haber un incremento de la insulino-resistencia con respecto al embarazo normal.<sup>1</sup>

Este trastorno tiene inmediatas consecuencias en el desarrollo del embarazo e implicaciones a largo plazo tanto para el recién nacido como para la madre.<sup>2</sup>

### **Etiología**

Su etiología aún no es muy clara. Su origen ha sido intensamente investigado y se han encontrado algunos factores de tipo autoinmune, infeccioso, hereditarios y de estrés.<sup>4</sup>

Cuando se expone a una noxa como por ejemplo una infección viral el aparato inmunológico de la persona que tiene predisposición genética para desarrollar diabetes despliega anticuerpos contra porciones o secuencias antigénicas del virus que también se encuentran en la misma secuencia en las células beta pancreáticas, lo cual hace que actúe contra ellas y las destruya.<sup>4,10</sup>

El proceso autoinmune repetitivo disminuye paulatinamente la población de células capaces de producir insulina. La insulinitis, que es la lesión inflamatoria de la diabetes, rodea primero los ductos pancreáticos, sigue con la cápsula de los islotes y por último con las células beta al punto de hacerlas desaparecer con posterior resolución de la insulinitis.<sup>4</sup>

El proceso inmunológico puede presentarse en diferentes estados según el momento del diagnóstico, lo que explicaría la evolución de las diabetes tipo II no insulino dependientes a tipo I insulino dependientes, conforme con la acción agresora contra los islotes y con la presencia de circunstancias individuales.<sup>2</sup> Se han identificado varios anticuerpos en el paciente diabético. Los principales son los antiinsulínicos, los anticitoplasmáticos (ICA) y los que actúan contra una proteína, la 64K de la membrana de la célula beta.<sup>4</sup>

Se está de acuerdo en que se necesita un trastorno genético de base para el desarrollo de la diabetes.<sup>4</sup>

### **Fisiopatología**

En el metabolismo de los carbohidratos en la embarazada se encuentra que en ayunas los niveles de insulina disminuyen y dan lugar a un aumento de los niveles de grasas y proteínas. Estos cambios son causados por el consumo del feto de la glucosa y los aminoácidos maternos en grandes cantidades, consumo que aumenta a medida que el

embarazo progresa y produce en la madre lo que se denomina una “desnutrición acelerada”.<sup>4</sup>

Los requerimientos del feto son de 20 mg/min que corresponden al doble de los de los adultos. El feto obtiene la glucosa por difusión facilitada y sintetiza su propia insulina a partir de la semana 10 de gestación debido a que la insulina materna no atraviesa la membrana placentaria. Además de su acción metabólica, la insulina participa también en el crecimiento fetal y actúa como hormona de crecimiento para el feto. Su liberación en él es generada por los niveles de glucosa materna pero también responde a los niveles de aminoácidos (alanina).<sup>4</sup>

Posterior a la ingesta la mujer embarazada experimenta estados de hiperglicemia, hipertriglicéridemia, hiperinsulinemia y resistencia periférica a la insulina.<sup>(4)</sup> Se especula que esta hiperinsulinemia reactiva obedece a un cambio en la respuesta de las células beta (hiperplasia o hipertrofia) más que a un cambio metabólico periférico y la disminución de la respuesta a la acción de la insulina hace que esta sea considerada como diabetogénica.<sup>4</sup>

Esta acción diabetogénica del embarazo es causada por varios factores de acuerdo con la época de gestación: los de la primera mitad del embarazo, cuando los altos niveles de estrógenos facilitan la acción de la insulina; y los de la segunda mitad, periodo durante el cual un aumento de hormonas hiperglucemiantes como el cortisol, el lactógeno placentario (HPL), la prolactina y la progesterona provocan resistencia a la insulina la cual es compensada con una secreción aumentada por el páncreas.<sup>5</sup> Por último, tenemos al cromio que se une a la insulina y hace que se aumente su actividad metabólica periférica la cual durante el embarazo está disminuida.<sup>4</sup>

### **Factores de riesgo**

Entre estos se encuentran el sobrepeso previo al embarazo, la historia familiar de diabetes (en primer grado), la historia previa de diabetes gestacional, la prueba de tolerancia a la glucosa anormal, el óbito fetal previo inexplicable, el nacimiento anterior de niño macrosómico, el síndrome de ovario poliquístico, una edad mayor a 30 años y ser miembro de un grupo étnico con alta prevalencia (afroamericano).<sup>6,7</sup>

También están los desarrollados durante el embarazo, como la glucosuria registrada en más de

una ocasión, el polihidramnios y la sospecha de producto macrosómico.<sup>7</sup>

Por último están los factores de riesgo para complicaciones en hijo de madre diabética los cuales están relacionados con la clase materna de diabetes, la hemoglobina glicosilada (Hb A1c), la cetoacidosis diabética, el trabajo de parto prematuro y el perfil del pulmón fetal inmaduro.<sup>7</sup>

### **Diagnóstico**

Los criterios diagnósticos se han reconsiderado dadas las complicaciones de la diabetes mellitus gestacional (DMG). Estos fueron revisados por *The International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADPSG), un consenso internacional de representantes de varios obstetras, organizaciones de diabetes y por la *American Diabetes Association* (ADA).<sup>8,9</sup>

Este grupo recomendó realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gr de glucosa en la semana 24-28 de gestación de la siguiente manera: se hace medición de la glucosa plasmática en ayuno, en una hora y a las dos horas en la mujer no diagnosticada previamente con diabetes.<sup>8,9</sup>

Esta PTOG se debe realizar en la mañana después de un ayuno de por lo menos ocho horas y el diagnóstico de DMG se hace con un solo valor alterado. Estos valores son: en ayuno 92 mg/dl (5,1 mmol/l); a la hora 180 mg/dl (10,0 mmol/l); y a las dos horas 153 mg/dl (8,5 mmol/l).<sup>8,9</sup>

Estos nuevos criterios aumentan la prevalencia de DMG debido principalmente a que solo un valor anormal y no dos es la línea suficiente para hacer el diagnóstico de DMG. Además, estos se realizan en el contexto del aumento de la obesidad en todo el mundo y las tasas aumentadas de diabetes con la intención de optimizar los resultados para la edad gestacional de las mujeres y sus bebés.<sup>8,9</sup>

En lo que respecta a los criterios anteriores para el diagnóstico de DMG este se hacía cribado en la mujer embarazada en la semana 24-28 de gestación y en embarazadas con factores de riesgo se recomendaba realizarlo en el primer contacto con el equipo de salud y se repetía a las semanas 24-28 y 32-36. Cuando no se confirmaba el diagnóstico de diabetes gestacional<sup>2,3,5,6</sup> se utilizaba el test de O' Sullivan: carga de 50gr. de glucosa con determinación de la glucemia a la siguiente hora

(independientemente de la hora del día y de la hora de la última comida). Se decía que el test era positivo si la glicemia a la hora era mayor a 140mg/dl. Posteriormente, se haría el diagnóstico con una curva de tolerancia oral a la glucosa con una carga de 100gr durante tres horas y se daba diagnóstico de DMG si dos o más valores se encontraban alterados. Los valores más utilizados eran los de Carpenter y Coustan, los cuales consistían en una glicemia basal de 95 mg/dl; a la hora de 180 mg/dl; a las dos horas 155 mg/dl; y a las tres horas 140 mg/dl.<sup>2,3,5,6</sup>

Por último, son necesarios más estudios clínicos para determinar la intensidad óptima del seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de DMG por los nuevos criterios.<sup>8,9</sup>

## **Diabetes mellitus**

### **Clasificación**

La más mencionada es la del Grupo Nacional de Diabetes (NDDG) del Instituto Nacional de Salud (NIH) de EEUU (1979) que clasifica la diabetes mellitus (DM) en cuatro grupos:

La *espontánea*, que se da en el 90% de los pacientes. En ella se incluye la DM tipo I o insulino dependiente y la DM tipo II o no insulino dependiente.

La *secundaria*, presente en el 5% de los pacientes. Se incluyen las lesiones pancreáticas, la producción de hormonas anti-insulínicas<sup>4,7</sup> y los trastornos de tolerancia a la glucosa.

La *DMG*, en la cual se aumenta de dos a tres veces el riesgo de mortinatos comparado con la población general y existe una probabilidad del 60% de desarrollar DM en 16 años.<sup>4,7</sup>

### **Tratamiento**

En general, el tratamiento de la diabetes incluye educación, plan de alimentación, actividad física, apoyo psicológico e insulino terapia cuando hay hiperglucemia que persiste en ayunas y/o postprandial.<sup>8,9</sup> Una vez clasificado, detectar la presencia de complicaciones de la diabetes revisar el tratamiento anterior y controlar la glucemia en pacientes con diabetes ya establecida.<sup>8,9</sup>

El plan de manejo debe ser formulado como una colaboración terapéutica, es decir, en alianza entre el paciente y su familia, el médico y otros miembros del equipo de salud. La atención médica debe partir de un equipo multidisciplinario que incluya médicos,

enfermeras, auxiliares de enfermería, dietistas, psicólogos y psiquiatras. Es esencial en este equipo colaborativo e integrado que las personas con diabetes jueguen un papel activo en su cuidado.<sup>8, 9, 11</sup>

En el desarrollo del plan deben tenerse en cuenta la edad del paciente, su horario de trabajo y las condiciones de actividad física. Se sugieren ejercicios aeróbicos en períodos entre 30 y 45 minutos, al menos tres veces por semana. Los patrones de alimentación deben programarse de acuerdo con la situación social y los factores culturales. En presencia de complicaciones de la diabetes o de otras patologías preexistentes estos factores deben ser tenidos en cuenta por los proveedores de su cuidado.<sup>8, 9</sup>

En cuanto al manejo de la diabetes gestacional se persigue la normoglicemia como meta primaria ya que esta disminuye la morbimortalidad. Se debe tener un control metabólico acompañado de una estricta monitoría fetal anteparto con el fin de determinar el bienestar fetal, la madurez, el tamaño y finalmente la vía y el tiempo de evacuación.<sup>4, 5</sup>

El control metabólico debe informar sobre el conocimiento de la enfermedad, la educación de la paciente acerca de la importancia de la dieta, la forma de aplicarse la insulina y las posibles complicaciones.<sup>4, 6</sup>

### **DM tipo II o no insulino dependientes y DM tipo I o insulino dependientes**

Se pueden controlar con dieta únicamente, ya que los efectos no están orientados a disminuir de peso ni a suprimir la ingesta de carbohidratos puesto que su restricción aumenta la susceptibilidad a la cetosis y a la hipoglucemia con transferencia de cuerpos cetónicos al feto, lo cual hace de la cetoacidosis materna una complicación letal en el feto en un 35% de los casos.<sup>4</sup>

