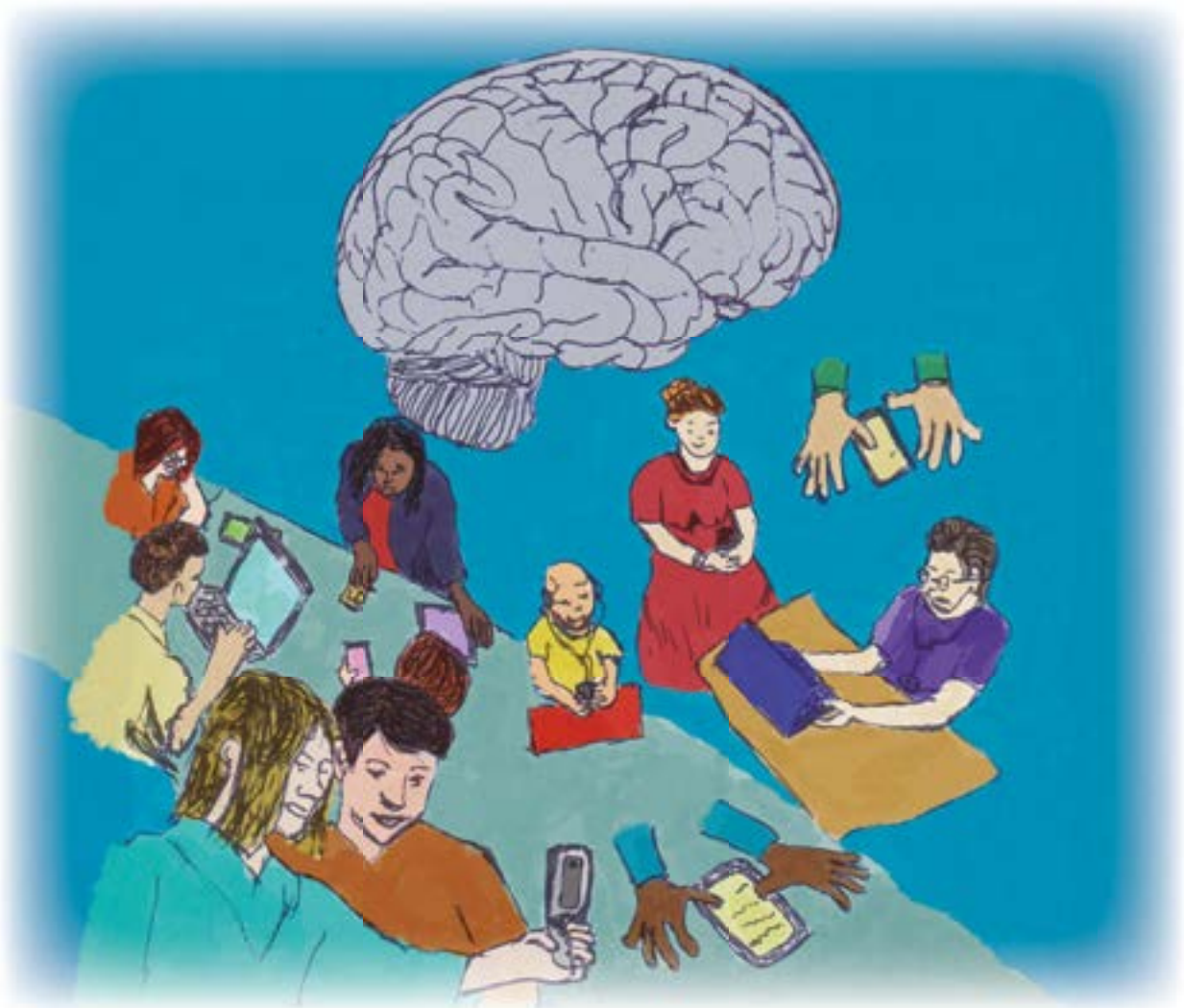


# Tribuna Ética Médica

Vol. 11 No. 1 - 2

Enero - Diciembre de 2016

ISSN: 2011-351X



TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA

Es necesario adecuarse al mundo actual, también llamado “cibernético”. En un contexto de cambios rápidos, impredecibles y bajo el imperio de la tecnología es importante retomar la Ética, así con mayúscula, y es el propósito del presente número.

Pero la tecnología no es inocua, también produce enfermedad como lo expresa el artículo sobre tecnopatías.

El efecto placebo de los medicamentos es una discusión de sobre la validez de su formulación y promoción.

Un programa universitario sobre Ética Médica es una necesidad inmediata e impostergable. El artículo sobre medicina de ayer y hoy delinea claramente ese programa para estudiantes, en un mundo médico economicista y de pérdida de tal práctica ética.

La formación integral del estudiante de medicina complementa esta parte con la educación centrada en el estudiante y no en el docente.

La investigación es el motor para el progreso de la medicina. El respeto a las normas, con un ejemplo específico de una institución de salud, es un llamado a hacerlo en forma adecuada y científica.

La controversia jurídica, a raíz de una sentencia del Consejo de Estado sobre la práctica obstétrica, llama la atención hacia una medicina de medios y no de resultados, como parece ser la tendencia a imponer.

La conservación de la historia clínica en el posconflicto nos muestra la nueva normativa sobre este tema. Especialmente en el campo específico para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán.

*Casita de Campo.* Un relajante paisaje, ante tanto texto especializado, complementado con un poema médico con dejos de melancolía, pero sin olvido del deber.

Los derechos de los niños y las mujeres es una invitación a defender sus derechos y a no temer la denuncia de los agresores, haciendo visible toda clase de abuso para prevenir casos tan lamentables como los que cada vez son más frecuentes.

*Séneca y el bien* nos acerca a este filósofo que con su estilo epistolar expresa la importancia de los preceptos o las normas morales y los orígenes de esta moralidad.

Dos importantes resoluciones a Procesos Disciplinarios a un médico general y a un psiquiatra, complementan nuestra *Tribuna Ética Médica*.

DR. HÉCTOR MARIO RENGIFO CASTILLO

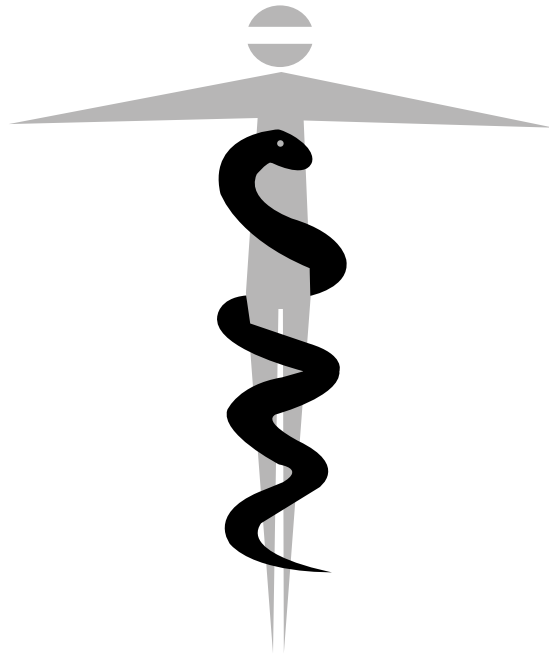


TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA



Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca - TEMV

# Tribuna Ética Médica



Cali, enero - diciembre de 2016

## **Comité Editorial**

*Magistrados*

Néstor Harry Amorocho Pedraza

Fernando Guzmán Mora

Jorge Hernán Jiménez Restrepo

César Augusto Prieto Ávila

Rodrigo Triana Ricci

William Libardo Murillo Moreno

## **Otros miembros**

Luis Miguel Benítez Gómez

Luis Antonio Cuéllar Mendoza

Héctor Mario Rengifo Castillo

## **Relatores**

Augusto Cuéllar Rodríguez

Diana Julieta Olivo Ospina

## **Editores**

Néstor Harry Amorocho Pedraza

Jorge Hernán Jiménez Restrepo

## **Asesor Editorial y corrección de textos**

Jaime Alexándrovich

## **Imagen de portada**

Stella Martínez Monedero

## **Diseño y diagramación**

Lina Marcela Martínez Castrillón

## **Impresor**

Imprenta Departamental IMPRETIC'S

## **Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca**

Calle 5 # 38D-153. Centro Comercial Imbanaco, oficina 202

Tels: (2) 558 0768 – 558 9939 – Telefax: 400 1329

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

E-mail: temvalledelcauca@gmail.com

www.temvalle.org

Los artículos representan la opinión de sus autores y no constituyen necesariamente la opinión oficial del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Por tanto, la revista *Tribuna de Ética Médica* no asume ninguna responsabilidad por las ideas y los conceptos emitidos por los mismos.

La revista *Tribuna de Ética Médica* y su contenido son propiedad del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Cualquier forma de utilización con fines lucrativos como la reproducción, la transformación, la comunicación pública o la distribución, requiere la autorización previa del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

# Contenido

- 5 **Normas e instrucciones para la publicación**
- 7 **Editorial**
- 9 **Tecnopatías y otros problemas derivados del uso excesivo de las tecnologías modernas**  
Dr. Hernando Revelo Hurtado
- 13 **El componente subjetivo en el efecto de un fármaco. ¿Dilema ético?**  
Dr. Camilo Torres Serna
- 19 **La medicina, ayer y hoy. De la ética hipocrática a la economicista. Parte II  
Ética médica para estudiantes de pregrado**  
Dr. Néstor Harry Amorocho Pedraza
- 21 **La educación médica en Colombia: ¿cambio de paradigmas?**  
Dr. César Augusto Prieto Ávila
- 25 **Importancia de la ética médica aplicada a la investigación y a los estudiantes de Medicina**  
Dres. Rodrigo Triana Ricci y Jorge Karim Assis Revéz
- 29 **Controversia jurídica en la práctica obstétrica**  
Dr. Dairo Gutiérrez Cuello
- 33 **Conservación de la historia clínica en el posconflicto**  
Dr. Leonardo Medina Patiño
- 35 **Los médicos y la pintura**  
Dr. Felipe Coiffman
- 37 **Medicina del siglo XXI**  
Dr. William Libardo Murillo Moreno
- 39 **La implementación de los derechos de las mujeres, las niñas y los niños en Colombia**  
Dra. María del Pilar Caicedo Santamaría
- 41 **Séneca y el bien en la ética médica**  
Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo
- 43 **Resolución No. 005-2016.  
Proceso Disciplinario No. 1709-13**
- 49 **Resolución No. 012-2016  
Proceso Ético Disciplinario No. 1768-12**



# Normas e instrucciones para la publicación

## Introducción

La revista *Tribuna de Ética Médica* es el órgano de divulgación oficial del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca (TEMV). El propósito de la publicación es hacer labores divulgativas y docentes sobre los temas inherentes al Tribunal, entre los entes de la salud, la comunidad médica, los profesionales del derecho, las asociaciones científicas y la población en general.

Como parte de las páginas iniciales o preliminares de la revista están:

*Editorial.* Cada número de la revista contendrá un Editorial, cuyo responsable será el editor en jefe, redactado por él o por quien designe este o el Comité Editorial. En algunos casos puede ser suscrito por todos los miembros del Comité.

*Cartas al editor.* Se publicarán las cartas al editor que el Comité Editorial considere que sean de interés para los lectores de la revista.

## Entrega de los artículos

La entrega de los artículos debe cumplir los siguientes requisitos:

- *Acerca de los archivos digitales.* Cada artículo original debe ser entregado en un archivo digital en Word e impreso en papel, presentado en español. Debe elaborarse en papel tamaño carta, a una sola columna, y digitarse en letra Arial 12, a espacio y medio.

- *Nombres de los archivos digitales.* Deben contener un número y un nombre: el número corresponde al consecutivo de aparición de la imagen en el artículo y el nombre debe contener máximo tres palabras. Dentro del texto del artículo las imágenes pueden contener un título y un pie de imagen o leyenda, que deben quedar consignados por escrito en el texto en el cual están pegadas las imágenes.

- *Entrega de escritos que contienen fotos, tablas, esquemas o diagramas.* Los textos que contengan imágenes, sean fotos o gráficas, se deben elaborar y entregar en dos versiones: 1) un archivo en Word que contenga los textos y las fotos, tablas, esquemas y diagramas, pegados en el archivo y ubicados en los lugares en que deben ir en el artículo; 2) archivos adicionales e individuales de todas las imágenes del artículo, sean fotos, tablas, esquemas o diagrama, grabadas en programas o formatos en que se generaron o elaboraron, como Excel, Power Point o jpg.

- *Características de las fotos e ilustraciones.* Deben ser fácilmente reproducibles y poseer buena calidad digital, mínimo doce (12) megapíxeles. Se deben grabar y entregar en el formato original que tenga la cámara. No sirven fotos bajadas de internet en formato GIF, aquellas que se hayan mejorado en tamaño y resolución o renombrado en *tiff, jpg* o *eps*.

## Estructura general de los artículos

La estructura general de los artículos es la siguiente:

1) *Página primera con información de los autores, autorizaciones y conflictos de interés.* A excepción de la editorial, las cartas al editor y los procesos disciplinarios, los artículos deben contener una primera página con los nombres completos de cada uno de los autores, sus números de celular y de teléfonos y direcciones electrónicas.

En estas páginas también debe quedar constancia escrita de las autorizaciones y los conflictos de interés, así:

a) *Autorizaciones de publicación de artículos y de imágenes provenientes de entidades.* En caso de que algún material gráfico no sea propio, contenga rostros, o de que un artículo provenga de una entidad hospitalaria o de otra índole, sea pública o privada, los autores del artículo deben mencionarlo en esta primera página y adjuntar las respectivas autorizaciones de publicación por escrito, emitidas por las personas o entidades poseedoras de los derechos.

b) *Conflictos de interés.* Deben mencionarse también por escrito en esta primera página todos los conflictos de interés que puedan tener los autores.

2) *Cuerpo del artículo.* A excepción de la editorial, las cartas al editor, las memorias, los artículos de la sección *Una ventana a la cultura* y los procesos disciplinarios, los artículos deben tener una cantidad máxima de 2.600 palabras, a no ser que el Comité Científico y Editorial apruebe una mayor extensión por ser de interés especial. La cantidad máxima de palabras definida equivale a unas ocho (8) hojas carta incluidas imágenes, fotos y tablas. El cuerpo de estos artículos debe contener las siguientes partes:

- *Página inicial con título del artículo y datos de los autores.* Debe ir el título del artículo, hasta de 50 caracteres, es decir unas 6 palabras, los nombres completos de los autores y de las instituciones en las que el trabajo fue realizado, y una reseña de cada autor de máximo 30 palabras, con la siguiente estructura:

*Profesiones y especialidades. Cargos en Tribunales, Colegios profesionales o entidades gremiales, si los tiene. Actividades docentes.*

- *Resumen.* Hasta de 150 palabras. Debe contener el propósito del artículo o la investigación, los principios básicos de su elaboración, que incluyen los hallazgos principales, un resumen estadístico si es necesario y las conclusiones. En principio se debe presentar en español y en inglés.

- *Palabras clave.* Se incluirán descriptores que sintetizen los temas tratados, que servirán a los lectores y a los investigadores para la búsqueda y la recuperación de dichos temas.

- *Texto principal.* Hasta de 2.400 palabras. La estructura del texto principal de cada artículo variará según la sección donde debe estar incluido y que se especifica a continuación.

- *Páginas finales del artículo.* Deben contener: conclusiones, referencias bibliográficas, lecturas recomendadas o fuentes señaladas, según sea pertinente y agradecimientos a los apoyos técnicos, financieros o por la elaboración del material, si son necesarios.

## Categorías de artículos

Las publicaciones deben seguir las instrucciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Para mayores detalles, remitirse al International Committee of Medical Journals Editors (ICJME), actualizado en octubre de 2007. La revista está constituida por las siguientes categorías de artículos que se relacionan a continuación.

### 1. Artículos originales

Los artículos originales pueden ser presentados en español o en inglés. El texto principal de los artículos originales debe estar dividido en las siguientes secciones:

- *Introducción.* Debe incluir el propósito del trabajo y el sumario de los motivos del estudio.

- *Materiales y métodos.* Deben describir los modelos y los procedimientos utilizados. Los métodos pueden ser presentados mediante referencias.

- *Resultados.* Deben enfatizar en lo relevante, ser presentados en una secuencia lógica y evitar la repetición de datos contenidos en tablas.

- *Discusión.* Debe enfocarse en los aspectos novedosos e importantes del estudio y en sus conclusiones y evitar la citación de resultados e informaciones ya relacionados en otras secciones. Debe enfatizar su relevancia y sus limitaciones y mencionar las publicaciones futuras o la necesidad de efectuar nuevos estudios a partir de este y presentar recomendaciones.

- *Referencias bibliográficas.* Deben estar numeradas en función del orden en el que aparecen en el texto, con números arábigos y siguiendo las indicaciones del *Index médico*.

- *Agradecimientos.* Si son necesarios, deben relacionarse los agradecimientos a los apoyos técnicos, financieros o por la elaboración del material.

### 2. Artículos de revisión

Generalmente los artículos de revisión son sugeridos por los editores, pero si son relevantes pueden surgir de personas o entidades que los hayan elaborado. Se basan en la revisión de los temas específicos de interés, actualizados y revisados por uno o por más expertos.

### 3. Presentación de casos

Artículos dedicados a la presentación de casos interesantes por ser novedosos, curiosos o por incorporar una enseñanza valiosa. Pueden ir acompañados de ilustraciones y fotos autorizadas.

### 4. Comunicaciones breves

Presentaciones cortas de comunicaciones recibidas o enviadas sobre aspectos específicos, publicados previamente o por publicar.

### 5. Artículos de reflexión

Se trata de artículos de reflexiones éticas o filosóficas, propias de las temáticas de la revista.

### 6. Perspectivas

Son artículos que incorporan ensayos innovadores o estudios prospectivos de interés, elaborados a partir de artículos de actualidad.

### 7. Controversias

Incluyen la revisión de temas que generan controversia, por no existir un acuerdo sobre diagnósticos, enfoques científicos o seguimientos.

### 8. Memorias

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

### 9. Artículos de estudiantes y otros profesionales

Artículos sobre temas de salud elaborados por estudiantes de medicina y por profesionales no-médicos.

### 10. Una ventana a la cultura

Se publicarán en esta sección los artículos de temas culturales que aborden temas culturales en todas sus manifestaciones, como las artes, la historia y la literatura, que el Comité editorial considere que sean de interés para los lectores de la revista. Los textos del artículo deben tener una cantidad máxima de 300 palabras, incluidos el título y los pies de foto, y su cuerpo debe contener los siguientes aspectos:

- *Si se trata de una obra literaria.* Puede ser un breve ensayo, una historia, un cuento o un poema que el autor desee que sea reproducido.

- *Si se trata de una obra pictórica.* En el caso de que el autor desee reproducir un dibujo, una pintura u otra obra gráfica, el cuerpo del artículo debe contener una síntesis de la experiencia profesional del autor, que amplíe lo consignado en la breve reseña de la primera página, y un texto que se refiera a la manifestación cultural o artística practicada por el autor, redactados en tercera persona, que puede incluir los comienzos en dicha práctica, su formación e influencias, las razones o los motivos que lo llevaron a incursionar en esta, comentarios sobre el estilo y sobre otras artes que practique y todo aspecto adicional que el autor desee comentar sobre el tema.

- *Imagen y su pie de foto.* Cuando se trate de obras gráficas, se debe entregar la foto de una obra, acompañada de un pie de foto, redactado al final del texto principal.

### 11. Procesos disciplinarios

Procesos de interés que fueron fallados por el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.



# Editorial

Como editor de la revista del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, quiero dar una calurosa bienvenida a la presente edición de la publicación, correspondiente al año 2016. Ha sido una labor intensa para poner la revista a disposición de la comunidad médica y de los interesados en la ética médica y las humanidades.

Los artículos presentados fueron cuidadosamente seleccionados por nuestro Comité Editorial, cuidando de mantener los mejores estándares de contenido y calidad inherentes a nuestra filosofía de publicaciones pertinentes. Para su selección se tuvo en cuenta las temáticas de actualidad propias de los objetivos de difusión de la revista, como los problemas de salud y la actualidad y la legislación médica.

Finalmente, quiero agradecer el trabajo de discusión, revisión y selección de los artículos que efectuó el Comité Editorial de la revista y también a los autores, que, con su profesionalismo y consagración, permitieron que lográramos esta publicación. Esperamos, entonces, que este número sea de su agrado y, sobre todo, de su interés.

JORGE HERNÁN JIMÉNEZ RESTREPO  
Coordinador de Publicaciones y Educación  
Médica Continuada del Tribunal de Ética  
Médica del Valle del Cauca



# Tecnopatías y otros problemas derivados del uso excesivo de las tecnologías modernas

Dr. Hernando Revelo Hurtado\*

*Lo bueno, poco, es doblemente bueno,  
el exceso envenena y enferma.*

## A manera de introducción

El interés sobre las temáticas que se presentan en este artículo surgió el día que escuché a alguien afirmar que quien no tuviera teléfono móvil no existía... para los demás. Y es que la referencia a los dispositivos tecnológicos, entre ellos los teléfonos móviles, tan presentes en todos los ámbitos de la vida actual, así como la de sus ventajas, beneficios y problemas se han convertido en asuntos prioritarios de investigación y conversación cotidianas, en un mundo que cuenta hoy con 7 mil millones de habitantes y 7,3 mil millones de teléfonos móviles.

Posiblemente una de las primeras formas de comunicación masiva se presentó hace unos 2.800 años a. C., con la invención de la escritura cuneiforme, creada en el territorio que actualmente ocupan Irak e Irán (pueblos sumerios), con la invención de tablas de arcilla grabadas con jeroglíficos, lo que indica que la tecnología ha estado presente para el hombre desde hace mucho tiempo y que sin ella no podríamos vivir ni evolucionar. Es así como para uso de la medicina y la salud se han desarrollado más de 98 mil aplicaciones, como las que sirven para diagnósticos de embarazo y cáncer y otras más especializadas, como la de diabetes social, por medio de la cual los pacientes con esta enfermedad, de los tipos I y II, pueden saber, entre otras cosas, los alimentos que pueden consumir.

Existe una aplicación, Universal Doctor Spiquer, con la cual un viajero que visita otro país y no sabe el idioma,

puede traducir al médico foráneo los síntomas y signos que presente. De todos estos casos particulares podemos inferir que la tecnología puede ser de gran utilidad.

También es importante mencionar la difusión exponencial del conocimiento, a nivel mundial, que internet ha hecho posible. Es así como Wikipedia, una enciclopedia virtual libre, políglota y editada de manera colaborativa, tiene actualmente unos 18 mil millones de consultas al mes, 32 millones de artículos y traducciones a 280 idiomas y dialectos.

## Sobre el tema que nos ocupa: las tecnopatías y otros problemas

Pero el propósito de este artículo es referirse principalmente a las consecuencias negativas de los excesos y los abusos en el uso de la tecnología, lo que se ha denominado tecnopatías, un término nuevo, que aún no aparece en la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10), que designa aquellas producidas por las nuevas tecnologías. Nos referiremos en adelante a las principales, y también a algunos problemas causados por el uso excesivo o equivocado de la tecnología, como los accidentes generados por las tomas de los selfis, fotografías de autorretrato que por lo general se publican en la red.

### Nomofobia

Consiste en el miedo irracional a salir de casa sin el teléfono móvil. El término es una abreviatura de la expresión inglesa *no-mobile-phone-phobia*, es decir, fobia a no

\* Médico, Universidad del Valle, nacido en Guapi, Colombia. Profesor de Semiología, Universidad Libre Seccional Cali.

portar un teléfono móvil. Este padecimiento puede causar angustia, ansiedad, o depresión a quienes constaten que no portan el dispositivo y hasta su cargador eléctrico. A pesar de que esta situación ya es un problema de salud pública no ha sido debidamente atendido, debido a que en alguna medida buena parte de los usuarios ya padecen el problema, y si la padecen todos, o casi todos, es decir, si es colectiva, pues pareciera que no se trata de una enfermedad, sino de algo que es normal.

### **Síndrome de la llamada imaginaria o de la vibración fantasma**

Algunos estudios realizados consideran que cerca del 70 % de los usuarios de teléfonos móviles han percibido en algún momento que los están llamando, pues creen escuchar el timbre del dispositivo (alucinación auditiva) o sentir su vibración (alucinación táctil), a pesar de que estas señales realmente no se han presentado, motivo por el cual este padecimiento se denomina Síndrome de la llamada imaginaria o de la vibración fantasma, lo que se ha incrementado en gran medida por el uso casi permanente del dispositivo por parte de muchos de los usuarios. Al respecto, estudios realizados en España han demostrado que solamente el 30 % de los adolescentes desconecta el móvil al irse a dormir, lo que significa que son sensibles a las llamadas todo el tiempo.

### **Apnea de Whatsapp**

Se define como la ansiedad que genera en el cerebro del usuario la consulta compulsiva de mensajes. La ausencia de mensajes genera en las personas que la padecen un estado de alteración psicológica que provoca ansiedad, y si la comunicación no se produce por al menos medio día puede generar frustración y desmotivación y hasta estados de inestabilidad o inseguridad emocional.

### **Dependencia de internet**

Considero que nosotros debemos ser los amos de la tecnología y no sus siervos; es decir, que la tecnología ha de estar a nuestro servicio, lo que para algunas personas no es así. Estudios efectuados por algunas instituciones del estado español indican que un usuario de ese país utiliza en promedio el móvil unas 150 veces por día. Y eso ocurre en todo el mundo, de tal forma que muchas personas están encadenadas a internet y son sus esclavas, por lo que sufren de la denominada dependencia de internet.

### **Cibercondria**

Se refiere al comportamiento de una persona hipocondríaca, que busca de forma obsesiva información médica en Internet para comprobar si los síntomas que tiene, o cree tener, se deben a una enfermedad grave. Por ejemplo, si una de estas personas llega a concluir, después de consultar internet, que padece cefalea, encontrará en la red al menos 48.000 artículos sobre el tema, algunos de los cuales reforzarán su idea, imaginaria, de que la padece; así que se sentirá enfermo y será un enfermo imaginario. Sucedió en mi práctica médica que un paciente, con una mancha en el rostro, inmediatamente ingresó a consulta me solicitó que le ordenara una biopsia y lo remitiera a un dermatólogo, pues estaba seguro de que padecía de un melanoma, un tipo de cáncer grave en la piel, conclusión a la que llegó, con su hipocondría, después de consultar su supuesto padecimiento en internet. Revisé la mancha y resultó ser algo menor.

### **Efecto google**

Tendencia a olvidar la información que encontramos en internet pues estamos acostumbrados a buscar allí lo que deseamos y a hallarlo con un solo clic.

### **Phubbing: aislamiento social y personal**

Es corriente, actualmente, ver personas que interrumpen la conversación por contestar sus teléfonos móviles, o que cuando comen en compañía de otras personas se olvidan de ellas por estar atentas a su dispositivo, lo cual genera una especie de aislamiento social, casos en los cuales podemos decir que las personas sufren de Phubbing, es decir, situaciones sociales en las que los protagonistas no son las reuniones ni las personas sino la presencia y la utilización obsesiva del dispositivo móvil. Phubbing es una palabra en inglés, unión de dos términos: "phone", teléfono, y "snubbing", desprecio, por lo que el término "phubbing" se refiere a despreciar a otro e ignorarlo para atender el teléfono móvil.

### **Adicción sin droga**

Un grave problema que actualmente aqueja a muchos padres de familia es que, según concepto del doctor Jesús De la Gándara, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Burgos, estos suministran dispositivos móviles y otros dispositivos electrónicos a los infantes con la intención de que jueguen con ellos, pero lo que debió ser una mera diversión, por su uso continuo, se transforma

en una verdadera adicción, que convierte a los menores en personas que presentan aislamiento social y que tienen problemas con el estudio y la comunicación.

Para atender esta y otras patologías, derivadas del uso excesivo de estas modernas tecnologías, una clínica de Bogotá ofrece tratamientos para la adicción al teléfono móvil; también un hospital de los Estados Unidos hace tratamientos para estas patologías, que tienen una duración aproximada de diez días.

### **Tecnoestrés**

Considera el psicólogo Juan Guerrero, director del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional, que el uso desmedido de teléfonos móviles, tabletas y computadores está generando estrés. Y es importante que mencionemos algunas enfermedades que están correlacionadas con el uso excesivo de estos dispositivos.

Hasta ahora nos hemos referido a tecnopatías que generan ansiedad, dependencia, memoria subutilizada, adicciones y aislamiento social. Vamos a comentar ahora otras que pueden producir daños en la visión y la audición, sobrepeso y problemas que afectan la salud y que pueden poner en peligro la vida misma.

### **Síndrome visual informático**

Excesos en el uso de algunas tecnologías nos han llevado a la generación de problemas oculares, como la resequedad ocular, el aumento de la tensión ocular y el glaucoma, de acuerdo con estudios del doctor Masayuki Tatemichi, de la escuela de Toho, Japón.

El ser humano parpadea normalmente entre 10 y 20 veces por minuto, con un promedio de 15 veces, que equivalen a 5,2 millones de parpadeos por año (si consideramos 60 minutos por hora, 16 horas de vigilia diaria y 360 días por año). Una de las funciones principales del parpadeo es que difunde las lágrimas, que alimentan y limpian los ojos, y evita que se formen úlceras en la córnea. Pues bien, el doctor Tatemichi estudió a 5.000 trabajadores que utilizaban durante mucho tiempo el computador y constató que parpadeaban ante la pantalla tan solo 5 veces por minuto, lo que representa casi 1,8 millones de parpadeos al año, o sea que parpadean tres veces menos que en circunstancias normales. El anterior estudio encontró una correlación entre la disminución del parpadeo y el aumento de la tensión ocular, lo que produce compresión y daños del nervio óptico, características del glaucoma, una grave enfermedad ocular, la primera causa de ceguera en personas mayores de edad y la segunda por este padecimiento en el mundo. Por lo anterior, esta tecnopatía se ha denominado síndrome visual informático.