Sus efectos están orientados a una ingesta calórica adecuada teniendo en cuenta el incremento de peso normal en el embarazo (1,1 Kg /mes). En pacientes obesas (80%) debe haber un control estricto de calorías; en total la ingesta debe ser de 1600 para la muy obesa y de 2200 para la delgada, repartidas en 50% de carbohidratos, 30% de grasas y 20% de proteínas.<sup>2, 4, 11</sup>

Se deben evitar azúcares de absorción rápida, como gaseosas, helados y pasteles. Se hace necesario administrar moléculas complejas como al-

midón, granos y adicionar fibra no absorbible en la dieta ya esta mejora el metabolismo de los carbohidratos y el control de la glicemia. Si no responde a la dieta debe pasarse al régimen de insulina.<sup>4, 6</sup>

En la DM tipo II, si hay fracaso de la dieta se pasa a insulina (humana) para iniciar el tratamiento.<sup>2, 7</sup> Hay que tener en cuenta que los requerimientos de insulina se incrementan en un 75% en la segunda mitad del embarazo. En la primera mitad la dosis debe ser igual o menor que la de antes del embarazo debido al consumo de glucosa del feto en desarrollo y a que la placenta todavía no produce plenamente las diferentes sustancias anti-insulínicas.<sup>4</sup>

### **Complicaciones del recién nacido de madre diabética**

Las principales complicaciones son:

#### ***Hipoglucemia neonatal***

Es la complicación más frecuente y deviene como resultado de la hiperinsulinemia fetal la cual generalmente desarrolla un páncreas hiperplásico e hiperactivo como resultado de hiperglucemia materna.<sup>4</sup>

#### ***Macrosomía***

Es consecuencia de la hiperinsulinemia fetal. Se puede diagnosticar antes del parto por medio de ecografía (peso y tamaño).<sup>4</sup>

#### ***Hiperbilirrubinemia neonatal***

Causada por inmadurez del sistema enzimático hepático, especialmente el catabólico glucoronil transferasa.<sup>4</sup>

#### ***Malformaciones congénitas***

Es una de las causas de morbi-mortalidad fetal. La prevención con un buen control de glicemia en la época pregestacional y en las primeras semanas del embarazo reduce su incidencia. El diagnóstico prenatal es posible por ecografía y por la medición de alfafetoproteína.<sup>4</sup>

Las principales malformaciones se localizan en el sistema nervioso central y en los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, urogenital, y músculo esquelético.<sup>7</sup>

### ***Síndrome de dificultad respiratoria***

Este ha disminuido gracias a las pruebas de madurez fetal *in utero*, al tratamiento de inductores de maduración pulmonar y al uso de surfactante neonatal.<sup>4</sup>

### ***Anormalidades en el metabolismo mineral (Mg<sup>++</sup> Ca<sup>++</sup>)***

Están relacionadas con el hipoparatiroidismo funcional en el recién nacido.<sup>4</sup>

### ***Hiperviscosidad o policitemia neonatal***

Esta complicación contribuye a la formación de trombos en el cerebro y en las venas renales causados por la hiperinsulinemia fetal y la hipoxia tisular. Ello aumenta la eritropoyetina y el incremento de la hemoglobina fetal puede ser la consecuencia de la eritropoyesis que se aumenta mediada por la eritropoyetina o la hiperinsulinemia.<sup>4</sup>

### **Conclusiones**

La diabetes gestacional es el principal padecimiento endocrino del embarazo. Afecta del 3%-5% de las mujeres y comporta una gran cantidad de complicaciones materno-fetales a largo plazo. Esta enfermedad tiene una mucha relación con la edad y la etnia de la paciente y es mayor su incidencia en mujeres mayores de 30 años y en nativas americanas. Por tal razón, las campañas de prevención deben enfocarse en mayor medida hacia estos grupos poblacionales.

Además, la obesidad y el síndrome metabólico son importantes factores de riesgo y deben tenerse en cuenta mayormente, pues en la última década se ha visto un aumento importante de gestantes con antecedentes de obesidad y síndrome metabólico que desarrollan diabetes.

Por ello se deberá enseñar a la paciente hábitos de vida saludable e indicarle la mejor dieta nutricional, así como los ejercicios que puede realizar, todo con el fin de lograr unos niveles de glucosa normales para evitar cualquier complicación en el futuro.

### **Correlación clínico deontológica. Ley 23 de 1981(Caso ficticio creado por el grupo de estudiantes coautores).**

Paciente femenina de 35 años de edad, raza negra, procedente de Toribío, Cauca. G1P0 con 36

semanas de gestación, quien consulta a centro periférico por cuadro clínico de una semana de evolución consistente en dolor abdominal cuyo inicio fue de leve intensidad pero que progresivamente se intensificó. Asociado a esto presenta vómito, dificultad respiratoria, adinamia e hiporexia. La paciente se dejó en observación por 24 hrs y se le realizó una monitoria la cual fue reactiva y posteriormente se le dio salida.

### ***Antecedentes personales***

Antecedentes patológicos: madre HTA.

Antecedentes alérgicos: asma.

Antecedentes tóxicos: negativos.

Antecedentes quirúrgicos:

Colecistectomía hace cinco años.

Antecedentes G/O:

Menarquía a los trece años.

Inicio de relaciones sexuales: 24 años. Fecha de última citología: febrero/2010. Negativa para lesión maligna.

Control prenatal a las 27 semanas de gestación en el que se refirió polidipsia ocasional con resultado de glucemia en ayunas de 110 mg/dL.

Peso habitual: 96 kg, peso actual: 100 kg; talla: 1.58 m; altura de fondo uterino: 29 cm; feto único vivo longitudinal cefálico, frecuencia cardiaca fetal: 145 x min;

Actividad uterina ausente, sin edema ni pérdidas transvaginales.

A la semana 28 de gestación se presenta con resultados de glucosa en ayunas de 85mg/dl; a la hora 199 mg/dl y a las dos horas 159 mg/dl. El médico envía tratamiento y da recomendaciones sobre plan de alimentación y ejercicio.

A las tres semanas la paciente regresa al centro periférico con deshidratación grave, somnolienta, poliuria, polidipsia y pérdida de peso. El médico de turno decide estabilizar y dejar en observación. Se realiza una glicemia cuyo resultado fue de 175 mg/dl y una monitoria la cual sale reactiva. A las doce horas y al ver que la paciente no evoluciona satisfactoriamente, se decide remitirla y en el hospital de tercer nivel se le indica cesárea de urgencia por prueba sin estrés no reactiva: se obtuvo un óbito de 39 semanas de gestación, con peso de 4.620 g.

### Revisión y análisis del caso

En este caso la paciente presenta una demanda ya que al conocerse sus factores de riesgo como la edad, la raza y la obesidad y dado su diagnóstico de diabetes gestacional, en el médico de turno se observa negligencia e impericia al dejar la paciente en un hospital de nivel I y no remitirla a tiempo a sabiendas de sus antecedentes de diabetes gestacional y de las complicaciones que dicha enfermedad trae sobre el feto.

En este caso clínico se estarían violando los siguientes artículos de la Ley 23 de 1981: 1, 4, 5, 10, 15, 16 y 19.

### Bibliografía

- 1 Delgado A. Anatomía Humana Funcional y Clínica. Catorse SCS. Cali. 2001. Pág. 142-145.
- 2 A. Hernández, C. Morillas, C. Riera, J. Graña, C. Meliá. Diabetes Gestacional. *Semergen* 24 (5): 386-390. URL disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/cda/documentos/revistas/pdf/numero5-98/386-390.pdf>
- 3 Grupo de Diabetes de la SAMFyC. Diabetes Gestacional. 2008. URL disponible en: <http://www.obstare.com/variros/revistas/Diabetes%20gestacional.pdf>
- 4 Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. Sexta edición. Cali – Colombia: Distribuna; 2006. Pág. 521-538.
- 5 Vázquez L. Diabetes Gestacional: una entidad en controversia. Madrid-España. URL disponible en: <http://usuarios.multimania.es/archivosgine/eAGO200701/diabetesgestacional1.pdf>
- 6 García GC. Diabetes Mellitus Gestacional. *Med Int. Mex.* 2008; 24(2):148-56. URL disponible: [http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/medicina\\_interna\\_mexico/8%20Diabetes%20mellitus.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/medicina_interna_mexico/8%20Diabetes%20mellitus.pdf)
- 7 Patiño Cossio N.N. Recién nacido hijo de madre diabética. *Rev. Bol. Ped.*, ene. 2008, vol.47, no.1, p.60-66. ISSN 1024-0675. URL disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S102406752008000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S102406752008000100013&script=sci_arttext)
- 8 American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2011. *Diabetes Care*, Volume 34, Supplement 1, January 2011. URL disponible en: [care.diabetesjournals.org](http://care.diabetesjournals.org)
- 9 American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, Volume 34, Supplement 1, January 2011. URL disponible en: [care.diabetesjournals.org](http://care.diabetesjournals.org)
- 10 Hernández M. Conceptos recientes en la etiopatogenia de la diabetes gestacional. Revisión de Tema. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:371-7. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom057f.pdf>
- 11 Rodota L. Diabetes Gestacional. *Nutrilearning*. URL disponible en: [http://nutrilearning.com.ar/docs/notascentrales/diabetes\\_gestacional.pdf](http://nutrilearning.com.ar/docs/notascentrales/diabetes_gestacional.pdf)





# Proceso ético disciplinario No.1367-10

## Auto interlocutorio 081-2010

Santiago de Cali, a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre del dos mil diez (2010)

### Objeto de decisión

Se procede a decidir si en los hechos materia de investigación paciente menor A.A.A. (q.e.p.d.), hay lugar a declarar la prescripción de la acción disciplinaria a favor de los médicos versionados, doctores L.L.L. y G.G.G.

### Consideraciones

#### 1. Hechos y queja

El 14 de mayo de 2010 se recibió en el TEMV una queja interpuesta por la señora Y. A. R. CH., quien con fundamento en el artículo 23 de la Constitución Política y la Ley 23 de 1981 solicita que se investigue a los doctores L.L.L. y G.G.G. Expuso como hechos los siguientes:

1. El 14 de julio de 2005 llevó a su menor hijo A.A.A. (q.e.p.d.) de cuatro meses de edad a la sección de urgencias de la Clínica Santillana porque presentaba vómito, inapetencia, dolor abdominal y decaimiento. Fue atendido por el médico pediatra L.L.L. quien hizo diagnóstico de otitis gripal y prescribió Amoxicilina 250mg, Acetaminofen jarabe y suero oral.
2. Regresó con su hijo a la Clínica Santillana al día siguiente y fue atendido por el mismo médico L.L.L. El diagnóstico fue sinusitis, diagnóstico no sustentado en la HC según el informe del Comité del Departamento de Pediatría de la Universidad Javeriana (folio 0384).
3. Como el niño no presentaba mejoría acudió otra vez a la Clínica Santillana el 17 de Julio de 2010.
4. El niño fue intervenido quirúrgicamente la noche del 17 de julio de 2005 por el Dr. G.G.G. por

invaginación ileocólica la cual posteriormente hizo dehiscencia de sutura y se infectó. En la HC no está el resultado de la patología (resección de intestino) realizada al paciente. El consentimiento informado está sin llenar y hay espacios en blanco.