### **Daños en la audición**

Atendí a un muchacho de dieciséis años que llegó a mi consulta con audífonos, en los que escuchaba música durante casi todo el día, como comentó al inquirir sobre la disminución de la audición y los frecuentes dolores de cabeza que padecía. Al respecto, el doctor Brian Fligot, de la facultad de Medicina de la universidad de Harvard, plantea que una persona que escucha música con audífonos durante cuatro horas, sea con un mp3 o un iPhone, puede adelantar treinta años un proceso de ensordecimiento; es decir que, si iba a quedar sordo a la edad de sesenta años, le sucederá a los treinta años. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud considera que 55 decibeles es el nivel de ruido que el oído humano puede tolerar sin alterar su salud. Sin embargo, en la actualidad, muchas personas de nuestra ciudad, Cali, escuchan música a altos volúmenes, costumbre que está causando, además del uso excesivo de audífonos, muchos daños en la audición.

### **Sobrepeso y obesidad**

Antes de la irrupción actual de la tecnología, la gente realizaba mucha más actividad física, lo cual tenía directa incidencia sobre un adecuado peso, eso sí, combinado con una correcta alimentación. Actualmente la tecnología nos facilita muchos aspectos de nuestra vida cotidiana, pero ha generado también graves problemas, pues su utilización produce en muchos casos sedentarismo, lo que implica que la actividad física ha disminuido considerablemente, lo que nos hace propensos al sobrepeso y a la obesidad.

### **Túnel carpiano y tendinitis**

De acuerdo con varios estudios médicos, el síndrome del túnel carpiano y la tendinitis pueden ser causados por hacer movimientos repetitivos con las manos y las muñecas, operaciones que son corrientes al usar algunas herramientas como el mouse o ratón, el teclado y el teléfono móvil. "El síndrome del túnel carpiano ocurre cuando el nervio que va desde el antebrazo hasta la mano, se presiona o se atrapa dentro del túnel carpiano, a nivel de la muñeca, causando entumecimiento, dolor, hormigueo y debilidad en la mano afectada. La tendinitis, por su parte, se refiere a la inflamación, irritación e hinchazón de un tendón, la estructura fibrosa que une el músculo con el hueso", según a la definición que presenta el portal MedLine Plus. Además, el uso excesivo de algunos dispositivos tecnológicos puede generar diversos problemas articulares, quistes y artropatías.

## Cervicalgia informática

En mi consulta atendí a una paciente con dolor cervical, en el cuello, que se denomina cervicalgia, que padecía desde hacía dos años. Durante ese tiempo, había pasado por múltiples exámenes diagnósticos, tratamientos médicos y sesiones de fisioterapias. Interrogada la paciente, comentó con humor, que su oficio era atender todo el día su teléfono móvil, y que su postura usual para utilizar el dispositivo era yacer acostada con la cabeza inclinada. Esta postura, según afirma el doctor Kenneth Hansraj, reconocido cirujano ortopédico de la columna vertebral, de Nueva York, hace que el peso de la cabeza, que al estar de pie es de unos 10 kilos, se incremente considerablemente, dependiendo de la inclinación, lo que afecta la columna vertebral, puesto que se aumenta dramáticamente la flexión de la cabeza, así como el peso soportado y se pierde la curvatura cervical, lo que es una de las causas de la cervicalgias. Y he allí, que la causa de la enfermedad de mi paciente estaba relacionada con un uso equivocado y excesivo de su dispositivo móvil.

## Sospechas sobre otras enfermedades causadas por el uso excesivo de la tecnología

Algunos estudios preliminares, como el que realizó el doctor Fernando Neuspiller, director de un importante grupo médico argentino, líder en reproducción asistida, han mostrado alguna correlación entre el uso excesivo de los teléfonos móviles y el incremento de la infertilidad masculina.

También existen algunas sospechas sobre la correlación entre el uso excesivo del teléfono móvil y el portar el dispositivo cerca de ciertas partes del cuerpo y la aparición de algunos tipos de cáncer, como el cerebral y el de seno, documentados por artículos de algunas revistas médicas indexadas, puesto que este dispositivo emite ondas electromagnéticas que absorbe el cuerpo y que pueden afectar y enfermar a las personas.

## Los selfis y los accidentes

Por último, vamos a hablar sobre los peligros que genera la toma de los selfis. Con los modernos teléfonos móvi-

les, es cada vez más fácil hacerse a uno mismo fotografías espectaculares, que por lo general serán publicadas en la red, pero esta actividad también ha hecho que en los últimos años haya aumentado el número de personas que mueren tomándose esta clase de fotos, pues por estar atentas a las tomas se olvidan de todo lo que está a su alrededor, el contexto, lo que puede producir serios accidentes que ponen en peligro la salud y la vida, como caídas desde lugares altos, ahogamientos, accidentes de tránsito o ataques de animales.

## A modo de epílogo

A pesar de que temo que algún día el uso excesivo de la tecnología sobrepase la interacción humana, es mi ferviente deseo que algunos gobernantes, profesionales de la salud, científicos y, aun, ciertas personas con claridad sobre los problemas que acucian al mundo en cada época, vayan encontrando –como hasta el momento ha sucedido–, soluciones a los graves problemas que he presentado en este artículo.

## Bibliografía

- *Tecnopatía: enfermedad causada por las tecnologías del siglo XXI*. Julián Lacarte. Publicado por el autor en agosto 25 de 2014.
- *Las tecnopatías: enfermedades causadas por las tecnologías del siglo XXI*. Dr. Antonio López Farré, Director Científico de Teinteresa. Publicado: 25/enero/2014.
- ¿Qué son las tecnopatías?: Facebook y WhatsApp provocan diversos trastornos *psíquicos*. Publicado: 28/abril/2016, 12:40 GMT.
- *Tecnopatías, enfermedades tecnológicas de hoy*. Publicado: 11/mayo/2015, 15:13.
- *Las Tecnopatías de nuestra época*. Dr. Carlos Estrada.

# El componente subjetivo en el efecto de un fármaco

## ¿Dilema ético?<sup>1</sup>

Dr. Camilo Torres Serna. MD. PhD\*

### Resumen

Se hace una revisión del origen de los fármacos, las razones filosóficas, psicológicas, epistemológicas, pedagógicas y sociológicas en las que basamos su uso y de los aspectos bioquímicos reales que ellos afectan. Se enfatiza la importancia del efecto placebo y los factores que influyen sobre este en el resultado final del uso de un fármaco.

### Summary

A review of the origin of the drugs is done, philosophical, psychological, epistemological, pedagogical and sociological reasons on which we base use and actual biochemical aspects affecting. The importance of the placebo effect, and the factors influencing it, in the end result of the use of a drug is emphasized.

### Palabras clave

Fármaco, placebo, nocebo, humores.

## Introducción

Existen cientos, quizás miles de opciones terapéuticas: la cirugía, la psicoterapia, la acupuntura, la terapia neural, la hipnoterapia, la risoterapia, la radioterapia, la fisioterapia, etc. La farmacología es solo una opción terapéutica más, pero una opción con unas características muy claras:

- *Es la intervención sanitaria más frecuente.* La gran mayoría de las personas la prefieren, por lo menos la primera vez que enferman.
- *Es la intervención sanitaria más documentada.* La investigación farmacológica es la más seria y la más contro-

lada en el mundo. Los mejores ejemplos de diseño epidemiológico existen en la investigación farmacológica.

- *Es un rasgo cultural.* A las personas les "gusta" tomar medicamentos. Los sanos andan buscando qué "reconstituyente" pueden consumir sin necesitarlo.
- *Es clave en la relación médico-paciente.* Cuando a un paciente no se le receta algo, se siente engañado.
- *Tiene un enorme efecto simbólico.* La logística y parafernalia que implica tomarse una tableta, un jarabe o aplicarse una inyección o un supositorio se vuelve un rito de fe, casi que religioso.

\* Médico Cirujano, Magíster en Farmacología, Magíster en Salud Pública, Magíster en Dirección Universitaria, Candidato a Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor Titular de Carrera de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre, Seccional de Cali.

1. Extracto de la conferencia dictada en el XII Seminario del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca "Dilemas éticos: Medicina alopática – Medicina complementaria. Promédico, Cali, octubre 15 de 2015.

- *Distrae los problemas reales de la salud.* Mientras las personas consumen medicamentos que las alivian por un rato, los problemas de salud pueden agravarse.
- *Es la responsable del mayor gasto de bolsillo en la salud y del segundo rubro de los sistemas de salud (solo lo supera el gasto en recursos humanos).* En los países latinoamericanos, el gasto en medicamentos se aproxima al 40 % de los presupuestos de los sistemas de salud. En los llamados países desarrollados este gasto se encuentra entre el 12 % y el 20 % de sus presupuestos de salud.

## Antecedentes del uso de fármacos

Todo hace creer que los “fármacos” se han utilizado desde el origen de la humanidad. Entendemos el término fármaco en su concepto más amplio como “sustancia exógena con actividad biológica, diferente a los alimentos, que usamos para diagnosticar, prevenir o tratar una enfermedad o dolencia” (definición de la Food and Drug Administration).

Desde épocas remotas existen reportes de muchos tratamientos de origen animal que, de acuerdo con la definición anterior, podríamos denominar “tratamientos farmacológicos”:

- Lombrices de tierra con miel para la gastritis.
- Cerebro de lechuza para la cefalea.
- Cerebro de borrego para el insomnio.
- Cráneo de humano pulverizado para la epilepsia.
- Hígado de chivo para la hepatitis.
- Pulmón de zorra para la tuberculosis.
- Testículos de conejo para la disfunción eréctil.
- Estiércol de vaca para la conjuntivitis.

Y muchas alternativas más, que aún hoy se siguen utilizando en diferentes culturas.

El reporte más antiguo del origen vegetal de los medicamentos es el uso de la corteza del sauce que hacía Hipócrates 400 a.C. Esa corteza, rica en salicilatos, es la precursora de la aspirina de hoy.

Secuencialmente aparecen en la historia muchos tratamientos de origen vegetal, entre los cuales vale la pena destacar:

- El helecho macho para el parasitismo intestinal.
- La digital para la hidropesía y la falla cardíaca.
- La quina para el paludismo.
- El cornezuelo para las hemorragias posparto.
- La belladona para los cólicos abdominales.

El mayor interés farmacológico lo tuvo el uso del opio, del que se extrajo, en 1805, la morfina, considerada el primer principio activo farmacológico obtenido por la humanidad.

A partir de ese hallazgo, los farmacólogos han venido desarrollando miles de principios activos, entre los que se destacan, por su importancia terapéutica:

- Éter anestésico (1846).
- Aspirina (1853-1897).
- Fenobarbital (1904).
- Insulina (1921).
- Penicilina (1928).
- Anticonceptivos hormonales (1950-1960).

La aparición y la utilización de los anticonceptivos hormonales para enfrentar la explosión demográfica del mundo, el más grave problema de la época, constituyeron la primera revolución sexual de la humanidad, por la sensación de libertad que dio a la mujer. Para muchos la aparición de los anticonceptivos hormonales marcó el inicio de lo que se ha denominado la liberación femenina y el auge de los movimientos feministas.

A partir de esos años el aumento de principios activos farmacológicos ha sido exponencial, entre los que se destacan:

- Clorpromazina (1951).
- Benzodiazepinas (1957).
- Betabloqueadores (1960).
- Bloqueadores H2 (1970-1980).
- Sildenafil (1998).

La aparición del sildenafil y su efectividad en la disfunción eréctil, es considerada la segunda revolución sexual de la humanidad.

## Fuentes que sustentan el uso de fármacos

Esta evolución farmacológica se ha sustentado en cinco fuentes que rigen el uso actual de los fármacos (figura 1):

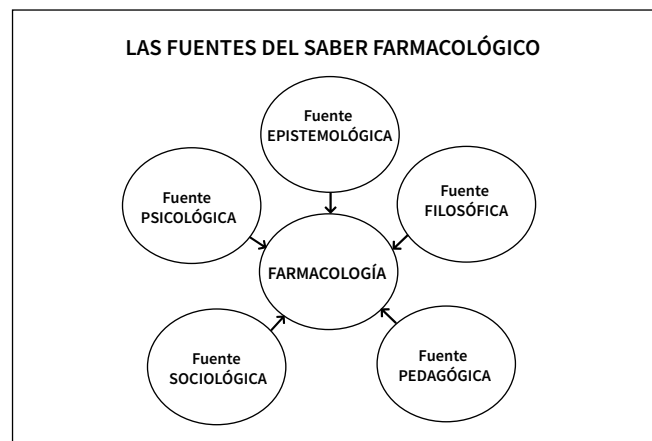


Figura 1. Fuentes que sustentan el desarrollo del saber farmacológico



- *Fuente filosófica.* Durante toda la evolución de la humanidad, el ser humano ha buscado la solución a sus problemas médicos, y a veces no médicos, utilizando sustancias externas (plantas, químicos, etc). Los alquimistas buscaban la “panacea” e Hipócrates planteó el máximo axioma de la medicina: “Las enfermedades son un desequilibrio de los humores”.

- *Fuente epistemológica.* La verdad farmacológica es uno de los postulados más cambiantes de la ciencia médica, puesto que el fármaco que hoy es una opción puede ser ampliamente superado mañana. El uso de fármacos se basa en la evolución, el constructo y la acumulación de la evidencia científica, razón por la cual dicho uso es la intervención sanitaria más documentada en la ciencia médica.

- *Fuente pedagógica.* El conocimiento de la farmacología debe nutrirse de las ciencias básicas generales (química, matemáticas, biología, etc.) y de las ciencias básicas médicas (anatomía, fisiología, bioquímica, etc.) y es a partir de esas ciencias que debe generarse y construirse el conocimiento farmacológico que se utilizará en la terapia clínica. No contar con un adecuado sustento pedagógico conlleva un mal uso de los fármacos.

- *Fuente sociológica.* El uso del medicamento es un rasgo cultural que se mueve entre la magia y la realidad. Las personas son afectadas por los fármacos de una manera real, pero ese efecto tiene una gran influencia del contexto social: los comentarios, el sabor del fármaco, el fabricante, etc. Además, la recomendación de medicamentos es un

factor clave en la relación médico-paciente y es responsable del mayor gasto médico en todos los sistemas de salud del mundo.

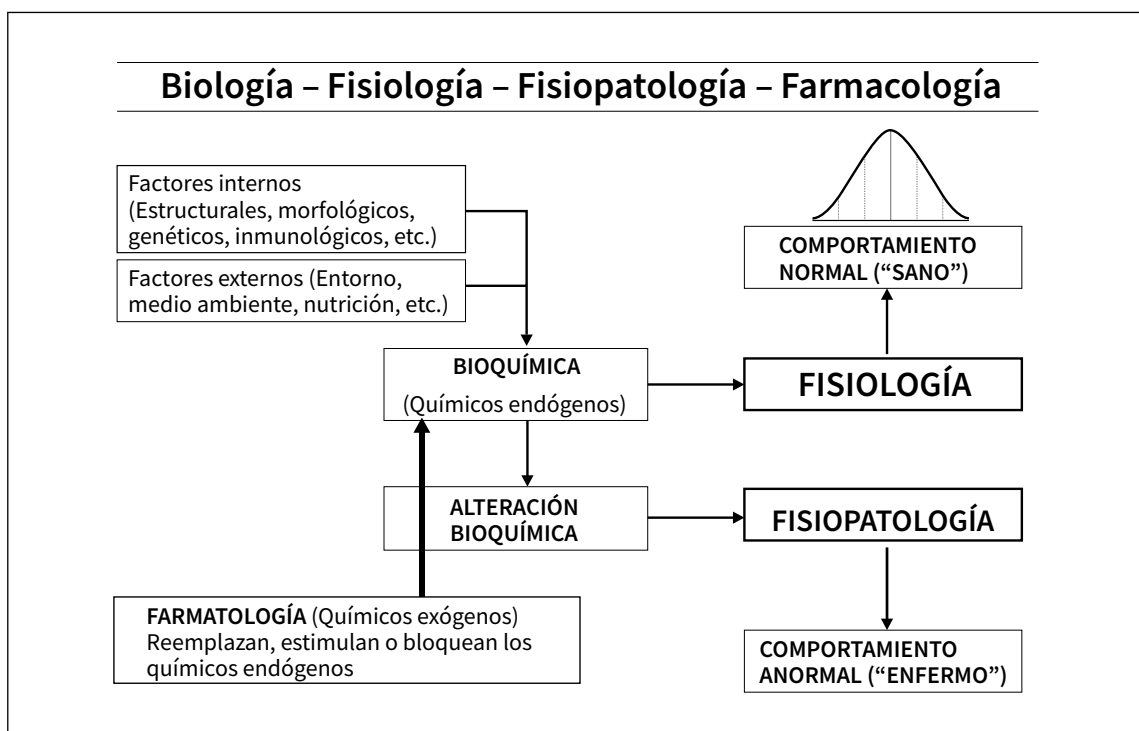
- *Fuente psicológica.* Todos los fármacos tienen un efecto real y un efecto psicológico. ¿Qué tanto se da de cada uno? ¿Cuál domina? El uso de fármacos tiene un enorme efecto simbólico y por ello el aprendizaje de la farmacología siempre debe partir de la fuente psicológica que respalda el uso de un fármaco.

## ¿Cómo funcionan los fármacos?

Nuestro organismo requiere un sinnúmero de sustancias químicas (bioquímica) para que pueda funcionar (fisiología). Estas sustancias son clasificadas en neurotransmisores, neuromoduladores, neuromediadores, neurofinas, neurohormonas, hormonas, autacoides, vitaminas, minerales, electrolitos, oligoelementos y muchas más. Son sustancias que deben conservar un perfecto equilibrio biológico, denominado homeostasis.

Muchos factores internos de nuestro organismo (morfológicos, genéticos, inmunológicos, etc.), o externos (medio ambiente, nutrición, etc.) pueden originar un desequilibrio de esta bioquímica y producir un mal funcionamiento (fisiopatología).

Se puede buscar recuperar ese equilibrio bioquímico administrando sustancias exógenas (fármacos) (figura 2).



**Figura 2.** Relación bioquímica-fisiología-fisiopatología-farmacología.

Hipócrates fue la primera persona que describió la relación bioquímica-patología y esta es una de las principales razones por la cual se le considera el padre de la medicina. Solo que él no habló de sustancias bioquímicas sino de “humores” corporales y describió cuatro:

- Bilis amarilla: colérica o irascible.
- Bilis negra: melancólica o triste.
- Sangre: optimista o sanguínea.
- Flema: apática o flemática.

Para Hipócrates, una personalidad normal tenía un balance funcional entre los cuatro humores y en una personalidad patológica predominaba un humor. Para él, la enfermedad era un “desequilibrio de los humores” y ese es un concepto aceptado hoy en día por todas las diferentes modalidades terapéuticas existentes, la medicina alopática, la homeopatía, la terapia neural, la acupuntura, etc., que tienen como objetivo recuperar el equilibrio biológico, presuntamente alterado.

Dentro de las estrategias de búsqueda del equilibrio biológico, la farmacología alopática es la modalidad terapéutica más empleada en el mundo entero, la de mayor evidencia científica, la preferida por médicos y por enfermos.

## El efecto placebo

El resultado del uso de un fármaco puede deberse a los cambios bioquímicos reales que su principio activo cause en un organismo, su efecto real, o a los cambios bioquímicos que surjan en ese organismo, precipitados por el solo hecho de usar el medicamento, efecto que muchos llaman psicológico, pero que es más adecuado denominar *efecto placebo*, cuando es beneficioso para el organismo, o *efecto nocebo*, cuando es perjudicial.

El resultado final del uso de cualquier fármaco es la suma del efecto real y el efecto placebo. El efecto real es demostrable por investigación cuantitativa (evidencia científica), el efecto placebo o nocebo es cualitativo y está sustentado en la relación humana médico-paciente y en todo el entorno que rodea esta relación (figura 3).

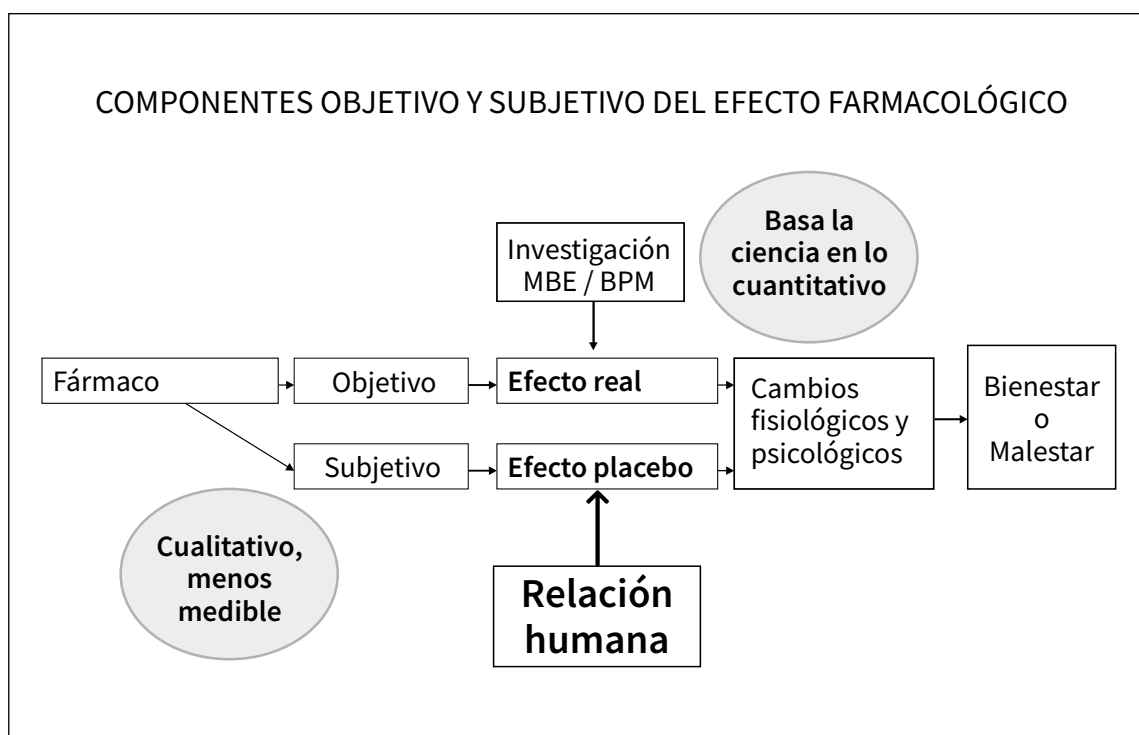


Figura 3. Efecto real y efecto placebo

Siendo la relación humana la más importante en la inducción de un efecto placebo (o nocebo), se han identificado múltiples factores del entorno que pueden influirlo:

- *Punto de atención.* Un sitio amable disminuye la ansiedad de las personas, la limpieza genera confianza. La música contribuye a controlar algunos

síntomas, por ejemplo, se sabe que la presión arterial disminuye con *Las cuatro estaciones*, de Vivaldi; con la *Serenata número 13 en sol mayor*, de Mozart, y con el *Concierto para violín*, de Beethoven; la cefalea se puede disminuir con el *Sueño de amor*, de Liszt, o con la *Serenata*, de Schubert, y los espasmos o cólicos intestinales. con la *Música para la Mesa*, de

Telemann, y el Concierto de arpa, de Haendel. ¿Fantasía o realidad?

- *Presentación del producto/servicio.* El empaque de un medicamento representa confianza para el consumidor.
- *Sabor.* Hay evidencia de que los medicamentos amargos alivian más rápido: las personas no desean tomar más ese horrible fármaco.
- *Dolor.* Gran parte del alivio que suministra una inyección está dado por el mecanismo psicológico de no desear recibir más de éstas.
- *Color.* Se ha demostrado que los medicamentos rojos generan mayor efecto placebo.
- *Precio.* Es uno de los factores que más efecto placebo genera: los medicamentos costosos son percibidos como muy buenos, los medicamentos baratos, como muy malos.
- *Publicidad.* La propaganda que presenta “testimonios” de efectividad de un medicamento puede incrementar el efecto placebo.
- *Fabricante.* Un fabricante de prestigio genera efecto placebo: “Si es de Bayer es bueno”.
- *Instrucciones.* Se ha comprobado que cuando el fabricante da muchas instrucciones detalladas sobre el uso de un fármaco, las personas reaccionan más positivamente a su consumo.

## Conclusiones

El efecto de un fármaco puede tener una sustentación científica real, pero se requiere estimular en los pacientes un efecto placebo para obtener un resultado pleno; generar el efecto placebo es una medida éticamente aceptable, siempre y cuando se conserve el principio de beneficio del paciente y no se mienta; en esto no hay dilema ético. Sucede que muchas personas, especialmente no médicas, confunden el efecto placebo con promover el engaño, pero son dos cosas diferentes. No se trata solamente de salud física, sino de salud mental y social: es bienestar (concepto OMS). Por ello, las abuelas consideran que las plantas crecen mejor cuando se les habla.

## Bibliografía

- Bousset, P. Bonnemain H. Bové F. *Historia de la farmacia.* Ed. Egedsa, Barcelona, 1984.
- Fauvet, J. *Las etapas de la medicina.* Ed. Surco, Barcelona, 1946.
- Laín, P. *Antropología médica.* Ed. Salvat. Madrid, 1984.
- Laín, P. *Historia universal de la medicina.* Ed. Salvat, 1972.
- Litter, M. *Compendio de Farmacología.* Ed. Ateneo. Buenos Aires, 1972.
- Mahoney, T. *Los vendedores de vida.* Ed. Ágora, Buenos Aires, 1968.
- Saavedra, JJ. *De los medicamentos y aledaños a través de los tiempos y los años.* Lafranco, 1990.
- Valdecasas, FG. De la terapéutica empírica a la farmacología molecular. En *Bases farmacológicas de la terapéutica medicamentosa.* Ed. Salvat. Madrid, 1978.



# La medicina, ayer y hoy. De la ética hipocrática a la economicista. Parte II

## Ética médica para estudiantes de pregrado

Dr. Néstor Harry Amorocho Pedraza\*

### Introducción

En el artículo anterior, parte I, publicado en el volumen 10, No. 1-2, de enero a diciembre de 2015, hicimos, por recomendación de los Decanos de seis Facultades o Escuelas de Medicina del Valle del Cauca, la convocatoria de Institutos Prestadores de Salud (IPS), y con participación de sus representantes se llevó a cabo un conversatorio el 18 de mayo de 2016, en las instalaciones de Promédico de Cali, que contó con la presencia de la Secretaria de Salud Departamental, quien manifestó "su preocupación por "la pérdida del compromiso ético de los médicos", cuando se dirigió a los trece representantes de las IPS que se hicieron presentes en el evento<sup>1</sup>.

### Conversatorios sobre cátedra, cursos y semilleros de investigación sobre ética médica

Tenidas en cuenta las conclusiones y observaciones de los conversatorios con los Decanos de Medicina y con los gerentes de las IPS presentes, el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca (TEMV) convocó a una nueva reunión con los Decanos, conversatorio que se llevó a cabo el 1 de junio de 2016, en la que se sacaron las siguientes conclusiones:

1. Se volvió a retomar el tema de la cátedra de ética médica al interior de la universidad, en los últimos semestres.

2. Se propuso la realización de jornadas semestrales para estudiantes de pregrado, a cargo del TEMV.
3. Se planteó la necesidad de fomentar semilleros de investigación para el análisis de faltas éticas de mayor frecuencia en la práctica profesional médica.
4. Se consideró la necesidad de estandarizar la cátedra de Ética Médica, a partir de la norma deontológica de la Ley 23 de 1981, o de la que la reforme, para lo cual se puede tomar como modelo la presentada por el Instituto de Medicina Legal<sup>2</sup>.

### Presentación de un programa de ética médica para pregrado

El 7 de junio de 2017, se reunieron con los Magistrados y abogados del TEMV, la Secretaria de Salud Departamental y cuatro directores de Programas de Educación Médica, representantes de los Decanos de Salud de sus universidades, a quienes se presentó un programa de ética médica para pregrado, desarrollado por los doctores Jorge Hernán Jiménez, Magistrado; Augusto Cuéllar, Abogado y Néstor Harry Amorocho, Magistrado Presidente del TEMV; con la colaboración del Dr. Orlando Solano, especialista en Ciencias Forenses y Medicina Legal. Al respecto, se comentaron los siguientes puntos:

1. Objetivos específicos del programa.
2. Temario del programa:
  - Módulo I, Historia y fundamentación.

\* Médico Ginecólogo. Magistrado Presidente del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina. Docente universitario, pre y posgrado.

1. Acta de reunión con los Decanos y representantes de las Facultades de Medicina de universidades del departamento del Valle del Cauca. Cali, TEMV, 15 de noviembre de 2015.
2. Página del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca: [www.temvalle.org](http://www.temvalle.org)

- Módulo II, Ética en el ejercicio profesional.
  - Módulo III, La responsabilidad médica.
3. Intensidad horaria.
  4. Presentación de seminarios organizados y convocados por las universidades.

## Objetivos específicos del programa de ética médica

Los objetivos que deben alcanzar los programas son los siguientes:

1. El programa debe:
  - 1.1. Contribuir al conocimiento de la ética médica en su historia, ciencia, fundamentación, métodos y principios del arte médico.
  - 1.2. Brindar pautas de comunicación con otros trabajadores de la salud.
2. Con el programa de ética médica los alumnos deben:
  - 2.1. Comprender el compromiso que con el ejercicio de la profesión se adquiere en un estado de derecho.
  - 2.2. Adquirir valores y principios de contenido humanístico y poder diferenciar los derechos y los deberes que tendrá como profesional.
  - 2.3. Entender que la relación médico-paciente es la más constructiva en el ejercicio de la profesión.