El 18 de julio durante la evolución del paciente se comentó por parte de un médico de turno si sería prudente dejarlo en ese nivel, a lo que el doctor. L.L.L. respondió que "sí, siempre que no existan signos de infección peritoneal" (folio 0026). En los siguientes días la evolución no fue satisfactoria.

5. El 22 de julio fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Valle de Lilly, a donde llegó con anemia y bajos niveles de proteína en sangre. Se procedió a su estabilización.
6. El 24 de julio el doctor D.P. interviene al menor y encontró una peritonitis generalizada producida por la salida de materia fecal debido a la dehiscencia de suturas de la anterior cirugía. Se practicó una ileostomía y se manejó con antibióticos y ventilación asistida, dado que el paciente se encontraba con una infección generalizada.
7. El 28 de julio se traslada a cuidado intermedio; el 29 presenta complicación y el 30 es intervenido por presentar peritonitis residual.

El día 21 de agosto se le dio salida. Pesaba 8090 gr y tenía orden para control de cirugía pediátrica, nutrición pediátrica y fisioterapia.

La quejosa vuelve con el menor el 30 de agosto para un control y se constata que este sigue

- mejorando; se le indica a la madre volver en tres semanas para el cierre de la ileostomía.
8. El 11 de septiembre el niño es examinado en la Clínica Santillana por presentar sangrado rectal. Lo atiende el doctor L.L.L. quien diagnostica anemia y lo devuelve a su casa. Al día siguiente fue llevado a urgencias por persistir el sangrado y nuevamente es atendido por el médico tratante quien informa a la madre que no había cirujano que atendiera al niño. Comenta que el doctor L.L.L. pasó por alto las recomendaciones de control de cirugía hechas por el cirujano de la Clínica Valle del Lilly y el niño es devuelto a su casa.
  9. En la consulta médica del 23 de septiembre el médico L.L.L. atiende al menor quien presentaba una pérdida de peso 900 gm en 9 días y una temperatura de 34 grados. Califica los síntomas como de una intoxicación por antigripales (folio 0014) y sostuvo que el menor no se encontraba en condiciones para volver a su casa. No obstante se siguieron las recomendaciones y las decisiones médicas del profesional de llevarlo a su casa donde horas más tarde el menor fallece (folio 15).
  10. La señora afirma que antes del fallecimiento de A.A.A. había solicitado mediante acción de tutela a la EPS SaludCoop la realización de los trámites pertinentes para que el niño fuera atendido por un cirujano pediatra. Pidió igualmente ordenar a la EPS SaludCoop que su hijo fuera internado en una clínica confiable (Valle del Lilly) para que se hiciera un diagnóstico apropiado. Infortunadamente antes de producirse el fallo el menor falleció. El expediente fue remitido a la Corte Constitucional y fue objeto de revisión por parte del Magistrado Ponente doctor Humberto Sierra Porto (anexo 9, folio 404).
  11. En el despacho del Magistrado de la Corte Constitucional, se solicitaron varias pruebas técnicas científicas a instituciones y entidades educativas del país especializadas en el sector salud con el fin de que dictaminaran las causas de la muerte del menor y calificaran el servicio de salud brindado al menor fallecido. La Universidad del Rosario y la Universidad Javeriana manifestaron:

**Universidad del Rosario:** “Ante la información referida previamente para esta atención y con el

cuadro clínico del paciente no es posible observar un adecuado y cuidadoso seguimiento de estado de salud” (Anexo 6 folio 387).

**Universidad Javeriana:** “En los controles posteriores a su salida de la Fundación Valle del Lilly se falló en ofrecer los recursos profesionales y técnicos que requería la ostomía (como bolsa, dietas, etc.) para dar un manejo integral y prever el estado de desnutrición y las demás complicaciones que sobrevienen a raíz de la ileostomía y que seguramente contribuyeron a la muerte del paciente” (anexo 6, folio 396).

12. La Honorable Corte Constitucional con ponencia del Magistrado Humberto Antonio Sierra Porto procedió a dictar fallo el cual en el numeral cuarto de la parte resolutive señala: “Advertir a la señora Y.A.R. que puede acudir a las vías ordinarias a fin de que allí se resuelva si en el caso sub judice se presentó responsabilidad civil, médica, penal, ética o de otra índole”.
13. Manifiesta la quejosa que los médicos L.L.L. y G.G.G. son responsables del fallecimiento de A.A.A. pues no le dispensaron los cuidados adecuados al no remitirlo oportunamente, tanto la primera vez como la segunda, a la Clínica Valle del Lilly. Además, no le realizaron los exámenes de rigor para conocer el estado verdadero en que se encontraba el niño cuando fue llevado con síntomas tan evidentes como la baja temperatura, el bajo peso, etc., y que si se los hubiesen hecho probablemente habría sobrevivido.

La señora Y.A.R.CH. solicita con base en los hechos anteriores y de acuerdo con las pruebas documentales y periciales aportadas que se declare que existe mérito para formular cargos por violación a la ética médica a los doctores. L.L.L. y G.G.G.

### **Historias clínicas**

Es necesario relacionar la atención brindada al menor paciente acudiendo a los datos consignados en la historia clínica para el análisis del caso.

#### **Historia clínica de la corporación IPS SaludCoop Occidente (folios 0008 a 0090).**

**Junio 30 de 2005 (folio 0013)**

Edad: cuatro meses 29 días

Motivo de consulta: El paciente se encuentra constipado y le suena el pecho. Está acompañado de su madre.

Enfermedad actual: El paciente es traído por la madre quien refiere que hace un mes su hijo padece tos. Esta ha cedido pero ahora refiere que en la mañana le suena el pecho y presenta secreción nasal transparente. Tiene buena ingesta de alimento, no padece fiebre, y la diuresis es normal.

Refiere asimismo que consultó hace ocho días y le dieron remisión a pediatría, pero como la cita es a un mes lo trae nuevamente a valoración. No está recibiendo ningún medicamento.

**Julio 14 de 2005 (folio 0090)**

Desde las 12 am presenta inapetencia, vómito, no flatos fétidos, no diarrea, piel caliente, tos y congestión nasal.

Amoxicilina, Acetaminofen (ilegible)

Firma ilegible.

**Julio 17 de 2005 (folio 0044)**

Cuadro de cuatro días de evolución que inicia con rechazo a la VO, vómito, pos-prandial, fiebre y una deposición con sangre fétida. Se consulta a la clínica y allí lo manejan con Amoxicilina, Acetaminofen y suero oral. Presenta mejoría parcial.

Hay distensión abdominal, vómito y una deposición con sangre fétida por lo cual consulta. Al examen físico el paciente se muestra quejumbroso, pálido y con mucosas semi-secas. Examen cardiopulmonar normal. Abdomen distendido pero con peristaltismo.

Dx: EDA.

Cx.: Ver órdenes médicas.

Firma: Didier Pedraza. Uniiversidad Libre

**Julio 17 de 2005 5:00 PM (folio 0042)**

Indicaciones: Dejar en observación. Se ordena N.V.O, hemograma, coprológico, radiografía de abdomen serie de pie- SSN 100cc – Ranitidina OS Oral- curva térmica.

**Cirugía pediátrica (folio 0042)**

**Julio 17 de 2005**

Paciente de siete meses.

Cuadro de cuatro días de evolución que inicia con astenia, adinamia, vómito, diarrea con sangre, (ilegible) e irritabilidad que alterna con somnolencia.

La madre consulta a urgencias. Se envía el paciente para su casa con manejo médico.

La madre regresa por persistir el cuadro clínico. Además, el paciente presenta distensión abdominal con deposición; en dos ocasiones con sangre.

Al examen físico el niño se muestra irritable, con las mucosas rosadas. No hay dificultad respiratoria.

Peristaltismo (+) distendido, doloroso a la palpación, no logro palpar... (Ilegible)

Serie de abdomen niveles hidro aéreos, distensión de asas.

Cuadro clínico y hallazgos compatibles con invaginación intestinal. Se pasa turno para cirugía.

Firma y sello:

Dr. G.G.G.

Médico cirujano.

**Hoja quirúrgica (folio 0068)**

**Julio 17 de 2005**

Cirujano: G.G.G.

Anestesiólogo: N. anestesia general

Diagnóstico preoperatorio: invaginación intestinal

Diagnóstico postoperatorio: invaginación ileocólica no reductible

Espécimen enviado a patología: segmento invaginado íleo-ceco-cólico.

Procedimiento Quirúrgico: resección íleo-cecocolónica, anastomosis ileocolónica.

Colocación de catéter subclavio derecho.

Procedimiento: resección transversa en flanco derecho infra umbilical; apertura por planos hasta la cavidad.

Hallazgos: distensión importante de asas delgadas. Se hace expresión retrógrada del contenido luminal. Intento fallido de desinvaginación.

Se realiza resección del segmento invaginado que compromete íleo ciego y colón derecho. Se realiza anastomosis T-T ileocólica un solo plano. Lavado de cavidad con SSN. Sutura por planos. Colocación de catéter central subclavio derecho con técnica de Relclinger. Sin complicaciones.

Firma y sello

Dr. G.G.G.

**Julio 18 de 2005. Hora: 1:11 am. (Folio 0026)**

Paciente con HC anotada pop. Resección ileocólica anastomosis ileocolónica por una invaginación ileocólica no reductible.

El paciente ingresa al piso quejumbroso, irritable pálido. TA: 90/50 FC: 164 FR: 32. T° 37. Con catéter central funcionando.

Sonda nasogástrica que drena el contenido bilioso.

El abdomen presenta una herida quirúrgica entre hed y flanco derecho, limpia, no sangrante. Abdomen sin defensa abdominal; peristaltismo (-) .

GU.: Sonda vesical.

Se comenta con el pediatra de turno sobre si es prudente dejarlo en este nivel y el doctor. L.L.L. manifiesta que sí, siempre y cuando no tenga signos de infección peritoneal; puede quedarse en este nivel para manejo.

Se continuará con órdenes dadas por el doctor G.G.G. El paciente se encuentra quejumbroso a pesar de la dosis de Dipirona; la próxima dosis dentro de cuatro horas se continúa igual.

Firma (ilegible).

**Julio 22 de 2005 (folio 0036)**

Evolución médica.

Paciente pálido decaído con tendencia a somnolencia, irritable, con SNG, drenaje bilioso ± 70cc, mucosas semi secas FC 130' FR. 40'. Afebril... (Ilegible), deposición (-)

CP: Ventilación pulmonar normal. Rs, Cs regulares.