## Habilidades específicas que se deben alcanzar con el programa

Los alumnos que asistan al programa deben lograr las siguientes habilidades específicas:

1. Adquirir habilidades para utilizar los conocimientos adquiridos sobre la ciencia de la ética médica y poder interpretarlos.
2. Estar capacitados para manejar los conflictos éticos en el ejercicio médico.
3. Poder elaborar un documento de consentimiento informado y voluntades anticipadas.
4. Comprender los aspectos éticos de la historia clínica y de las relaciones laborales y de investigación.

5. Tener la capacidad para transmitir información oportuna y buscar soluciones en la relación médico-paciente.

## La materia y sus componentes

### Módulo I. Historia y fundamentación de la ética

1. Visión histórica de la ética médica.
2. El ejercicio de la profesión médica en un estado de derecho.
3. Principios y valores éticos.
4. Casos y discusión (ejemplos).
5. El profesionalismo médico (derechos y deberes del profesional y derechos y deberes del paciente).
6. Ley 23 de 1981 y su obligatoriedad.

### Módulo II. Ética en el ejercicio profesional

1. El acto médico (autonomía del paciente y del médico)
2. Ética de la comunicación (verdad, confidencialidad y secreto profesional)
3. Consentimiento informado. Generalidades, implicaciones y voluntad anticipada.
4. La historia clínica y el certificado médico. Ética y legislación.
5. Casos y discusión.

### Módulo III. La responsabilidad médica

1. Causales: imprudencia, impericia, negligencia, no observancia de reglamentos (guías de atención y protocolos).
2. Consecuencias penales, civiles, disciplinarias y otras.
3. Discusión sobre aborto y eutanasia.

## Intensidad horaria del programa

Clases teóricas. Exposición oral con participación de los alumnos.

Se sugiere un mínimo de 50 clases presenciales, de 45 minutos cada una.

Exposiciones o seminarios, con las siguientes condiciones:

- Se realizarán en la eventualidad de que la universidad convoque y organice éstos, con la participación del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

- La universidad sufragará los gastos propios de los expositores y de la logística.

Los autores del Programa también prepararon un *silabus* que estará a disposición de las Escuelas y Facultades de Medicina, interesadas en este proyecto.

# La educación médica en Colombia: ¿cambio de paradigmas?

Dr. César Augusto Prieto Ávila, M.D.\*

En la profesión médica colombiana inciden actualmente dos situaciones fundamentales que han venido cambiando su desarrollo y su práctica diaria y finalmente tienden a transformarla radicalmente: una de ellas, plenamente identificada, es la Ley 100 de 1993, que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sobre la cual mucho se ha debatido y aún falta por debatir y no es el tema de este artículo; la otra, menos evidente, pero que es igualmente preocupante, es la de la transmisión del conocimiento médico.

Durante los últimos años, el proceso de creación y transmisión de este conocimiento ha venido sufriendo una transformación desde la medicina integral tradicional y científica, hacia su minimización, pasando por el contenido curricular basado en competencias, hasta llegar al contenido curricular basado en problemas aislados, sin integrarla a procesos de conceptualización y comprensión, o sea sin ningún rigor científico, pues simplemente busca, en el profesional en formación, el dominio de la información necesaria para la realización de procesos técnicos basados en guías de manejo y en la medicina evidencial, no como un avance en el proceso profesional de investigación, para adquirir nuevo conocimiento y por lo tanto para mejorar la calidad del proceso de atención en salud, sino para lograr la contención de costos por la misión de lucro de las entidades privadas del aseguramiento en salud, que pretenden convertir la profesión médica en un oficio.

Nuestra propuesta plantea que no se sigan haciendo diagnósticos sobre la situación, sobre lo que pudo haber sido y no fue, sino hacer análisis propositivos y pragmáticos que intenten mirar hacia adelante, con el convencimiento de que la situación del sistema de salud de nuestro país debe cambiar a raíz de la aprobación de la Ley Estatu-

taria de Salud 1751/15, declarada exequible en una sentencia de la Corte Constitucional.

La reforma al Sistema Nacional de Salud de 1993, al exigirle al medio hospitalario público una cruel competencia mercantilista, le asestó un duro golpe a la formación de futuros profesionales médicos; para bien o para mal, la Ley 100 ignoró el tema de la formación de los médicos.

Es imposible imaginarse la carrera médica sin sitios de práctica, pero la situación de crisis severa creada en la Red Pública Hospitalaria por el manejo de la intermediación financiera, efectuado ilegalmente por parte de las EPS privadas, ha producido un duro golpe a la marcha asistencial de los hospitales, afectando en gran medida el proceso de formación de los profesionales de la salud, en la participación de estudiantes, tanto de pregrado como de posgrado, en la atención de sus pacientes, con desatención total a los valores de la medicina y de la salud pública y con una gran indiferencia por los derechos del paciente, así como de los derechos de los médicos, todo ello con la carencia absoluta de una infraestructura de información y prácticamente sin mecanismos de control.

Si pretendemos aventurarnos en el gigantesco tema de la educación médica en Colombia, lo primero que tenemos que hacer es disponernos a analizar, sin ningún sesgo, las características de los modelos de educación médica en nuestro país vigentes durante los últimos años. Si aceptamos que la educación médica es un proceso de socialización (como señalara Knight en 1981), el mismo debería involucrar no solo la adquisición de conocimientos y destrezas sino también la reflexión sobre las actitudes y las creencias que los estudiantes o los profesionales en formación tienen acerca de distintos aspectos relacionados con la praxis profesional. En este sentido, ya sea por los cambios en el conocimiento o en la praxis, la educación médica es un permanente desafío.

\* Presidente del Colegio Médico del Valle del Cauca. Vicepresidente de la Junta Directiva de la Federación Médica Colombiana. Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

Si bien tenemos una tradición que marca una trayectoria y un desempeño en cualquiera de los campos del quehacer humano, no podemos olvidar la importancia del cambio permanente en el progreso de las culturas. Por esto, no solamente debemos tener en cuenta los cambios que se han dado en la educación médica a nivel mundial, sino esforzarnos en efectuar un diagnóstico reflexivo de nuestra participación en estos y construir nuevas aspiraciones de formación en los estudiantes, basados en un análisis sistémico de nuestro contexto actual. Existen multitud de factores que nos deben llevar a reflexionar muy seriamente acerca de cómo se está realizando la educación médica actual y cuál debe ser nuestro papel en la misma.

Al pensar en este cambio educativo debemos tener presente, independientemente de nuestras concepciones sobre la situación, el escenario actual en el que se están formando los estudiantes que salen a trabajar en un sistema de salud con problemáticas individuales, familiares y sociales que se modifican todo el tiempo, con un significativo y, por qué no decirlo, drástico cambio en la forma del ejercicio profesional. Estos deben trabajar cada vez con mayores presiones de diversas índoles, entre ellas la laboral (de "rendimiento y productividad"), la emocional (de calidad), la económica (teniendo que laborar en varios sitios de trabajo para suplir sus necesidades básicas), la legal (por el riesgo de las demandas que se incrementa cada día más, debido a que pueden ser censurados por los pacientes, quienes pueden acceder fácilmente a la tecnología informática y tienen herramientas para discutir con el médico el tratamiento, debido a la información que obtuvieron, por ejemplo en la medicina basada en la evidencia) y con una exigencia conceptual que escapa a cualquier dimensión humana, debido al avance casi diario de la ciencia y su conocimiento inmediato a través del acceso tecnológico, lo cual supera cualquier capacidad individual.

A lo anterior debemos agregar la dificultad que existe actualmente en la educación médica con respecto al cambio en los estudiantes que se reciben, los cuales manejan herramientas tecnológicas que los mantienen en contacto directo con todo el mundo, con un solo "clic" en el computador o en equipos móviles inteligentes, lo que les permite, al igual que a los pacientes, censurar al docente en muchas oportunidades por su falta de conocimiento actualizado, puesto que en muchas ocasiones poseen una base informática activa por *wifi*, que les brinda un manejo terapéutico ideal, el cual puede muchas veces apoyarlos para censurar el tratamiento que ofrece el docente cuando está frente al paciente, por no tener por ejemplo una evidencia tipo "A" en la medicina basada en la evidencia (MBE). En cuanto a lo anterior, es muy importante, de paso, tener claridad de que la MBE es apenas una herramienta más de traba-

jo que deben conocer los estudiantes, pero que a ella no se debe limitar la totalidad del manejo médico-quirúrgico del paciente: simplemente ayuda a definir ciertos criterios de dualidad, pero no solo en ella debe hallarse la respuesta a la problemática de los pacientes.

Con base en este criterio se debe entender la importancia de preservar valores académicos básicos como los tienen la semiología y el diagnóstico clínico en la formación médica actual, herramientas que a corto plazo son difíciles de remplazar por la información que suministra el computador, debido a la falta de sensibilidad y de criterios de selección de los programas que administran esta y a la particularidad del ser humano, lo cual hace que este sea un proceso en construcción que sólo puede integrar otro ser humano. La perspectiva de una educación sin los anteriores elementos escapa actualmente a nuestra imaginación, por lo menos en un futuro próximo, pues posiblemente más adelante se pueda, incluso con un computador y una resonancia funcional, lograr una aproximación a un diagnóstico diferencial, incluyendo el análisis emocional del paciente. Esto no está lejos de la realidad, así como no lo es para los estudiantes el tener la facilidad de viajar y compartir experiencias con muchas personas en todo el mundo en un solo instante, mediante internet, sin tener que esperar el paso de los años para conocerlo, es decir, poseen el acceso al conocimiento de todo el planeta de una manera diferente y mucho más fácil que el que teníamos hasta hace poco tiempo.

Todo esto es lo que ha influido de manera significativa en las nuevas generaciones que tienen claridad en cuanto a que "no es necesario saberlo todo", sino encontrar la forma de hallar el conocimiento en forma efectiva. Este es un paradigma que rompieron las nuevas generaciones y que nos cuesta mucho trabajo entender. Lo importante para los docentes consiste en hallar el punto en el cual se entienda que no todo es tan simple como saber acceder a la información. Entonces, ¿qué se debe aprender significativamente? Es en ese punto en el que deben comenzar el trabajo los educadores, puesto que se trata de que piensen no solamente en lo que deben saber sino cómo se ayuda a los estudiantes a asociar unos conocimientos con otros, de tal manera que los logren integrar a sus conceptos y sean relevantes en el momento de razonar médicamente.

La educación se debe centrar en el estudiante no en el docente, en cuánto sabe y cuánto trasmite; por lo tanto, la prioridad no la tienen los procesos de enseñanza sino el aprendizaje.

La educación médica cada día se hace más compleja y difícil, sobre todo si se tiene la idea que todo debe ser aprendido por el estudiante, lo cual, a la luz de los conocimientos actuales, es imposible. Entonces, ¿qué se debe



aprender significativamente? Este proceso requiere motivación, pero no la de antes que se basaba en elogios en público, buenas notas o exaltación de trabajos. No, la motivación debe ser personal, es decir, que se debe demostrar con el ejemplo personal y vital, con el gusto por el estudio y con la práctica profesional, lo cual genera espacios de contacto interactivo con el estudiante. ¿Qué estrategias didácticas se deben emplear para que el estudiante sienta que participa activamente en su proceso de aprendizaje y que prefiera esta dinámica a tener que, simplemente, leer un libro, sin ningún tipo de motivación personal diferente a la de ser evaluado con un cuestionario de respuesta múltiple? ¿Qué hacer para que el estudiante interactúe con el conocimiento?

Anteriormente se consideraba un criterio de calidad de enseñanza el suministrar abundantes contenidos de gran profundidad de las diversas asignaturas, olvidando incluso el objeto del conocimiento, en nuestro caso, el paciente o la salud; por esto, muchas veces la experiencia era vista como una actividad que quedaba en un segundo plano y que además apenas permitía integrar el concepto a otras disciplinas. Todo esto debe cambiar, el objeto es el paciente y su salud; por lo tanto, no debemos olvidar el facilitar el aprendizaje del estudiante alrededor del mismo, ojalá con un contacto temprano con el paciente y sus problemáticas, con una visión integral y no “por partes”, como se hacía en la enseñanza tradicional. El cambio actual consiste en tener una visión sistémica de la enseñanza en medicina, inter y transdisciplinar, tratando de integrar las políticas y las disciplinas sociales, teniendo muy claro el objeto final de la formación (característico de un currículo integrado), sin considerar que sea en el maestro en quien se deba centrar la educación. La educación, repetimos, se centra en el estudiante y por lo tanto la prioridad no la tienen los procesos de enseñanza sino, el aprendizaje. Esto hay que entenderlo bien, lo que no significa que el profesor no sea

importante; todo lo contrario, su valor radica en que de él depende el “cuánto aprendieron” y, por lo tanto, la educación no se centra, como antes se hacía, en la certeza de “cuánto sabía el docente”.

Cada vez toma mayor importancia que en la educación médica se debe tener en cuenta la formación integral del estudiante, entendido como individuo, social, personal, profesional, humano, espiritual y por ello dista de la generación de un profesional con énfasis solamente en sus habilidades cognitivas y técnicas. Si bien esto es parte fundamental del proceso, la educación médica debe tender a incluir, en sus propósitos, una formación en actitudes, en comunicación, en conocimiento de la bioética, y la aplicación de sus principios en su comportamiento e investigación, en la toma de decisiones, en el pensamiento crítico y analítico, en el trabajo en equipo, el liderazgo y el manejo de comunidades, entre otros.

En fin, son muchas las ideas que nos pueden venir a la mente cuando pensamos en una reforma curricular. Son múltiples las limitaciones que podemos tener para realizar nuestros propósitos de formación y mucho más dependiendo de los sistemas de atención en salud, pero no podemos permitir que el tiempo pase y cambie nuestro entorno sin efectuar un aporte positivo y significativo a la transformación de los procesos educativos que deben contribuir a formar profesionales con nuevas herramientas para los entornos cambiantes.

De lo que sí estamos seguros es que la universidad no puede enseñarlo todo; esta debe aprovechar la oportunidad de formar individuos capaces de formularse preguntas y encontrar las respuestas por su propia cuenta, eso sí, con altos estándares éticos y nunca olvidar que la medicina es una ciencia, es un arte y es una profesión que ha perdurado por más de 3.000 años y que así debe continuar porque es la más intensamente moral de las actividades humanas, una especie de ciencia del hombre.



# Importancia de la ética médica aplicada a la investigación y a los estudiantes de Medicina

Dr. Rodrigo Triana Ricci\* y Dr. Jorge Karim Assis Revéz\*\*

## Consideraciones sobre la ética médica en la enseñanza y la investigación

Como todos sabemos, la Asociación Médica Mundial (AMM) ha dado a conocer la Declaración de Helsinki como la propuesta ética que debe regir la investigación médica en seres humanos y que debe ser considerada como un todo en lo general.