Abdomen RI (-) distendido levemente deprimible.... (Ilegible)

Resto sin cambios. Se intenta tomar muestra para hemoclasificar y se encuentra catéter sub clavo tapado.

Dado que hay deterioro clínico del paciente que posiblemente requiera reintervención quirúrgica se comentara con el Dr. G.G.

Firma ilegible.

Sin fecha (Folio 0051)

Paciente visto por el Dr. Lotero que ordena transfundir 90 cc GR,

Niño que lo valora la Pediatra P.L. y decide remitir a UCI. Se comenta con Tatiana Regional quien autoriza para Fundación Valle del Lilly. La Dra. R. comenta con el médico de UCI, sale niño en compañía de la madre con signos vitales: T° 36 FC. 148 FR. 36 con O2 x cánula en silla de ruedas y los paramédicos servi ambulancia.

Firma y sello ilegibles.

### **Historia clínica de la Fundación Valle del Lili (folios 0092 a 0363)**

#### **Resumen Egreso UCI+ intermedia pediátrica (folio 0109)**

Nombre	A.A.A.
Edad	6 meses
Fecha de ingreso	22 de julio de /05
Ingreso UCI	22 de julio de /05
Egreso UCI	28 de julio de/05
Ingreso UCIN	28 de julio /05
Egreso UCIN	04 de agosto /05
Médico tratante	Grupo UCI

Dictado por: Dr. F. B.

Diagnósticos de ingreso:

1. Obstrucción intestinal
2. Íleo reflejo
3. Postoperatorio invaginación intestinal
4. Resección ileocólica + anastomosis

Diagnósticos de egreso:

1. Obstrucción intestinal
2. Íleo reflejo
3. Postoperatorio invaginación intestinal
4. Resección ileocólica + anastomosis
5. Choque séptico

#### **Causa de admisión y enfermedad actual**

Se trata de un paciente remitido de la Clínica Santillana en donde se encontraba hospitalizado desde el 17 de julio del 2005, día en que fue operado por una invaginación intestinal por cuadro previo de hiporexia, fiebre, vómito y deposiciones sanguinolentas. Su evolución postoperatoria fue irregular con distensión abdominal, íleo drenaje bilioso abundante por sonda nasogástrica, irritabilidad, edema generalizado y compromiso del estado general con somnolencia, decaimiento e hipoactividad, palidez y deshidratación. Los controles paraclínicos muestran caída de hemoglobina de 10 a 7 y una hiponatremia de 131. Los Rx. de control muestran niveles hidroaéreos. El paciente no ha recibido ningún tipo de nutrición en el momento de su cirugía. Por su mala evolución clínica deciden remitirlo a esta institución.

Al momento de su ingreso el paciente se encontraba en regular estado general, irritable, sin disnea, con buena perfusión periférica. Al examen físico es llamativo un abdomen distendido, con leve dolor a la palpación; se deja en observación y se pide evaluación y valoración por cirugía pediátrica.

El 24 de julio es valorado por cirugía pediátrica nuevamente y esta instancia decide llevar el paciente a cirugía laparotómica exploradora y buscar signos de filtración de anastomosis.

El 25 de julio el paciente se encuentra bajo el efecto de sedación para manejo ventilatorio por un proceso de choque séptico posterior a la reintervención quirúrgica. Tiene una adecuada función ventilatoria con inestabilidad hemodinámica y requiere alto soporte inotrópico con dopamina y epinefrina al igual que un alto aporte hídrico.

En la cirugía se encontró dehiscencia de suturas con salida de secreción purulenta y materia fecal a la cavidad abdominal y una peritonitis severa, motivo por el cual se lava y se deja con ileostomía; su abdomen es globoso y doloroso y se hace reajuste de antibióticos con metronidazol, gentamicina y ceftriaxone.

El 29 de julio el paciente se encuentra muy irritable y quejumbroso aunque muestra un buen patrón ventilatorio; sin soporte inotrópico, taquicárdico, con abdomen muy distendido. No tolera la vía oral, motivo por el cual se decide realizar TAC de abdomen el cual muestra abundante cantidad de líquido peritoneal. Se pide valoración a cirugía pediátrica para posible reintervención.

Se decide llevar a cirugía el 30 de julio. El paciente se encuentra activo, aún muy irritable y quejumbroso, con leve taquipnea y estable hemodinámicamente. Se hace una revisión y se encuentra líquido libre en la cavidad, con peritonitis en mejores condiciones sin embargo se decide hacer un nuevo lavado quirúrgico. Sus suturas se encontraron adecuadas y en posición. No había filtración, motivo por el cual después de un lavado exhaustivo se decide cerrar nuevamente.

El 31 de julio de 2005 (folio 0151) se hace un estudio bacteriológico que indica positivo para *Enterococcus faecium* y hongos en herida quirúrgica y en líquido peritoneal.

El 1 de agosto el paciente continúa con una evolución clínica irregular y tórpida. Se observa muy irritable y quejumbroso, con alta producción por sonda nasogástrica e ileostomía, posiblemente secundario a íleo por peritonitis. Su abdomen dis-

tendido y doloroso a la palpación se evalúa nuevamente por parte de cirugía pediátrica, instancia que define un manejo expectante.

El 4 de agosto el paciente presenta un mejor aspecto. Se nota mucho más tranquilo, relacionado, sin dificultad respiratoria, estable hemodinámicamente, que tolera la vía oral y disminución lenta por la sonda nasogástrica la cual se pinza con mayor tiempo. Su abdomen está más blando y su proceso infeccioso está aparentemente controlado. Dada su buena evolución clínica y su estabilidad hemodinámica y respiratoria se decide trasladarlo al cuarto piso para continuar el tratamiento.

Dr. F.E.P., Dra. M.T.A. Dr. C.M.C. Grupo Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos Fundación Clínica Valle del Lili.

#### **Agosto 11 de 2005 (folio 0134)**

Colocación de catéter subclavio para suministro de antibióticos.

Descripción quirúrgica:

Dx. Pre quirúrgico: 1-Antecedente de invaginación intestinal 2-ileostomía 3- sepsis por hongos en resolución.

Dx. Post quirúrgico: Ídem

Procedimiento: Colocación de catéter venoso central subclavio derecho. Técnica de Selinger.

El paciente se envía a recuperación para toma de placa de tórax y posteriormente a su habitación para continuar su manejo.

Firma y sello

Dr. D.A.P.

Cirugía pediátrica.

El 21 de agosto de 2005 (folio 0386) “se da salida con peso de 8090 grs para control de los diversos especialistas que lo atendían (cirugía pediátrica, nutrición pediátrica, fisioterapia, pediatría)”.

El 30 de agosto de 2005 (folio 0386) “control por cirugía pediátrica. Se encuentra en buen estado con peso de 8.135 g. Se recomienda volver en tres semanas para cierre de la ileostomía”.

#### **Continuación de la historia clínica de la Corporación IPS SaludCoop Occidente**

Se consulta nuevamente a SaludCoop, después del alta dada por la Fundación Valle de Lili.

**Septiembre 9 de 2005 (folio 0019)**

Desde hace dos días el paciente se encuentra decaído, ojeroso y triste. Además, presenta síntomas gripales sin SDR.

ANT: Intususcepción – ileostomía por sufrimiento de asas.

Madre con impétigo

Examen físico: Peso: 7.610 gr. T° 36.8 C.

Palidez, decaimiento, disfónico, tos, congestión nasal

Dx: Gripe

Cx: Acetaminofen, Afrisal

Firma y sello doctor L.L.L.

Pediatra de recién nacido

**Septiembre 11 de 2005 (folio 0018)**

Hora: 16:30 Re-consulta

Paciente de 7 meses de edad. Presenta gripe desde hace tres días. Fue objeto de ileostomía-ileostomía por intususcepción hace dos meses. Hoy hace deposición rectal escasa y con poca sangre fresca.

Se observa pálido pero tranquilo. No presenta taquicardia, ambulatorio- No SDR – Congestión alta. Disfónico

Abd. B/D- P (+)

Dx: Sangrado por cicatrización de ileostomía. Anemia ferropénica secundaria.

Cx: T/... (Ilegible).

Firma y sello.

Dr. L.L.L.

**Septiembre 12 de 2005 (folio 0016)**

Hora: 21:25. Reconsulta. ileostomía hace dos meses por intususcepción. Desde ayer sangrado rectal en cantidad moderada en cuatro oportunidades. No sangrado de mucosa expuesta de ileostomía-ileostomía. La madre refiere palidez desde hace cinco días

Tercera reconsulta. La madre exige que lo vea el cirujano pediatra. Hemograma de ayer: Hb: 11.9- VCM: 74.80- RDW 17.3

E. Físico: Peso: 8.100gr T° 36.2 Disfónico congestión nasal- No SDR- Oídos bien. C/P (-) Abdomen B/D P (+) No doloroso. ileostomía viable / permeable. Sin laceraciones ni sangrado. Ano bien.

IDx: Sangrado digestivo bajo

Cx: Valoración por cirujano pediatra.

Firma y sello

Dr. L.L.L.

Pediatra.

Hora: 22:40

Se hace comunicación vía celular con el doctor G.A.S., cirujano pediatra para solicitar interconsulta. Informo que después de un sufrimiento intestinal con isquemia del epitelio y resección de vasos mesentéricos el tejido queda friable, por lo cual se desprende fácilmente y produce mucus y secreción mucosanguinolenta en escasa cantidad, sin implicaciones clínicas diferentes a anemia ferropénica. El doctor G.A.S. explica médicamente vía celular a la madre y ella refiere haber comprendido.

Se explica a la madre cómo mejorar la técnica de manejo de la ileostomía. Se le dice que debe usar bolsas especiales en vez de “trapitos” que podrían aumentar el riesgo de infección por bacterias de materia fecal.

Se sugiere mejorar la alimentación y pasar de una dieta hipercalórica a una dieta de alto valor nutricional, pues hay franca baja de peso.

Dx: Sangrado digestivo bajo post ileostomía

Anemia Ferropénica- DNT. ... Estado gripal.

Cx: Necesidad de bolsas de ileostomía.

Sulfato ferroso 3mg por tres meses. No alimentarlo con colada de plátano o papillas de cereal. Avisar cualquier tipo de cambio

Valoración consulta externa de cirugía pediátrica.

Firma y sello.

Dr. L.L.L.

**Septiembre 23 de 2005 (folio 0014)**

18:10 Hs.

Paciente de 7 meses de edad.

No durmió bien. En la tarde muy irritable Intususcepción junio 17/05

Dx por laparoscopia. Obst Intestinal- Liberación Intususcepción –Lavado de cavidad por peritonitis. Resección Intestinal- ileostomía

“Moquitos” hace una semana. Disfónico. No tos- Recibió 13 gotas de Noxpirin

Antecedentes: Descritos en la enf. actual

Ex. Físico:

Peso 7.200 Tº 34 C

Irritable Frío sudoroso

Glasgow: 15 – Congestión nasal

Dx: Gripe- Intoxicación x Pseudofedrina

Cx: Aumentar calor local

SFN Suspendir noxpirin.