Como parte constitutiva de la historia, debemos tener en cuenta que esta declaración fue adoptada en junio 1964 por la 18ª Asamblea Médica Mundial, desarrollada en Helsinki, Finlandia, y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial (Tokio, Japón, octubre 1975), la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, Italia, octubre de 1983), la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, septiembre de 1989), la 48ª Asamblea General (Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996) y la 52ª Asamblea General (Edimburgo, Escocia, octubre de 2000).

Es bien conocido que el deber de los médicos (y de aquellos que participan en investigaciones médicas), en el marco de la Declaración de Principios de la Ley 23 de 1981, es propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad.

Es de mencionar que en este artículo se considera que el progreso de la medicina se fundamenta en la investigación que, en última instancia, debe incluir los estudios efectuados con seres humanos, con la condición de que exista un gran bienestar para las personas que participan en estos.

No solo se trata del bienestar sino del respeto, ya que se deben conocer las causas, la evolución y los efectos de los

procedimientos, los tratamientos y los riesgos a que serán sometidos los pacientes, así como lo que puede suceder si no se efectúa ninguno; de esta manera se pueden valorar en el tiempo los beneficios que se pueden obtener con los resultados de las investigaciones. Todo lo propuesto tiene como objetivo promover el respeto hacia todos los seres humanos, así como hacia sus derechos y deberes individuales, tanto de los pacientes como de los investigadores.<sup>1,2</sup>

El ejercicio de la docencia médica, en todos sus niveles, requiere integridad, aptitud, conocimientos, experiencia, respeto, empatía, pasión, sinceridad, justicia, humildad, coherencia, prudencia y ejemplaridad.

Según la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la educación médica, la enseñanza médica es un aprendizaje continuo que comienza con la admisión en la escuela de Medicina y finaliza con la retirada del ejercicio activo. Su objetivo es formar médicos competentes y con ética que proporcionen al público una atención médica de alta calidad.

La enseñanza médica comprende la formación universitaria, la posuniversitaria y el desarrollo profesional continuo. Los médicos, las facultades y otras instituciones docentes, así como el Gobierno, comparten la responsabilidad de garantizar el alto nivel y la calidad de la enseñanza médica a lo largo de este proceso.

Educar a otros médicos es una obligación para cualquier médico y no sólo para aquellos que somos profesores. El médico con años de práctica tiene también una responsabilidad profesional y personal con sus colegas jóvenes y con los estudiantes de medicina, lo que representa un compromiso relevante cuando se asume este rol.

\* Médico Ortopedista Traumatólogo; Coordinador de Ortopedia y Traumatología, Clínica de Occidente de Cali; Magistrado del Tribunal de Ética del Médico del Valle del Cauca; profesor universitario.

\*\* Médico Oftalmólogo; Director Jefe de Investigación, Clínica de Occidente; MD MBA, profesor universitario.

1, 2. Tribunal Nacional de Ética Médica. Gaceta Jurisprudencial, abril 2016. Leyes Médicas en Investigación No 25. Ley 23 de 1981.

Consideramos de gran importancia la siguiente máxima que, de alguna manera, se enuncia en el juramento hipocrático: "Tendré al que me enseñó este arte en la misma estimación que a mis padres. [...] A mis hijos, a los hijos de mi maestro y a los que se obligaran con el juramento que manda la ley de la medicina y a nadie más, les enseñaré los preceptos, las lecciones y la práctica".

También merecen citarse sobre el asunto que nos ocupa algunos apartes, más explícitos, de la Oración de Maimónides, de nombre Moshe Ben Maimon, médico judío nacido en Córdoba (1138-1204):

Que los que son más sabios quieran ayudarme y me instruyan. Haz que de corazón les agradezca su guía, porque es muy extenso nuestro arte.

Llena mi alma de delicadeza y serenidad si algún colega de más años, orgulloso de su mayor experiencia, quiere desplazarme, me desprecia o se niega a enseñarme.

Haz que sea modesto en todo, excepto en el deseo de conocer el arte de mi profesión. No permitas que me ataque el pensamiento de que ya sé bastante. Por el contrario, concédeme la fuerza, la alegría y la ambición de saber más cada día. Pues el arte es inacabable, y la mente del hombre siempre puede crecer.

Aquellos compañeros que fían su buen hacer con base únicamente en su experiencia profesional cometen un grave error que va en contra de los pacientes y, como consecuencia, están expuestos a perder sus conocimientos en pocos años. Por ello, quienes inician la senda de la medicina, deben convencerse de que el estudio y la formación continua no pueden abandonarse nunca. A esto debemos agregar que la investigación nos enseña a estar actualizados para afianzar los conocimientos que hemos adquirido durante nuestros años de estudio profesional.

Respecto a la elevada responsabilidad de contribuir a la integralidad de los futuros médicos, los docentes debemos satisfacer los requerimientos de orden ético (integridad, aptitud, conocimientos, experiencia, respeto, sinceridad, justicia, humildad, prudencia y ejemplaridad) en el más elevado grado, sin descuidar las cualidades de tipo técnico. Todo ello, orientado al fin primordial de graduar médicos virtuosos que ejerzan con excelencia su profesión en bien de los pacientes. Educar a otros médicos es una obligación para cualquier médico y no sólo para aquellos que somos profesores. El médico, además

de la obligación ética que supone la formación médica continua a lo largo de su vida profesional, tiene también un deber moral de contribuir a la formación de sus colegas jóvenes con menor experiencia y de los estudiantes de medicina. Las reflexiones presentadas en este artículo nos conducen a que tengamos una visión personal de los requisitos éticos necesarios para la docencia en medicina y de ciertas particularidades de los aspectos éticos que deben regir durante el desempeño de la práctica médica o el ejercicio de la profesión.<sup>3</sup>

El artículo 54 de la Ley 23 de 1981 expresa lo siguiente:

El médico se atenderá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, en relación con los siguientes temas:

1. Investigación biomédica en general.
2. Investigación terapéutica en humanos; aplicación de nuevas tecnologías, tanto con fines de diagnóstico, tales como biopsias cerebrales, o bien con fines terapéuticos, como es el caso de algunos tipos de cirugía cardiovascular y psico-cirugía y experimentación en psiquiatría y psicología médica y utilización de placebo.<sup>4</sup>

Presentamos a continuación una experiencia que sobre los temas tratados en este artículo se ha adelantado en una reconocida entidad hospitalaria de la ciudad de Santiago de Cali.

## Acerca de la investigación y la ética médica en la Clínica de Occidente de Cali

Una de las premisas que llevó al doctor Rodrigo Triana Ricci Assis a pensar en crear hace más de seis años el Departamento de Investigación y Educación de la Clínica de Occidente, en compañía del doctor Antonio José Dager Fernández, Gerente General de la Clínica de Occidente, fue la premisa de la Unesco, del año 2005, de que un país sin investigación es un país sin desarrollo y siempre estará atrás; siempre será un país dependiente y subdesarrollado.

Sin instituciones de educación superior y de investigación adecuadas, los países en desarrollo no pueden espe-

3. FEM (Ed. impresa), vol. 16, No. 4. Barcelona, dic.2013. <http://dx.doi.org/10.4321/S2014-9832201300060000> Eloy Girela López.

4. Ley 23 de 1981. Decreto Reglamentario 3380 de 1981.

rar apropiarse y aplicar los descubrimientos más recientes y, menos todavía, aportar sus propias contribuciones al desarrollo y a la reducción de la brecha que separa a estos países de los industrializados.<sup>5</sup>

Hoy la innovación en las organizaciones es muy importante e imprescindible, el elemento clave para asegurar su supervivencia y mantenerse al frente de la competencia. Uno de los canales donde se trabaja e implementa la innovación es el departamento de investigación, que corresponde al concepto de Investigación, desarrollo e innovación.

El Departamento de Investigación y Educación de la Clínica de Occidente, obviamente, se crea basado en la normatividad actual, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos en cuanto a decisiones, conformación y viabilidad financiera, acorde con la cultura del medio institucional, según parámetros específicos resultantes de la investigación de la cultura del médico colombiano.

En Colombia, la normatividad vigente es muy avanzada en cuanto a medicamentos; sin embargo, existen vacíos en la normatividad y en algunas ocasiones no hay una adecuada relación con otros actores de la investigación.

La estructura y la operación del Departamento de Investigación y Educación se encuentran diseñadas de forma tal que la gestión de los procesos y la toma de decisiones sean lo más fluidas, lo que se consigue mediante una estructura plana, constituida por tres componentes: a) una dirección ejecutiva general; b) comités científicos y de ética en investigación, como apoyos para la gestión de los proyectos de investigación; y c) los demás miembros del Departamento, que actúan como apoyo a las investi-

gaciones, los desarrolladores de la cooperación técnica y los ejecutores de otras tareas colaborativas en la línea administrativa y de planificación de los procesos estratégicos de la clínica.

De acuerdo con la anterior estructura, la responsabilidad unificada de las decisiones del Departamento se encuentra en cabeza de un Director ejecutivo. La línea de administración de los proyectos de investigación, que se realiza con autorías parciales o totales, relacionadas con la clínica, recae bajo la responsabilidad del coordinador del comité científico y la línea de la cooperación técnica y de apoyo en otras tareas más relacionadas con procesos de planificación.

De manera general, el Departamento de Investigación y Educación se encuentra conformado por un director ejecutivo, un coordinador del comité científico y otros miembros cuyo número es variable, que cuentan con el respaldo permanente de un mínimo de dos profesionales del área de estadística, epidemiología y de manejo de los datos, de gestión de procesos –ingeniería de sistemas– y de otros apoyos a la gestión de los proyectos de investigación.

La especificidad distintiva de los miembros directos del Departamento de Investigación y Educación se caracteriza por el conocimiento propio de la gestión de los proyectos de investigación, con especial énfasis en la línea médico-administrativa. Las investigaciones que se desarrollan bajo la normatividad de Colciencias, se efectúan en varias líneas definidas como prioritarias por la clínica, y cuentan con la participación variable de los investigadores principales y subinvestigadores que se activan por aprobación y financiación de las propuestas de investigación.

---

5. Dr. Rafael Ceconello. UNESCO, 2005.



# Controversia jurídica en la práctica obstétrica

Dr. Dairo Gutiérrez Cuello\*

Todo acto médico genera un acto jurídico. Pues bien, la relación que existe en salud entre dos individuos que interactúan: uno es quien el Estado declara idóneo para ejercer una profesión, que es el médico, y otro es el que acude en busca de ayuda para solucionar sus problemas de salud; es justamente lo que se llama acto médico. Por el contrario, el acto jurídico nace de un acuerdo de voluntades que influye en la creación, la modificación o la extinción de las relaciones de derecho, conforme a éste.

Desde el punto de vista jurídico, los actos en general se consideran de medios y de resultados: son de medios cuando se le impone al deudor aplicar, en el cumplimiento de las obligaciones, toda la diligencia y el cuidado para tratar de alcanzar el resultado último que beneficie al acreedor en el cumplimiento de un contrato; y serán de resultados cuando se le imponga al deudor alcanzar, de manera necesaria, el resultado último que espera el acreedor con el cumplimiento de la prestación.

Se ha dicho que el compromiso profesional asumido en la actividad médica tiende a la consecución de un resultado, pero sin asegurarlo, pues la medicina no es una ciencia exacta. En otros términos, el galeno no puede comprometer un determinado resultado, porque éste depende no solamente de una adecuada, oportuna y rigurosa actividad médica, sino que tiene incidencia, en mayor o menor grado, según sea el caso, en otras particularidades que representan lo aleatorio a que se encuentra sujeta dicha actividad y a que se expone el paciente.

De tal manera que la jurisprudencia ha considerado la práctica médica como un régimen subjetivo de responsabilidad, con obligación de medios, sin hacer excepciones, donde se requiere de un daño, una conducta culpable y un nexo de causalidad para poder tipificar la responsabilidad; además ha estimado que para exonerarse de dicha carga solo requiere demostrar que su actuar fue con diligencia y cuidado, o que intervino una causa extraña.

Este daño debe ser antijurídico, es decir, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo, además debe ser cierto, con la posibilidad de demostrarlo material y jurídicamente.

En suma, la jurisprudencia colombiana ha citado en sus sentencias que la obligación del médico es de medios y que para exonerarse de responsabilidad basta con que demuestre que actuó con diligencia y cuidado. Sin embargo, existen dos situaciones especiales en el ordenamiento jurídico colombiano que ponen en riesgo la práctica de algunas especialidades médicas, tales como la cirugía plástica y la obstétrica.

Me referiré específicamente a la práctica obstétrica y a las manifestaciones que ha hecho el Consejo de Estado en sus últimas jurisprudencias, en especial a la 22.163 de 2012.

La obstetricia es una especialidad de la medicina que se ocupa del embarazo, el parto y el período de tiempo posterior a este. Por lo anterior, es un área de la medicina que estudia a la madre y su hijo en el vientre, razón por la cual resulta complicado el estudio de este binomio, al considerar que el feto no está a la vista del evaluador, y solo tendremos acceso a él de manera indirecta, a través de pruebas biofísicas y bioquímicas de bienestar fetal, haciendo de este menester, en algunas circunstancias, una práctica difícil y de mucho cuidado, ya que las técnicas no resultan infalibles en algunas ocasiones; de igual manera, a la madre, que siendo una persona sana, tiene muchas predisposiciones a una patología inesperada.

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer embarazada cambia desde aspectos visibles como la piel y el cabello, hasta fisiológicos como el aumento de la glándula tiroidea, la horizontalización del corazón, que predispone a taquicardia, la disminución de la capacidad pulmonar vital por desplazamiento del diafragma, que induce a disnea, la disminución de la peristalsis de estómago e intestino, que conlleva a estreñimiento y la presunción de estómago lleno, la éxtasis de uréteres, hidronefrosis, disminución

\* Ginecólogo. Expresidente y exmagistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

de la capacidad vesical, que predispone a infecciones de vías urinarias, disminuciones del retorno venoso periférico, entre otras tantas alteraciones fisiológicas, todo lo cual hace imposible considerar que la mujer embarazada sea del todo sana. De tal manera que, en cualquier circunstancia, durante el embarazo pueden suceder situaciones que condicionen una patología, cambiando sustancialmente la condición obstétrica.

El Consejo de Estado ha emitido la sentencia 22.163 de 2012, cuyo magistrado ponente es el doctor Enrique Gil Botero, en la que cambia fundamentalmente el tipo de responsabilidad tipificada para la práctica obstétrica.

En ella se menciona la posición de garante que debe asumir el tratante, independientemente del vínculo institucional, y es lo que la responsabilidad civil extracontractual llama responsabilidad por el hecho propio, manipulada estrictamente por el principio de confianza que encuentra su fundamento en el principio de autorresponsabilidad, limitando su comportamiento a su propia conducta. Así las cosas, la posición de garante halla su fundamento en el deber objetivo de cuidado que la misma ley atribuye en específicos y concretos supuestos a ciertas personas para que, tras la configuración material de un daño, estas tengan que asumir las derivaciones de dicha conducta, siempre y cuando se compruebe fáctica y jurídicamente que la obligación de diligencia y cuidado y protección fue desconocida.