Firma y sello

Dr. L.L.L.

Pediatra de recién nacido

**Septiembre 24 de 2005 6:30 AM**

(Notas poco legibles)...No presenta movimientos respiratorios. No hay reflejo corneano. Resolver, no reanimar... El paciente fallece.

Firma y sello

Dr. L.E.S.

**Informe del instituto de Medicina Legal (folio 0434)**

La quejosa anexó el siguiente documento que hace parte del fallo de tutela de la Corte Constitucional.

**Conclusiones, comentarios y sugerencias**

Se espera resultados de histología para definir causa de muerte, la cual macroscópicamente no se evidencia.

Los fenómenos cadavéricos descritos en la diligencia son tempranos y están acordes con los lapsos de tiempo entre la diligencia y la necropsia.

Dado que en la documentación enviada no se plantea una hipótesis de muerte. El análisis de lo remitido y lo encontrado en el cadáver a la luz de los hechos permiten inferir que el deceso fue debido a una muerte natural.

Atentamente.

**Perito forense. (Firma ilegible).**

**Informes solicitados por la Corte Constitucional**

La HCC solicitó a las facultades de medicina de las Universidades del Rosario, Javeriana, Andes y Nacional conceptuar: a) si a partir de la HC se puede verificar que el diagnóstico y los procedimientos aplicados por la EPS al paciente menor A.A.A., fueron oportunos, apropiados y se agotaron todos

los recursos físicos, científicos y profesionales que ofrecen las EPS para lograr la mejoría del menor; b) si se efectuó un adecuado y cuidadoso seguimiento del estado de salud del menor luego de las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido.

A folio 0378 se encuentra el informe rendido por la pediatra Patricia Granada de Prada de la U. del Rosario, del cual el magistrado Instructor transcribe algunos párrafos:

“En referencia a la oportunidad y pertinencia así como a los recursos técnicos científicos...no se observa continuidad en el manejo como tampoco la adecuada aplicación de la referencia y contra referencia en consideración al antecedente quirúrgico por intususcepción de acuerdo con el registro de atención del 12 de setiembre de 2005...”

“Por las razones anteriormente expresadas la atención ofrecida no permite garantizar la protección de la salud y la vida del menor”.

“Ante la información referida previamente para esta atención y con el cuadro clínico del paciente no es posible observar un adecuado y cuidadoso seguimiento del estado de salud”.

La Universidad Javeriana entre folios 0381 y 0389 rinde el informe solicitado por una junta constituida por el Director (E) del Dpto. de Pediatría, un cirujano general, y un cirujano pediatra, quienes estudiaron el caso desde sus especialidades.

Se hace un resumen de la HC y en sus apartes se hacen observaciones sobre fallas en el manejo:

“Los días 14 y 15 de julio de 2005 el paciente presenta sintomatología de vómito y posteriormente deposición con sangre. Fue tratado inicialmente como cuadro respiratorio y termina con un diagnóstico de obstrucción intestinal por invaginación. No refiere un examen de ecografía abdominal en la historia [...] para un diagnóstico temprano de invaginación [...] que encuentran el día 17[...] cuando se practica cirugía abdominal”.

“Tratándose de paciente con diagnóstico tardío de invaginación y daño intestinal requería ser manejado en UCI”.

“La remisión a la UCI de la Fundación Valle de Lili se hace en condiciones tardías”.

“En las siguientes consultas realizadas en SaludCoop en septiembre llamó la atención que había bajado de peso en más de 400 grs”.

“El control de la ileostomía no fue el más adecuado por parte de quien proporcionaba el cuidado y los elementos para el éxito del tratamiento ya que era evidente la pérdida de peso y el sangrado por el intestino.”.

Se concluye que “...el diagnóstico de invaginación fue tardío. El procedimiento aplicado fue adecuado pero por la gravedad de la patología el posoperatorio ha debido ser manejado en una UCI, lo cual se hizo tardíamente”.

### **Universidad de los Andes**

Por medio de escrito presentado en las Secretaría de la Corporación el día 11 de septiembre de 2006 el doctor Armando Rojas Sánchez, Jefe de Cirugía Pediátrica de la Fundación Santafé de Bogotá presenta el siguiente concepto a nombre de la Universidad de los Andes. A continuación se transcribe el informe.

“Conforme a su solicitud para emisión de concepto respecto al expediente de Tutela T1.247.553 ‘Acción de tutela instaurada por la señora Yohana Andrea Rivera contra SaludCoop EPS’ remitido a ustedes por la Corte Constitucional de la República y después de revisar la fotocopia del expediente en cuanto al acto médico quirúrgico, llego a la conclusión de que la atención practicada al niño Daniel Felipe Rivera fue oportuna y apropiada. Se agotaron todos los recursos físicos, científicos y profesionales ofrecidos por la E.P.S. cuando en la evolución postoperatoria fue remitido a otra institución para ofrecer mejor atención al menor. También se efectuó un adecuado y cuidadoso seguimiento del paciente desde el punto de vista quirúrgico”.

### **Universidad Nacional de Colombia**

El día 18 de septiembre de 2006 fue remitido a la Secretaría General de la Corte Constitucional el concepto presentado por el doctor Fernando Fierro Ávila, Coordinador de la Unidad Pediátrica del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. A continuación, se transcribe el concepto presentado.

Respecto de la primera pregunta formulada, respondió lo siguiente:

*“Se puede verificar que sí se prestó la atención oportuna, apropiada y se agotaron los recursos para proteger la salud y vida del menor. Los proce-*

*dimientos quirúrgicos realizados estaban indicados en su momento, aunque se presentaron complicaciones previsibles, que también se manejaron de acuerdo al conocimiento médico actual.”*

Respecto de la segunda pregunta, el concepto responde lo siguiente:

*“Sí. En este orden de ideas se efectuó un adecuado y cuidadoso seguimiento del estado de salud del menor luego de las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido.”*

### **2. Desarrollo de la actuación**

El Magistrado instructor dispuso el 23 de junio de 2010 abrir investigación ética disciplinaria, tener como prueba los documentos y anexos que se acompañaron a la queja y ordenar la práctica de pruebas empezando por la ratificación de la misma.

### **3. Ratificación de la queja de la señora. Y.A.R.Ch.**

El 2 de mayo de 2010 se presentó ante el TEMV la señora Y.A.R.Ch. quien bajo juramento se ratifica de la queja contra los doctores L.L.L. y G.G.G. Refiere que el fallo de tutela de la Corte Constitucional por vía de revisión le llegó a la antigua casa donde vivía. En cuanto al porqué de no presentarse antes refiere que pensó que necesitaba más pruebas y no tenía quién la guiara. Cuando recibió el fallo se enteró que lo podía hacer ante el tribunal de ética y ante la jurisdicción civil y se demoró consiguiendo un abogado.

Declaró que existe demanda civil que se presentó en este año pero no recuerda en qué juzgado está radicada. Declaró también que no existe proceso penal radicado en fiscalía o en juzgado alguno porque no le ha dado poder a un abogado fuera del asunto civil.

Sobre una probable conciliación dice que en este año 2010 (no recuerda la fecha) estuvo acompañada por el abogado que tiene actualmente, el doctor Humberto (no recuerda el apellido) y los médicos estuvieron presentes pero no quisieron conciliar; los médicos no se presentaron con abogado.

Más adelante afirma que el doctor G.G.G. no le informó acerca de lo que le iban a realizar al niño; simplemente le hizo firmar un papel en blanco. El mismo doctor G.G.G. le pasó el papel en la Clínica Santillana en su consultorio. El consentimiento se lo



entregaron el 17 de julio de 2005 para que lo firmara antes de la cirugía después de que al paciente le tomaron una gamagrafía.

Refiere que el niño permaneció cinco días hospitalizado en la Clínica Santillana. El 22 fue trasladado a la Clínica Valle del Lili, y el doctor G.G.G. ordenó la remisión a dicha clínica. Durante los cinco días que permaneció las 24 horas en la Clínica Santillana acompañando al niño el doctor . G.G.G. lo visitó día de por medio; él solamente le decía que había que esperar la recuperación. Ella le informaba que el niño no dormía y que se quejaba de dolor. Él siempre le decía que había que esperar la recuperación. Le explicó igualmente que remitía al niño a la Clínica Valle del Lili a cuidados intensivos porque se le había despegado el intestino por dentro. Por su parte el doctor L.L.L. nunca visitó al niño cuando estuvo hospitalizado en la Clínica Santillana.

Aclara que durante la hospitalización en la Clínica Valle de Lili, del 22 de julio hasta el 21 de agosto de 2005 el doctor G.G.G. no llamó ni se presentó a la clínica para preguntar por el niño.

Sostiene que al reingreso a la Clínica Santillana el pediatra doctor L.L.L. valoró al menor y llegó a decir que el sangrado por al ano era normal debido a la cirugía. La señora le solicitó que hiciera valorar al niño por un cirujano y él le dijo que no porque el sangrado era normal y ordenó su salida. A raíz de que en la Clínica Santillana no lo atendía un cirujano ella presentó la tutela para procurar que le atendieran al niño. (Subrayas fuera de texto).

El día siguiente (12 de septiembre) regresó con el niño y le dijo al doctor L.L.L. que el niño continuaba sangrando por al ano, que eso no era normal, que el niño estaba desmejorado, con bajo peso. Inclusive le hizo el comentario de que el niño tenía como unas suturas que se veían por donde salía materia fecal ya que el doctor P. le dejó una ileostomía mientras él se recuperaba para hacerle la otra cirugía para cerrar. Añade que en tres semanas era posible con otra cirugía para cerrar la iliostomía pero por esa fecha (12 de septiembre) ya no había convenio entre SaludCoop (que era por ese entonces su EPS) y la Clínica Valle del Lili. (Subrayas fuera de texto).

Entre el 12 y el 22 de septiembre se quedó esperando con el niño en la casa que se resolviera lo del cirujano. Le dieron cita en SaludCoop para el

26 de septiembre de 2005 situación que la motivó a presentar la tutela contra SaludCoop EPS. El fallo por parte del juez de Cali fue posterior a la fecha de fallecimiento de su hijo, que muere el 24 de septiembre. Sucedió que cuando el Juzgado 27 la llama para darle a conocer el fallo de la tutela ella ya no trabajaba en esa dirección y por tanto no estuvo al tanto de lo realizado por el juzgado.

Agrega que el 23 de septiembre fecha de la última consulta lo llevó por urgencias. El doctor G.G.G. lo atendió como en las otras ocasiones y le dijo que el niño estaba intoxicado con antigripales, pero no le realizó ningún examen. El niño estaba bajo de temperatura, bajo de peso y estaba sudando frío. Él le dijo que con unas 20 mil cobijas que lo abrigara bien con eso mejoraba; no le mandó nada, ni ninguna recomendación médica por escrito. Ese día le recordó al doctor G.G.G. que necesitaba que su hijo fuera valorado por un cirujano y le respondió que eran las ocho de la noche y que a esa hora no había cirujano pediátrico en la clínica.

Por último, agregó que el día de la cita para la conciliación con su abogado se presentó la abogada de SaludCoop EPS. Para esa época se encontraba en embarazo y no permaneció mucho tiempo en esa diligencia.

#### **4. Diligencias de versión libre**

##### **Versión libre y espontánea del doctor L.L.L.**

El 22 de julio de 2010 compareció el citado en compañía de abogado. Comenta que se desvinculó de la Clínica Santillana en abril de 2008 y que se enteró de la muerte del menor y del fallo de la Corte Constitucional por una tutela revisada por esa institución y era él uno de los médicos tratantes.

Puesta a su disposición la queja escrita de la madre del menor fallecido dice el doctor L.L.L. que la queja dirigida a este Tribunal de Ética no se ajusta textualmente a los hechos, ni están contemplados la totalidad de los posibles responsables de la atención y sus consecuencias.

El primer hecho, el del 14 de julio, dice el doctor, no se ajusta a la historia clínica textual y en su descripción fue omitido parte del cuadro clínico. El 14 de julio a las 11:05 la madre consulta por inapetencia, irritabilidad, vómito, no diarrea, no flatos y refiere antecedentes de haberle suministrado el día anterior una sopa con pimienta, no siendo esto apropiado para un lactante de cinco meses y

medio de edad. El examen físico evidencia una piel caliente, síntomas gripales consistentes en tos y congestión nasal y opacidad de la membrana timpánica izquierda. Con dicha información considero el diagnóstico de gripa y otitis media aguda y ordeno como medicamento amoxicilina, acetaminofen, suero fisiológico nasal, sales de rehidratación oral y metroclopramida, ajustado estrictamente a la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).

Luego el doctor L.L.L. expresa que en el segundo hecho la madre informa una opinión dicha por él en esas circunstancias de manera incompleta. Dice el doctor L.L.L.: “Lo que le informé es que si lo traía otra vez con los mismos síntomas le iba a decir que tenía la misma enfermedad y que le daría el mismo tratamiento”.

Se hizo el diagnóstico de sinusitis sólo con sustentación clínica y antecedentes de síntomas gripales y “mocos verdes”. Es decir, material purulento que produce la nariz. Dada la no mejoría del paciente se recomendó que en lugar de administrar Amoxicilina por siete días para otitis, ampliar a 14 días según las recomendaciones internacionales del tratamiento de la sinusitis.

Dice el doctor L.L.L.: “En las dos consultas mencionadas del 14 y 15 de julio di recomendaciones en caso de no mejoría y suministre mi número celular para que me llamen.”

La tercera vez que consulta (el 17 de julio a las 5 pm) es valorado por otro pediatra, la Dra. N.P. La madre refiere por primera vez deposición con sangre. La doctora hace Dx de EDA y solicita exámenes y valoración por cirujano pediatra. Se hace Dx abdominal que lo lleva a sus complicaciones.

En la segunda consulta de 15 de julio la causa de consulta es diarrea.

Continúa el doctor L.L.L.: “De la hospitalización por invaginación y sus complicaciones, nunca fui enterado. Se me comentó si era prudente dejarlo en ese nivel y consideré que era prudente si no presentaba signos de peritonitis. Desde su operación y atención en la Clínica Santillana de SaludCoop EPS, su remisión a la Fundación Valle de Lili y atención de sus problemas y complicaciones de la UCI de la Fundación Valle de Lili no tuve ninguna responsabilidad. Solo cuando regresa el 9 de septiembre diagnóstico gripa y prescribo Acetaminofen y Afrisal. No consideré necesario ningún examen y la

apreciación sobre pérdida de peso la atribuyo a que acababa de salir de una cirugía donde cortan y extraen un pedazo de intestino delgado, ciego, válvula ileocecal e intestino grueso (medida no descrita en la historia) y permanece 14 días hospitalizado en una UCI. Estas variables justifican claramente su desnutrición y la necesidad de control por consulta externa, tanto por pediatría como por cirugía pediátrica. Es de resaltar que la HC contenida en el expediente y/o en la queja solo tiene los folios de la atención en los servicios de urgencias donde no se muestra una atención integral”.

Solicita al Tribunal de Ética Médica completar el expediente con HC de consulta externa en la cual puede haber constancia de las recomendaciones dadas a la madre en el sentido de que brinde una alimentación adecuada, pues insistentemente se le recomendaba que diera una alimentación rica en proteínas y dejara a un lado las coladas y los alimentos pobres en hierro.

Cuarenta días después el doctor L.L.L. vuelve a ver al paciente el 11 de septiembre a las 4:38 pm cuando la madre lo lleva a consulta nuevamente por presentar gripa de tres días de evolución y una deposición con pintas de sangre y sangrado superficial escaso por boca de ileostomía. En vista de la preocupación de la madre y de él por el sangrado y la palidez, solicitó un hemograma que mostró una hemoglobina normal de 11.9, si se tiene en cuenta que según las diferentes sociedades científicas la anemia se presenta cuando el nivel de hemoglobina es igual o menor a 10.5 para la edad del paciente.

El día 12 de septiembre de 2005 a las 9:25 pm la madre consulta nuevamente porque el niño ha presentado sangrado rectal en dos oportunidades en escasa cantidad. Reitera la palidez y hace referencia a esta desde hace cinco días. La madre demanda que el infante sea valorado por un cirujano pediatra. Sin embargo se observa al paciente estable, sin necesidad de transfusión de sangre, sin taquicardia, alerta y tranquilo. No se encuentra indicación de cirugía. No obstante, pregunta a la enfermera por el cirujano de turno y ella le informa que es el doctor G.A.S. a quien llamó por celular para que le diera claridad de si existe indicación de valoración quirúrgica y para tranquilizar a la madre.

El cirujano primero le explica por qué las osteotomías (sic), luego de que se han seccionado los vasos sanguíneos durante el procedimiento qui-

rúrgico, quedan con una circulación deficiente y es usual que con el contacto externo la mucosa sangre en pequeñas cantidades.

Le pidió al doctor G.A.S. que le explicara a la madre del menor. Él le explica durante 20 minutos, la tranquiliza y le dice que lo vea por consulta externa.

Agrega el doctor L.L.L. que en ningún momento durante las dos atenciones realizadas por él existe historia que lleve a pensar en la complicación quirúrgica mencionada, pues no hay signos de obstrucción intestinal y por el contrario en la segunda y tercera consultas hay deposiciones diarreicas y nunca información de vómito bilioso.

Hasta este momento su “atención no ha sido negligente, ni indolente sino llena de mucho respeto y profesionalismo”.

Respecto al séptimo hecho de la queja el doctor informa que no pasó por alto las recomendaciones de control a la cirugía practicada, como nutrición pediátrica, fisioterapia y pediatría. Por el contrario, le llamó la atención a la mamá de manera vehemente porque ella le colocaba trapitos a la ileostomía y lo estaba alimentando de manera inadecuada. Le sugirió bolsas de osteotomía y que le suministrara sulfato ferroso a 3 mg Kilo por día durante tres meses y solicitara consulta con el pediatra y cirujano pediatra por consulta externa.

El 23 de septiembre consulta nuevamente por “moquitos hace una semana”, congestión nasal y disfonía. La madre le refiere que la abuela le suministró Noxpirin gotas. “Al examen físico encuentro lactante alerta, con Glasgow de 15 y piel fría y temperatura de 34 grados. Por lo demás en buenas condiciones”. A su consideración no observó que tuviera algún problema compatible con la vida: no taquicardia, buen llenado capilar y pulsos adecuados.

Interpretó el cuadro clínico nuevamente como un estado gripal y la piel fría como resultado de la pseudofremina. Solicitó cobijas para calentarlo y cuando llegó sin ninguna medicación y con una temperatura normal lo dio de alta explicándole a la madre las recomendaciones generales de peligro. volverle pidió que volviera a consultar y como siempre puso a su disposición su número de celular para que llamara en caso de complicaciones.

El doctor L.L.L. llama la atención sobre el hecho de que los informes de las Sociedades Científicas

anexos a la queja solo hacen mención a lo adverso y no refiere los informes que estuvieron a su favor, como el de la Universidad Nacional de Colombia.

Informa que a la fecha sólo fue citado en mayo de 2009 para efectos de conciliación extra proceso y para notificación de un proceso civil.

Agrega que respetuosamente solicita al Tribunal que se sirva ordenar la práctica de las siguientes pruebas:

1. Copia de la HC del menor de las atenciones por consulta externa de pediatría y de cirugía pediátrica.
2. Que se cite a declaración al doctor G.A.S. cirujano pediatra que labora en la Clínica Salud Coop.
3. Que se allegue necropsia del menor si la hubiere por parte del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
4. Un concepto técnico-científico de la Sociedad Colombiana de Pediatría regional del Valle del Cauca.

### ***Versión libre y espontánea del doctor G.G.G.***

El 16 de septiembre de 2010 se presentó al TEMV el citado, acompañado de un profesional del Derecho. Enterado de la formulación de la queja manifestó que como cirujano pediatra de Salud-Coop fue interconsultado por el servicio de urgencias de pediatría para evaluar un niño que completaba aproximadamente 48 horas de observación en ese servicio por un supuesto cuadro abdominal, interpretado como íleo secundario a un proceso infeccioso respiratorio. Por el cuadro clínico y los hallazgos del examen médico físico, como el radiológico, se hace una impresión diagnóstica de invaginación intestinal.

Se decide llevar el paciente a cirugía para una laparotomía, y se encontró una invaginación ileoceólica con distensión de asas intestinales y tercer espacio. La invaginación no redujo manualmente por lo que se realiza resección intestinal del segmento comprometido y anastomosis término terminal de intestino delgado con intestino grueso.

El paciente es hospitalizado y se le hace seguimiento diario durante cinco días hasta que se toma la decisión de remitir a una institución de nivel IV, con la impresión diagnóstica de una posible filtración a través de la anastomosis. La Clínica Santilla-

na no disponía de UCI pediátrica para manejar una reintervención quirúrgica en este paciente.