El Consejo de Estado ha reconocido la necesidad de aplicar un sistema de aligeramiento probatorio para los escenarios de responsabilidad gineco-obstétrica. Si bien estos supuestos de responsabilidad no deben ni pueden ser decididos bajo la égida de la responsabilidad objetiva (propia de las actividades peligrosas), es preciso reconocer la existencia de un indicio de falla de servicio, siempre y cuando el embarazo haya transcurrido en términos de normalidad y que el daño se haya producido una vez sucedida la actuación médica, dirigida a atender el nacimiento. Lo anterior, aunado a la prueba de imputación fáctica que vincula la conducta con el daño, daría lugar a encontrar acreditada la responsabilidad.

Por consiguiente a la parte actora en estos eventos obstétricos le corresponde acreditar: i) el daño antijurídico, ii) la imputación fáctica, es decir la atribución de un acto a una conducta humana que puede ser demostrada mediante indicios, la existencia de probabilidad preponderante en la producción del resultado dañino, el desconocimiento al deber de posición de garante o la vulneración al principio de confianza y iii) el hecho indicador del indicio de falla, esto es, que el embarazo se desarrolló en términos normales hasta el

momento del parto. (Sentencia 22.163 del Consejo de Estado. Magistrado ponente Enrique Gil Botero).

Considero desafortunada esta perspectiva del Consejo de Estado, al encuadrar el ejercicio de la obstetricia dentro de un marco indiciario, desconociendo que la práctica médica, y en especial la de la obstetricia, depende de cambios fisiológicos, que lejos de la normalidad modifican la estructura comportamental sistemática de una mujer; así las cosas, una mujer que se embaraza jamás se podrá considerar como normal, pues evidencia cambios que van desde muy sencillos, como la caída del cabello, hasta el enlentecimiento de la actividad peristáltica de intestinos, estómago, así como la disminución de la capacidad vital pulmonar, la horizontalización del corazón, que predisponen a una serie de patologías.

Además, al considerar a una paciente como de bajo riesgo, automáticamente nos encasilla en una presunción de normalidad durante todo el embarazo, sin tener en cuenta que la gravidez es dinámica, incluso las situaciones pueden cambiar hasta en el último momento de la atención de un parto, estimado previamente como de bajo riesgo, como en los casos de un abruptio de placenta, ruptura artificial de membrana con prolapso de cordón, que llevarían casi que indefectiblemente a una muerte fetal, y este resultado no sería atribuido a la conducta médica sino a una *alea* en la que está sumida la atención de una paciente en estado de gravidez.

Todo lo anterior sume a la práctica obstétrica en una actividad médica de riesgo, que lleva a sus operadores a practicar una medicina defensiva, hace de este menester una práctica médica fría, sin sentido de solidaridad y con la casi imposibilidad del ejercicio, pues pasaría de una responsabilidad de medios a una responsabilidad de resultados, en donde solo se exoneraría demostrando una causa extraña como es caso fortuito o fuerza mayor, culpa de un tercero o culpa exclusiva de la víctima, independientemente de la diligencia y el cuidado.

Como corolario de lo anterior, los Tribunales de Ética Médica, por estar constituidos por médicos en ejercicio de la profesión, conociendo de primera mano y de manera directa el comportamiento fisiológico de una gestante, se deben apartar de estas aseveraciones hechas por el Consejo de Estado, en aras de dignificar el ejercicio de la profesión médica, en especial de la obstetricia, sin descuidar la adecuada función de administrar, de manera pulcra, la justicia, y considerar, como sancionatorios solo aquellos casos en que sea palmaria la inobservancia de la ley de ética médica, haciendo caso a lo preceptuado por el mismo Consejo de Estado cuando cita la frase romana *res ipsa loquitur*, en su sentencia 18.364 del 2009, es decir en los casos en que los hechos hablen por sí mismos.



Por otra parte, el Consejo de Estado desconoce lo prescrito por la Ley 1164 de 2007, en su artículo 26, al discurrir que la obligación del médico es de medios y no de resultados, sin ningún tipo de excepciones en cuanto a la especialidad médica. Dice textualmente lo siguiente:

**Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud.** Entendido como el conjunto de acciones

orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud **genera una obligación de medios**, basada en la competencia profesional.



# Conservación de la historia clínica en el posconflicto

Dr. Leonardo Medina Patiño\*

Luego de la firma de los acuerdos de La Habana, Cuba, y el acuerdo final pactado en el teatro Colón de Bogotá, entre el gobierno nacional y la guerrilla de las FARC, y ahora que empieza el proceso de resocialización de los guerrilleros a la vida civil, se inicia una serie de reformas administrativas y jurídicas, para lo que se ha denominado la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP), cuyo propósito es buscar verdad, justicia y reparación.

En ese sentido, y para efectos del sector salud y hospitalario, se ha proferido una resolución que incluye un aspecto relevante en lo concerniente a la custodia de las historias clínicas, en especial cuando se trata de pacientes que hacen parte de procesos investigativos propios del conflicto armado y de delitos de lesa humanidad. Nace entonces a la vida jurídica la resolución 839, del 23 de marzo de 2017, por medio de la cual se modifica la anterior resolución que reglamentaba el manejo y el cuidado de las historias clínicas. La nueva resolución está firmada por el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, y la ministra de Cultura, Mariana Garcés.

El artículo 3 de la resolución 839 del 23 de marzo de 2017, dice:

**Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica.** La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central. **Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al derecho Internacional Hu-**

**manitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios."**

(Negritas para resaltar).

En primer lugar, debe advertirse que el período de veinte (20) años, contemplado en el artículo 15 de la resolución 1995 de 1999 (norma anterior que regulaba el manejo de este documento) para la conservación de historias clínicas, se redujo a quince (15) años, distribuyéndose ese período entre archivos de gestión y central, como lo dispone la precitada norma.

Así mismo, incluye como novedad jurídica, dadas las circunstancias actuales que atraviesa el país en proceso de resocialización de los desmovilizados, como también de la búsqueda de la verdad real sobre los atroces hechos ocurridos en el conflicto armado interno, que cuando se trate de pacientes víctimas de violación de derechos humanos o de infracciones a normas del Derecho Internacional Humanitario (DIH), el periodo de conservación de historias clínicas se duplicará. Es decir, que pasará a treinta (30) **años la custodia de esta pieza** probatoria en la entidad de salud u hospitalaria donde haya sido atendida la víctima.

De igual manera, contiene una nueva disposición normativa en cuanto a delitos de lesa humanidad, que son imprescriptibles y pueden ser investigados por cualquier autoridad internacional, es decir, que la jurisdicción no es sólo la colombiana, sino que desde otra nación un juez puede

\* Abogado. Especializado en Derecho Administrativo y Constitucional. Autor del libro La responsabilidad civil profesional y el consentimiento informado en el sector salud. Exasesor Jurídico ESE Oriente (Hospital Carlos Holmes Trujillo), ESE Sur Oriente (Hospital Carlos Carmona Montoya), Hospital Raúl Orejuela Bueno (Palmira), Hospital San Rafael (El Cerrito). Asesor Jurídico SEPSA.

pedir la investigación sobre un delito de lesa humanidad, previo cumplimiento de ciertos requisitos, que no son del caso mencionar en este artículo.

Por ello, es necesario que los directivos de entidades de salud, públicas y privadas, como también las autoridades municipales, distritales y departamentales realicen las respectivas divulgaciones para que el personal asistencial, como los responsables del manejo de archivo de historias clínicas, conozcan de esta nueva disposición normativa y propendan por la correcta aplicación de la misma, dado que dentro de los procesos de justicia y paz serán un aporte valioso –como prueba documental– para conocer la realidad de hechos atroces, producto de la violencia y el conflicto armado que se ha vivido en Colombia desde hace más de 53 años.

Finalmente, es importante advertir –con vehemencia– sobre el adecuado diligenciamiento de la historia clínica, para que las autoridades judiciales puedan decidir con precisión y evitar equívocos. Sobre el particular, la sección

tercera del Consejo de Estado, con ponencia del consejero Danilo Rojas, indica lo siguiente:

[Con la historia clínica] se permita garantizar el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico y en la atención de los pacientes, así como también el pertinente control posterior, tanto interno por parte del centro médico asistencial como externo por parte de entidades de vigilancia o del propio juez, de suerte que se haga posible el conocimiento y la fiscalización efectiva del proceder de los galenos.

Quedan entonces nuevos elementos en el panorama jurídico para el manejo y conservación de la historia clínica, dentro del denominado posconflicto, que son necesarios conocer para coadyuvar en la buena marcha de la administración de justicia.

# Los médicos y la pintura

Prof. Dr. Felipe Coiffman, FACS\*



*Casita de campo.* Óleo sobre lienzo. 40 x 60 cm. 2007.

Los médicos tenemos una cierta sensibilidad para la pintura, similar a la que nos motivó a estudiar medicina. Por esa razón, todos los libros de medicina están ilustrados, al igual que buena cantidad de nuestros artículos científicos.

Muchos de los grandes ilustradores han sido médicos. En la era moderna podemos citar a Frank H. Netter. Tenía

una técnica muy original y un conocimiento profundo de la anatomía humana. En la antigüedad, Hipócrates (460-377 a. de C.), el médico más importante de su época, quien vivió un período en el que la disección de cadáveres estaba prohibida, aprendió anatomía en animales y dibujó muchos aspectos de sus observaciones.

\* Profesor emérito de la Facultad Nacional de Medicina. Miembro de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Hospital Universitario. Miembro fundador de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, y además de la International Society of Plastic Surgeons, de la Sociedad Iberoamericana de Cirugía Plástica. Autor de más de 100 artículos y del tratado Coiffman. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, cuarta edición, 6 tomos, texto de estudio de la especialidad en Iberoamérica.

Leonardo Da Vinci (1452-1519), aunque no era médico, hizo excelentes dibujos anatómicos, pues él sí disecó cadáveres. Sus dibujos se pueden comparar, con ventajas, a los de los más conocidos anatomistas del presente. Entre los pintores médicos actuales podemos citar a Alfred Feinberg, Paul Singh-Roy, Terry Mallon y muchos otros. Entre los colombianos médicos pintores cito en primer lugar al doctor Fernando Sánchez Torres, quien es un retratista sin igual. En la Academia Nacional de Medicina hay un buen número de cuadros de expresidentes de la Academia, pintados por este profesional con una maestría extraordinaria.

¿Podría un alumno de medicina estudiar anatomía si sus libros no estuvieran ilustrados? Sería imposible. La obra de anatomía humana más famosa es la de Testud-Latarget. El éxito de la obra se debe, en gran parte, a la excelencia de sus dibujos.

En mi caso particular, siempre me han gustado el dibujo y la pintura. En mi época de estudiante en la Universidad Nacional había una clase titulada Dibujo anatómico. Debíamos pintar huesos, cráneos, estructuras que mostraban los músculos, etc. Sin embargo, casi pierdo la materia. Un buen día, nuestro profesor de dibujo, el profesor Miguel Díaz, me dijo: "Coiffman: si yo lo vuelvo a ver haciéndole los dibujos a sus vecinos, le hago repetir la materia". Fue santo remedio. Me dediqué solo a los propios.

La pintura que acompaña este artículo la tomé de una foto de una finca de uno de mis compañeros de estudio. Omití algunos elementos de la imagen y agregué otros. A mí me encanta dibujar la naturaleza. La pintura es un descanso mental para mí.

# Medicina del siglo XXI

Dr. William Libardo Murillo Moreno \*

---

Medicina, en mis desvelos di el jurar  
amarte siempre hasta la muerte.  
Lo mejor de mí te quise dar  
sin poder yo conjurar  
la maldición que había en mi suerte.

Alegría de mi vida al comenzar,  
cuidar de tus pacientes fue mi anhelo.  
Sin dormir, mal comer o trasnochar  
resistiendo todo a mi pesar  
ha llegado a mi alma el desconsuelo.

Ayer eras paciente, tú mi amigo,  
hoy por dinero en cliente convertido.  
Pides resultados como del sastre un abrigo  
a la justicia para el médico castigo  
ignorando el sacrificio que en ti él ha invertido.

Médico, hoy nadie escucha tu clamor,  
cuidas sin tener a quién te cuide.  
Si por humano caíste en un error  
se olvidará tu actuar de esmero con amor  
se clamará a un juez que te liquide.

Si negligente es obvia la sanción  
si en imprudencia o impericia procediste  
obligación de medios para el médico es su acción.  
En medicina no pidan perfección  
pues en el mundo terrenal ella no existe.

El juez que sin piedad hoy te acribilla  
quizás mañana como enfermo te suplica.  
Con piedad lo cuidarás en su camilla,  
en tu humildad le ofrecerás la otra mejilla  
aun sabiendo de la ponzoña que te pica.

\* Médico, Pernambuco, Recife, Brasil. Cirujano Plástico, Fellow en Cirugía Cráneo-Facial, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Maestría en Derecho Médico, Universidad Externado de Colombia, Bogotá. Especialista en Argumentación Jurídica, Universidad Autónoma de Occidente, Cali, Colombia. Magistrado Presidente del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, período 2017-2018. Profesor, Universidad Estatal de Louisiana, Departamento de Cirugía, División de Cirugía Plástica, New Orleans, Louisiana, U.S.A. y de la Universidad del Valle, Escuela de Medicina, Departamento de Cirugía Plástica, Hospital Universitario del Valle, Cali (Valle), Colombia.





# La implementación de los derechos de las mujeres, las niñas y los niños en Colombia

Dra. María del Pilar Caicedo Santamaría\*

Para comenzar es importante señalar que debido a la lucha de mujeres valerosas y de hombres interesados en el tema, se han creado instrumentos legales a nivel mundial<sup>1</sup> para legislar y propender por una sociedad más justa y equitativa en la que las mujeres ocupen el lugar que les corresponde.

Pues bien, Colombia ha sido un estado que ha acogido dichos preceptos con la loable finalidad de lograr una sociedad igualitaria para mujeres y hombres, y adicionalmente, se ha creado también una legislación que enriquece y complementa dichas normas de carácter internacional, y les otorga operatividad a nivel interno, lo que comenzó con el Plan Nacional de Desarrollo y continuó con leyes que buscan salvaguardar la vida libre de violencias, los derechos participativos y de representación, el trabajo en condiciones dignas y de igualdad, la educación con enfoque diferencial y la salud plena<sup>2</sup>.

Considero pues, que Colombia, a diferencia de otros países, como por ejemplo algunos del Medio Oriente, ha dado cabida a estos derechos y a la protección de las mujeres en su entorno, sin perder de vista que ellas han sufrido violencias de toda clase, debidas, entre otros factores, al largo conflicto armado interno. Por ello, no se pueden desconocer estas luchas y demeritar todo el trabajo de protección a las mujeres que se ha adelantado en este país.