Dice que hay varias cosas que anotar en lo que respecta a su actuación como cirujano. El manejo quirúrgico de la invaginación intestinal cuando esta no reduce manualmente y si no hay peritonitis ni isquemia masiva del intestino, es la resección intestinal y anastomosis. Continúa expresando que siempre antes de entrar a un procedimiento quirúrgico se les explica a los familiares el procedimiento y las complicaciones que se pueden presentar, como son la filtración a través de la anastomosis, la dehiscencia de la sutura, la obstrucción intestinal, la estenosis y aquellas inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico, como sangrado e infección. Estas complicaciones no necesariamente se derivan de una mala técnica quirúrgica ya que incluyen muchos factores como son las condiciones basales del paciente, su estado nutricional y su proceso infeccioso concomitante. Agrega que por su experiencia como cirujano pediatra el post operatorio de esta patología en circunstancias como las que presentó el niño puede cursar con un íleo intestinal post quirúrgico secundario a la manipulación de las asas intestinales y al edema de las mismas. No había indicación para remitir a otro nivel porque los controles diarios de su estado de hidratación, de sus electrolitos y de su proceso infeccioso no lo ameritaban. Dichos controles están no solo a cargo del cirujano sino también del pediatra que labora en el piso, hasta que se decide el traslado, no porque la familia lo haya solicitado desde días antes, sino porque la evolución clínica en su momento define que debe ser así.

Informa que no conoce el acta de la necropsia practicada al menor por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal. Se le presenta copia de la necropsia y opina que está de acuerdo con el informe técnico y las conclusiones de la necropsia que solicitó el Tribunal.

## 5. Otras pruebas

### Informe técnico de la necropsia médico legal

A folios 0431-0434 se encuentra el informe y necropsia del Instituto de Medicina Legal Seccional del Valle del Cauca. Después de minucioso análisis de condiciones del cadáver y hallazgos se termina con estas conclusiones:

1. Se esperan resultados de histología para definir la causa de muerte, la cual macroscópicamente no se evidencia.
2. Dado que la documentación enviada no plantea una hipótesis de muerte lo encontrado en el cadáver a la luz de los hechos permite inferir que el deceso fue debido a una muerte natural.

### Testimonio del doctor G.A.S.

Esta diligencia se practicó el 3 de septiembre de 2010. Preguntado sobre si recordaba que fue consultado telefónicamente para dar una opinión sobre el paciente menor el 12 de septiembre de 2005 cuando el doctor L.L.L. lo consultó porque el niño había presentado sangrado rectal en dos oportunidades y palidez y la madre le exigió valoración de cirujano pediatra, respondió que recordaba la llamada del doctor L.L.L. quien de una forma muy clara y concisa le describe un paciente estable, que ha presentado dos episodios de sangrado rectal escaso, sin compromiso sistémico por falta de volumen sanguíneo y ha estado realizando sus funciones vitales normalmente. En ese momento a través del celular le explicó a la madre que cuando el recto está en desuso es frecuente que presente sangrados rectales de ese tipo, porque las células del mismo intestino necesitan de las sales biliares del bolo fecal para mantener un adecuado trofismo. Por tener una ileostomía el colon y el recto entran en desuso y su mucosa se despule o desprende y sangra con facilidad, situación que no amerita manejo quirúrgico alguno o intervención, excepto el cierre programado de la ileostomía, a menos que el sangrado sea de tal magnitud que lleve al paciente a un choque hipovolémico, situación que no se presentaba con el paciente. La madre por vía telefónica manifiesta estar satisfecha con la explicación.

Agrega que la Clínica SaludCoop contaba con dos cirujanos pediatras: uno era el doctor G.G.G. y él a la fecha del 12 de septiembre de 2005 (la atención era de 24 horas en disponibilidad de urgencias) no recuerda haber tenido nuevamente contacto con la madre del menor.

## 6. Análisis y conclusiones

La Sala acoge el informe presentado por el Magistrado Instructor. Está de acuerdo en que luego de conocerse los elementos probatorios arrojados al proceso disciplinario como pruebas documenta-

les distintos a la historia clínica, las diligencias de versión libre de los doctores L.L.L. y G.G.G., el testimonio del doctor G.A.S. y la Sentencia T 576/08 de la H. Corte Constitucional, el análisis que de los hechos materia de investigación se puede realizar empiezan cuando el menor A.A.A. es llevado a consulta el 14 de julio de 2005 y presenta sintomatología de vómito y un cuadro bizarro respiratorio alto que venía desde aproximadamente un mes atrás y posteriormente deposición con sangre. Fue tratado inicialmente como cuadro respiratorio y termina con un diagnóstico de obstrucción intestinal por invaginación confirmado por imagenología de rayos X abdominal el día 17 y es cuando se procede a la cirugía abdominal de urgencia.

La Sala considera que el cuadro del paciente con diagnóstico tardío de invaginación y daño intestinal después de cuatro días de evolución debió ser manejado en la UCI. No obstante, dadas las condiciones del paciente se decidió unaintervención en la IPS nivel II de atención y después de cinco días posoperatorio por cuadro severo de distensión abdominal y confirmación por imagenología de niveles hidroaéreos que indicaban nuevo cuadro de obstrucción intestinal y además catéter de subclavía no viable, se remite a la UCI de la Fundación Valle de Lili en condiciones tardías.

Está claro que el manejo en la Fundación Valle de Lili fue oportuno y diligente, habiéndose encontrado peritonitis por filtración en suturas de la cirugía y lo que obligó a realizar una ileostomía además de lavados peritoneales. El paciente responde al tratamiento y a los cuidados postoperatorios y después de ocho días de manejo en la UCI muestra mejoría y es trasladado a manejo intermedio. Se dio de alta el 21 de agosto/05 con peso de 8.090 grs, para control por los diversos especialistas que lo atendían. El 30 de agosto/05 durante el control por cirugía pediátrica se observa que el paciente se encuentra en buen estado, con un peso de 8.135 grs. y se recomienda otro control en tres semanas para cierre de la ileostomía.

Es lamentable que la madre no pudiera llevar de nuevo al menor para cierre de la ileostomía a la Fundación Valle de Lili en razón a que, según su dicho, para esa época se había terminado el convenio o contrato con la EPS SaludCoop.

En las siguientes consultas realizadas en SaludCoop (septiembre 9 al 23) llama la atención el

hecho de que el niño había bajado más de 400 grs de peso. El control de la ileostomía ciertamente no fue el más adecuado ya que era evidente la pérdida de peso, además de la existencia de sangrado por el intestino, agregado ello a situaciones de tipo administrativo como falla de quien proporcionaba el cuidado y los elementos para el éxito del tratamiento, como el suministro de bolsas para manejo de la ileostomía.

Se reitera: el diagnóstico de invaginación fue tardío. El procedimiento quirúrgico fue el adecuado pero por la gravedad de la patología el postoperatorio recomendaba ser manejado en una UCI, lo cual se hizo tardíamente.

### ***La actuación de los médicos versionados***

Por ser esta la primera investigación ético-disciplinara radicada en este Tribunal que tiene como antecedente un fallo de tutela proferido por la Corte Constitucional, más propiamente la Sentencia T-576-2008 de 5 de junio de 2008 con ponencia del magistrado doctor Humberto Antonio Sierra Porto, en donde se reconoce que se desconocieron de manera protuberante derechos constitucionales fundamentales del niño A.A.A. y de su progenitora la señora J.A.R.CH. y se protegió la dimensión objetiva de los mismos pero no la subjetiva por cuanto en el caso del niño el daño se consumó cuando aún sin resolverse en primera instancia la acción de tutela el menor fallece el 24 de septiembre de 2005 en la Clínica SaludCoop, se comprenderá que el compromiso que se tiene como jueces toma unas especiales dimensiones por el alcance o las repercusiones que conlleva la decisión por tomar, máxime si el mismo fallo dejó en claro que se podían promover acciones no solamente de contenido ético-disciplinario, que en este caso no eran otras que acciones contra médicos tratantes de SaludCoop EPS por las consideraciones que se hacen en dicha providencia.

Consecuente con lo anterior, los hechos se pueden dividir en dos etapas relacionadas con la atención del niño A.A.A. en la Clínica Santillana para el análisis del caso: la primera, la atención médica que va desde el 14 de julio al 22 de agosto de 2005, que incluye la cirugía de invaginación intestinal con cuadro previo de hiporexia, fiebre, vómito y deposiciones sanguinolentas y la posterior remisión a la Clínica Valle del Lili; y la segunda, la atención que

va del 9 al 24 de septiembre de 2005 en donde no intervino el cirujano pediatra doctor G.G.G. quien se encargó el 17 de julio de 2005 de la primera intervención quirúrgica. En las dos etapas o períodos actuó como médico pediatra el doctor L.L.L. A estos dos profesionales se les vinculó a la investigación mediante diligencia de versión libre y espontánea.

En materia disciplinaria está proscrita toda forma de responsabilidad objetiva e igual sucede en materia penal, principio rector o norma rectora que emana de la Constitución Nacional al exigir que la persona haya actuado con culpabilidad (Art. 29). Significa lo anterior que solamente puede sancionarse a quien haya actuado culpablemente. Por ello, en el caso objeto de estudio no es el resultado (la muerte lamentable del niño) el punto central por analizar sino las explicaciones que los dos médicos versionados dieron sobre su actuar profesional en donde se observa un comportamiento ético que riñe con las disposiciones consagradas en la Ley 23 de 1981 y su Decreto reglamentario 3380 del mismo año.

El doctor G.G.G. actuó de manera diligente cuando por primera vez, el 17 de julio, examina al menor paciente y concluye que el cuadro clínico y los hallazgos permiten inferir una invaginación intestinal y solicita turno para cirugía. Se trataba ciertamente de una urgencia y procedió a atenderla de manera adecuada mediante un procedimiento quirúrgico que consistió en resección íleo-ceco-cólica, anastomosis ileocólica y colocación de catéter subclavio derecho con técnica de Relclinger.

A pesar de que en su nota operatoria al doctor G.G. haya dicho que no hubo complicaciones, resulta incomprensible que no haya previsto la remisión a una unidad de cuidados intensivos pediátrica en un centro hospitalario de nivel IV en procura de brindar una integral atención médica y clínica al menor A.A.A., atención que no podía ofrecerle la Clínica Santillana en donde él realizó la cirugía por ser ésta de nivel II.

Vista así las cosas, se tendría que el doctor G.G.G. actuó frente a una urgencia manifiesta y por tanto todo aquello inherente a lo que se conoce como advertencia de los riesgos probables en el consentimiento informado no podría merecer reparos desde la óptica ética por cuanto estaba exonerado de hacerlo conforme a lo regulado en el artículo 11 del Decreto 3380 de 1981. Su com-

portamiento presuntamente podría calificarse como desacato al artículo 10 de la Ley 23 de 1981 en el entendido de que la terapeuta correspondiente aconseja remisión por parte suya a un mayor nivel de atención por lo antes comentado.

La actuación del médico pediatra doctor L.L.L. en ambas períodos no fue la más benéfica para el menor paciente, pues contribuyó en la primera de las etapas a que el diagnóstico de invaginación intestinal fuera tardío y en las valoraciones que hizo los días 9, 11 y 12 de septiembre de 2005, de manera especial en esta última, es dicente que ante la insistencia de la madre del niño A.A.A. de solicitar valoración por cirujano pediatra porque presentaba desde el día anterior secreción muco sanguinolenta en escasa cantidad opte por comunicarse telefónicamente con el doctor G.A.S. quien estaba de turno y luego de recibir la madre una información por parte del doctor G.A.S., decida formular acción de tutela contra SaludCoop EPS, que se deduce no estimó convincente y tranquilizante, pues ni siquiera se ordenó su hospitalización. Esta situación fue el detonante para que acudiera por vía de tutela a la protección de los derechos fundamentales constitucionales de su hijo porque percibía que estaban siendo desconocidos o amenazados.

No es aceptable que se califique como interconsulta lo realizado por el doctor G.A.S. en conversación telefónica con el médico tratante Dr. L.L.L. sin conocer el paciente y verificar su estado clínico-patológico antes de emitir un concepto pretendiendo con ello tranquilizar a la madre del menor. La falta de credibilidad de la madre del menor conllevó a que acudiera a la acción de tutela para demandar consulta con cirujano pediatra.

En el caso del doctor L.L.L. la probable falta de observación a normas éticas giraría sobre los artículos 10 y 19 de la Ley 23 de 1981, esta última concordante con artículo 15 del Decreto reglamentario 3380 de 1981. En síntesis, una inadecuada evaluación de la salud del menor que por su gravedad (pérdida de peso de más de 400 gramos, sangrado por el intestino y control de ileostomía inadecuado) ameritaba la interconsulta de colegas en procura de un manejo interdisciplinario.

Sin embargo, estas consideraciones y otras que pudieran complementarse tienen una barrera inquebrantable por cuanto no es posible una formulación de cargos en atención a que la acción disci-

plinaria se encuentra prescrita por haberse superado los cinco años que tienen los Tribunales de Ética Médica para investigar hechos que comprometen al profesional que ejerce la medicina en el territorio nacional. En esta ocasión, se aplica lo previsto en el artículo 30 del Código Disciplinario Único (Ley 734 de 2002) atendiendo a que la Ley 23 de 1981 no tiene norma expresa y no contraviene la naturaleza del derecho disciplinario.

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

## **RESUELVE:**

**PRIMERO.** Declarar la prescripción de la acción disciplinaria a favor de los médicos, doctores L.L.L. y G.G.G., por lo antes comentado.

**SEGUNDO.** Notifíquese personalmente la decisión a los citados profesionales y a sus apoderados, y una vez cumplido procedase al archivo de las diligencias.

**TERCERO.** Comuníquese la decisión a la señora J.A.R.CH., a la Gerencia de SaludCoop EPS con sede en esta ciudad y a la Secretaria de la Corte Constitucional.

Notifíquese y cúmplase

(Aprobado en sesión de Sala Plena del 17 de Noviembre de 2010 Acta N°. 1298)

DR. NÉSTOR HARRY AMOROCHO PEDRAZA  
Presidente  
Magistrado instructor

DR. JOSÉ ACKERMANN IZQUIERDO  
Magistrado

DR. LUIS GERARDO SALCEDO PRIETO  
Magistrado

DRA. ALBA LUCY CORREA JARAMILLO  
Secretaria abogada

DR. HECTOR MARIO RENGIFO CASTILLO  
Magistrado

DR. RODRIGO TRIANA RICCI  
Magistrado

DR. AUGUSTO CUÉLLAR RODRÍGUEZ  
Abogado Asesor





# Proceso ético disciplinario No.1040-08

## Auto interlocutorio 087-2010

Santiago de Cali, a los diez y seis (16) días del mes de diciembre del dos mil diez (2010)

### Objeto de decisión

Se procede a declarar de manera oficiosa la prescripción de la acción disciplinaria a favor del doctor A.B.C., por los hechos relacionados con la paciente I.L.G.

### Consideraciones

La Sala acoge el último informe rendido por el señor Magistrado Instructor. Es evidente que en el proceso de la referencia el acto quirúrgico realizado por el doctor A.B.C. el 18 de noviembre de 2005 marca el inicio del término de la prescripción de la acción disciplinaria. Han transcurrido más de cinco años de este hecho y por tanto hay lugar a declararla de manera oficiosa, lo cual se hace con fundamento en el artículo 30 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único), disposición aplicable en estos casos por no tener la Ley 23 de 1981 norma expresa al respecto y por ser aquella de la misma naturaleza que la que encierra la Ley 23 de 1981. Esta situación ha sido tratada por este tribunal en actuaciones anteriores y encuentra respaldo en la jurisprudencia del Tribunal Nacional de Ética Médica.

En consecuencia, así se dispondrá en la parte resolutive, y se aclara que atendiendo lo dispuesto en el artículo 82 de la Ley 23 de 1981 se da la cesación de procedimiento por encontrarse el proceso en la etapa de juzgamiento (Art. 39 Ley 600 de 2000), toda vez que el doctor B.C. alcanzó a ser escuchado en diligencia de descargos en sesión de sala plena del 20 de octubre de 2010.

### *Llamado de atención sobre el control post-operatorio del paciente en procedimiento de cirugía plástica*

Dada la circunstancia de que en el proceso disciplinario adelantado se trata de una paciente que reside en el exterior y viaja a Cali con el firme propósito de contratar los servicios profesionales de un cirujano plástico acreditado por la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica y que debe regresar en pocos días por factores laborales, el Tribunal Seccional comparte las apreciaciones expuestas por el Magistrado Instructor en la parte final de su informe y estima pertinente que sean conocidas por las sociedades científicas de cirugía plástica y anestesiología del orden nacional y regional.

Se transcribe:

“Es de anotar que la información del estudio realizado por la Federación Nacional de Comerciantes, Fenalco Valle, registrada en el diario El País de la ciudad de Cali, el día 21 de noviembre de 2010 página B2, denota que la mayoría de las personas que acuden a las clínicas de cirugía plástica de Cali son mujeres, y representan el 85% de los pacientes, siendo esta ciudad la segunda ciudad del país con mayor cantidad de clínicas que realizan procedimientos de cirugía estética después de Bogotá; se encuentran asentadas cerca de 40 clínicas de cirugías plásticas y 102 cirujanos plásticos avalados por la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica; se realizan 50.000 procedimientos de cirugía estética de los cuales 14.400 son practicadas a extranjeros. La liposucción, la mamoplastia, la abdominoplastia y las cirugías de nariz son las preferidas.

"Al médico no se le exigen milagros ni realización de actos imposibles pero sí está obligado a conocer concienzudamente todo lo que el arte médico es capaz de enseñarle en el correspondiente medio científico. Es decir, debe hacer todo aquello que esté indicado acorde con el grado de progreso de los conocimientos médicos y de los recursos disponibles en el medio correspondiente y abstenerse de hacer todo aquello que no deba hacerse.

"Al médico lo mínimo que se le pide es que anticipadamente informe al paciente sobre los riesgos que corre con el procedimiento quirúrgico o sobre las secuelas que quedarían, informe que debe hacer con la debida prudencia sin minimizar los resultados, pero sin alarmar al enfermo o sea un equilibrio entre la información y la discreción, y en el caso de la cirugía plástica estética en la cual no se busca restablecer la salud sino aportar una mejoría estética a una situación juzgada incómoda para el paciente, el galeno debe ser mucho más estricto en sus recomendaciones. Estas son razones más que suficientes para llamar la atención respecto al manejo que se ha venido dando a las pacientes procedentes del exterior y que son sometidas a intervenciones quirúrgicas tipo abdominoplastia cuyos cuidados postoperatorios requieren mucho mayor (tiempo alrededor de un mes) para esperar que el paciente esté en buenas condiciones, especialmente si se piensa en el riesgo previsto de una necrosis de piel y de sufrimiento cutáneo, las cuales son complicaciones graves que aparecen cuando la circulación, tanto arterial como venosa, está comprometida.

"Resulta de trascendental importancia recomendar el consenso que la Sociedad Colombiana de Anestesia y la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica promueve en procura de una seguridad alta para pacientes que se someten a procedimientos electivos en donde se supone el riesgo es bajo.

"Cabe destacar:

1. El trabajo en equipo de grupo quirúrgico debe encaminarse a que la mortalidad sea lo más cercana a cero y la morbilidad que ocurra a pesar de los esfuerzos, sea la que resulte en la menor discapacidad posible.
2. Las normas mínimas de seguridad en anestesiología son de obligatorio cumplimiento en todo procedimiento en el cual intervenga un anestesiólogo.
3. Las causas de morbilidad y mortalidad más comunes son eventos relacionados con la trombo-sis venosa, las infecciones, el embolismo graso, el edema pulmonar y las lesiones vasculares.
4. Prevenir la trombosis venosa profunda y el trombo embolismo pulmonar.
5. Se consideran procedimientos de alto riesgo la cirugía combinada con abdominoplastia, los procedimientos de más de cinco (5) horas de duración, las liposucciones de gran volumen (mayor de cinco litros), aquellos realizados sobre pacientes que llegan a ciudades de gran altitud (mayor 2.000 mts) dos días o menos antes de la cirugía, sobre pacientes que aspiren realizar viajes cuya duración sea de cuatro horas o más y que se lleven a cabo antes de transcurrida una semana postoperatoria, y sobre pacientes que se someten a lipoinyección glútea".

Sin otras consideraciones, el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, en ejercicio de las facultades legales conferidas.

## Resuelve

**PRIMERO.** Declarar de manera oficiosa la prescripción de la acción disciplinaria a favor del doctor A.B.C., cirujano plástico, en hechos relacionado con la atención de la paciente I.L.G., por las razones anteriormente expuestas.

**SEGUNDO.** En consecuencia, cesar todo procedimiento en contra del citado profesional por estos hechos.

**TERCERO.** Archivar definitivamente la actuación.

**CUARTO.** Notifíquese personalmente la decisión al doctor B.C. y a su apoderado.

**QUINTO:** Transcribese la parte correspondiente al llamado de atención con destino a la Sociedad Colombiana de Anestesiología, Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica y Regionales del Valle del Cauca.

Notifíquese y cúmplase  
(Aprobado en sesión de Sala Plena del 15 de Diciembre de 2010 Acta N°. 1303)

DR. NÉSTOR HARRY AMOROCHO PEDRAZA  
Presidente  
Magistrado

DR. JOSÉ ACKERMANN IZQUIERDO  
Magistrado

DR. HECTOR MARIO RENGIFO CASTILLO  
Magistrado

DR. LUIS GERARDO SALCEDO PRIETO  
Magistrado instructor

DR. RODRIGO TRIANA RICCI  
Magistrado

DR. AUGUSTO CUÉLLAR RODRÍGUEZ  
Abogado Asesor