Aunado a lo anterior, y en el entendido de una mirada integral a la mujer y sus hijos como una unidad, no debe desconocerse que en el estado colombiano se han presentado graves violaciones a los derechos de las niñas y niños, quienes son el pilar fundamental de nuestra sociedad; por

ello estos pueden considerarse también como víctimas de un sinnúmero de violencias, entre las cuales cabe destacar, sin pretender omitir algunas, la violencia intrafamiliar, el feminicidio (en el caso de las niñas), el reclutamiento, la violencia sexual y el desplazamiento forzoso, estas últimas que se ha presentado con ocasión del conflicto armado interno. Por lo anterior, curiosamente, al ser abordadas, en su estudio normativo, las leyes que propenden por la protección de los derechos de la mujer, se encuentra que están correlacionadas con los preceptos legales en los cuales se protegen los derechos de la infancia, ya que como se manifestó previamente, al realizarse una mirada general encontramos a las mujeres y sus hijos como una unidad susceptible de protección, en razón de que, en la apreciación de la articulista, se encuentran en el lado más débil de la balanza frente a los hombres.

No obstante lo anterior, y entendiendo que existen mecanismos de protección legal para unos y otros, es importante y crucial para las mujeres responder las siguientes preguntas que no se encuentran en una lista de derechos, como las siguientes: ¿qué están haciendo para fomentar conductas que consideran machistas?, ¿están educando correctamente a sus hijos varones, para desdibujar conductas discriminatorias o de abuso frente a las mujeres?, ¿están formando a sus hijas para defenderse por sí mismas y para hacer valer sus derechos? Reflexionar sobre todos los tópicos que encierran las anteriores preguntas es fundamental para las mujeres, puesto que es corriente que algunas hablen de manera denigrante de otras, eduquen

\* Abogada, U. San Buenaventura; especialista en Derecho Administrativo, U. Libre. Asesora, Vicepresidencia de la República y Organización Internacional para las Migraciones OIM en materia de Salud y Equidad de Género para el departamento del Caquetá.

1. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará", Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado, Declaración de la UNESCO sobre la contribución de las mujeres a una cultura de paz.

2. Ley 581 de 2000, Ley 823 de 2003, Ley 1475 de 2011, CONPES 161 de 2013, Ley 1620 de 2013, Ley 1496 de 2011, Decreto 4463 de 2011, Ley 1257 de 2008 y Ley 1448 de 2011.

a sus hijos como “machitos” a los que les está terminantemente prohibido llorar o expresarse sin recurrir a la violencia física o verbal y a sus hijas para que consideren que son delicadas princesas que deben contar siempre con protectores, proveedores o “príncipes azules”, que satisfagan todas sus necesidades, sean económicas, emocionales o morales, situaciones en las que cabe cuestionarse: ¿cuál es la independencia o la igualdad que tanto se pregona, si desde la infancia se está cultivando imaginarios que siguen manteniendo a las mujeres como ciudadanas de segunda categoría?

Consideraba Marie Curie, científica galardonada con dos premios Nobel de física y química, que no pensaba que por ser mujer debía tener tratos especiales, pues de creerlo estaría reconociendo que era inferior a los hombres. Ella ha sido uno de los referentes destacados del éxito obtenido por las mujeres en diferentes ámbitos de sus vidas, incluyendo el profesional. La reflexión anterior de Marie Curie muestra que la lucha por los derechos de las mujeres en Colombia no debe derivar hacia conflictos entre ellas mismas o contra los hombres, sino que debe enfocarse a apoyar y consolidar los medios legales y los instrumentos internacionales adoptados en nuestro país, impensables en otras partes del mundo. Es claro que esta legislación, como toda normatividad, no es perfecta y tiene falencias, pero aun así se debe luchar por su implementación y puesta en marcha por parte del estado, con el propósito de que se puedan visibilizar las situaciones violatorias de los derechos vulnerados de las mujeres y las niñas y los niños y que se puedan someter a la ley, sin caer en posturas pesimistas que se manifiestan con ideas como aquella de que

“en este país no pasa nada” o la que lleva a algunas mujeres a la inacción pues están invadidas de temores y prejuicios cuando piensan lo siguiente: “qué van a decir las personas de mí si pongo en conocimiento de las autoridades el delito del que fui víctima”.

Como se mencionó al inicio del presente artículo, normas de carácter interno se han derivado de instrumentos internacionales, que garantizan a las mujeres el ejercicio de sus derechos. La misma suerte ha tenido la implementación de los derechos de los menores, quienes están protegidos de manera especial, en primer lugar, por la Constitución Nacional, al resaltarse en ella que dichos derechos están por encima de los de cualquier otra persona, y también por normas de protección establecidas en nuestro actual Plan de Desarrollo, la Ley de víctimas, la Ley 1098 de 2006, el Conpes 161 de 2013 y la Ley 1719 de 2014, preceptos que se encargan, entre otros temas, de la especial protección de los menores a consecuencia de las violencias que se han generado –entre otros– por el tantas veces aludido conflicto interno.

Por ello, mediante este escrito, invito a que, en primer lugar, los lectores examinen los formatos de crianza que se imparten en el hogar a los niños que están en su proceso de formación y, en segundo lugar, utilicen sin ningún temor los instrumentos que con tantas luchas se han implementado en Colombia, denunciando a los agresores, visibilizando cualquier clase de abuso, que permita dar un mayor dinamismo a la norma, con la finalidad que esta amplifique sus alcances y posibilite que no sigan ocurriendo casos tan lamentables como los que ocupan frecuentemente la agenda noticiosa.

# Séneca y el bien en la ética médica

Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo\*

Séneca Lucio Anneo o Séneca el Joven, hijo de Séneca el Viejo. Nació en Córdoba, España, cuatro años antes de Cristo y murió aproximadamente a los 62 años. Fue un filósofo y político del grupo del estoicismo tardío o romano, del cual hicieron parte Epicteto y Marco Aurelio, dos filósofos muy importantes en el convulsionado Imperio Romano de esa época.

Se destacó como hombre de letras, filosofía y política y se desempeñó como senador y consejero de emperadores, como Claudio y Nerón. Por supuestos romances con la hermana de Claudio, Séneca fue desterrado al exilio de la isla de Córcega por ocho años, época en la que se dedicó a sus escritos, y absuelto posteriormente por la influencia de Agripina, esposa del emperador Claudio, quien más adelante lo nombró tutor de Nerón, su hijo, futuro emperador de Roma. Fue una época reluciente en la que se disminuyeron los impuestos y se presentaron otros avances políticos, debidos en buena medida a la influencia del filósofo Séneca.

Sin embargo, no todo iba por buen camino puesto que los excesos del emperador Nerón lo llevaron a ordenar la muerte de su madre Agripina, acusada de fraguar un complot contra su hijo. Al finalizar el mandato de Nerón, Séneca fue sentenciado a muerte, por lo que decidió optar por la costumbre de la guardia pretoriana de cortarse las venas, beber cicuta y bañarse al vapor, lo que aunado con el asma que sufría lo llevó a la muerte. Fue grande la pérdida del notable hombre, para Roma y para todo el mundo.

De los escritos más destacados del filósofo están las *Cartas o epístolas morales a Lucilo*, dos tomos que contienen 90 cartas en las cuales el autor presenta recomendaciones de vida a su amigo Lucilo, discípulo de Séneca, basadas en las doctrinas del estoicismo, que propugnaba por “hacer el bien, el obrar bien” como máxima para poder dirigir adecuadamente a un pueblo, lo que se debía fundamentar en el cultivo de la razón y el dominio del pensamiento individual, soportado esto último en que cada individuo debía primero que todo conocerse a sí mismo, como lo planteaba el filósofo griego Platón.

Se podría decir que estas cartas son un hermoso contenido de *praecepta* y *decreta*, aspectos destacados en las cartas 94 y 95 que versan sobre la importancia de los preceptos o normas morales y los *decreta* o principios u orígenes de nuestra moralidad.

La primera carta enfatiza la importancia del tiempo en la vida, es decir en el hecho de tomar en nuestras propias manos el presente como la única forma de controlar nuestras acciones, lo que no se logra de otra manera. La segunda carta hace referencia a los viajes y a la lectura como acompañantes inseparables del hombre. Y con estas epístolas, Séneca nos recrea con la vida de filósofos, puesto que considera que no existen sabios, nombre con el que piensa no se podía designar en la historia a hombre alguno.

\* Médico y cirujano, Universidad Libre, Cali, Colombia; Especialista en Medicina interna, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia; segunda especialidad en Cardiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Magistrado y editor del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Miembro del Colegio Médico del Valle del Cauca; miembro de número de la Sociedad Colombiana de Cardiología y de la Asociación Colombiana de Medicina Interna; miembro de la Asociación Colombiana de Siquiatría.



# Resolución No. 005-2016

## Proceso Disciplinario No. 1709-13

Santiago de Cali, a los cuatro (4) días del mes de mayo de dos mil dieciséis (2016).

### Objeto de pronunciamiento

Se procede a resolver si escuchado en diligencia de descargos existe mérito para sancionar disciplinariamente al médico psiquiatra Dr. J F I M, por hechos relacionados con dos certificaciones médicas expedidas a la señora F L G.

### Consideraciones

#### 1. Síntesis de la queja

Es instaurada por escrito presentado ante el T.E.M. del Valle del Cauca el 7 de marzo del 2012 por las señoras A M, M C y L P L G, quienes solicitan investigar al médico psiquiatra Dr. J F I M por considerar que tuvo una actuación irregular y faltó a la ley de ética médica.

Refieren que por su discapacidad mental, su hermana F L G, quien padece desde hace más de 20 años de esquizofrenia paranoide, fue aceptada por el municipio de Santiago de Cali como beneficiaria de su progenitor Á L T hasta el 29 de octubre de 1999 y en tal condición el médico psiquiatra tratante en esa época fue el Dr. J F I M. Sostienen que desde entonces no ha sido tratada ni formulada por él ni por otro psiquiatra particular sino por aquellos vinculados a los servicios médicos contratados por el municipio, las EPS Comfandi, Colsanitas, Coomeva y Salud Colombia.

Manifiestan que de manera acordada decidieron que para proteger los derechos de su hermana F L G, a ella le correspondiera la sustitución pensional de su padre Á L T, fallecido en octubre 16 del 2010, y se adelantara proceso en Juzgado de Familia de Cali de interdicción Judicial por discapacidad mental absoluta. Aclaran que en éste se presentó el dictamen médico expedido por el psiquiatra tratante de F L G en los últimos años, el Dr. I A O S.

Comentan que en ese proceso, que se adelantaba en el Juzgado de Familia de Descongestión Piloto de Oralidad, su hermano D A L G se opuso recurriendo al Psiquiatra Dr. J F I M quien mediante certificaciones de junio 17 del 2011 y diciembre 1 del 2011 falta a la verdad y a la ética profesional cuando certifica que atiende a F L G desde hace 20 años, cuando en realidad no la ha visto en los últimos 13 años, desde el 25 de junio de 1999 no le ha hecho seguimiento, fórmula, ni siquiera ha indagado por la salud de ella a la familia, especialmente de la hermana quien la ha cuidado en los últimos años. Insisten en que en la historia clínica de los últimos 13 años no aparece el Dr. J F I M como médico tratante pues en ese lapso sólo fue atendida como beneficiaria por los Servicios Médicos Municipales y demás EPS.

Expresan que igualmente el Dr. J F I M falta a la verdad cuando certifica que su hermano D A L G ha hecho presencia en las consultas ambulatorias desde hace 17 años cuando F L G siempre estuvo bajo la dependencia y cuidado de sus padres, como lo certifica el mismo Dr. J F I M en junio 25 de 1999; que falta a la verdad cuando certifica que el buen juicio en la continuidad del tratamiento ha logrado que en la actualidad y desde hace 5 años la paciente F L G no haya presentado reagudización, siendo que la historia clínica demuestra lo contrario; que falta a la verdad cuando certifica que la paciente F L G está libre de síntomas de su disturbo mental y es responsable de sus actos, siendo que producto de su esquizofrenia paranoide hace juicios sin fundamento, como cuando llama a la Policía a denunciar a los vecinos por supuesta persecución o denuncia falsamente a sus hermanas y demás familiares. Prueba de esto último es una constancia de julio del 2011 del Fiscal 99 de la Unidad Cavif que dice: "Se le debe prestar mayor atención dado su estado mental el cual no es el más aconsejable actualmente pues su intervención mostró incoherencias que exigen toda la atención por parte de sus congéneres".

A folio 0054 se encuentra la fotocopia que se anexó a la queja del certificado de fecha 17 de junio de 2011, con sello y firma del disciplinado, y a folios 0055 y 0056 el expedido con fecha 1 de diciembre de 2011.

## 2. Desarrollo de la actuación

Con fecha 2 de mayo de 2012 se dispuso indagación preliminar y práctica de pruebas.

Obtenida la ratificación de la queja por parte de la señora M C L G y posterior prueba documental allegada, el 29 de julio de 2015 el Magistrado Instructor dispone abrir formal investigación disciplinaria contra el Dr. J F I M (Fl. 0180).

### 2.1. Ratificación de queja

Afirma la declarante M C L G que nunca trató de dialogar con el Dr. J F I M después que ella y sus dos hermanas instauraron la queja en contra de él; que a la Fiscalía ha acudido por la denuncia que contra el médico se presentó por fraude procesal ante esa entidad; que fue llamada a declarar ante el Juzgado de Familia de Descongestión Piloto de Oralidad aclarando que su hermano D A apeló la sentencia proferida.

Dice desconocer la copia de la historia clínica de la paciente F L G elaborada por el psiquiatra Dr. J F I M que existe dentro del proceso de familia. Al colocarle de presente la historia clínica que obra entre los folios 0079 a 0098 del expediente expresa que acepta que lo que aparece con fecha 1999 hacia atrás pues es posible que correspondan a consultas con el Dr. J F I M, pero lo que tiene que ver con los años 2000 y siguientes no porque su hermana F L G iba a donde los psiquiatras de la EPS como a los de Servicios Médicos Municipales, siempre como beneficiaria de su padre Á L T, en donde fue evaluada por los doctores R de la R e I O y otros que la atendieron con menor frecuencia.

Preguntada acerca de si en el momento F L G es tratada por algún psiquiatra particular, afirma que lo desconoce porque su hermano D A L G le tiene prohibido salir con ella o con sus otras hermanas.

### 2.2. Diligencia de versión libre del Dr. J F I M

Se practicó el 29 de septiembre del 2015, asistido por su abogado de confianza. Interrogado sobre la atención médica que le prestó a la paciente F L G afirma que la primera vez que la vio fue en el año 1994 en consulta por alteración del comportamiento evidenciado por alucinaciones auditivas, ideas persecutorias y se le inició tratamiento a base de fármacos que se prolongó por mucho tiempo con consultas periódicas y remisiones temporales de su comportamiento, que se reactivaba por problemas familiares. Dice haber sido su psiquiatra tratante hasta el año 2009 continuando su tratamiento con una EPS y que en el 2010 un hermano de ella la llevó a consulta y en noviembre del 2011 vuelven al consultorio para solicitar él un certificado

sobre su estado de salud mental y la encuentran lúcida, coherente, orientada, que se expresa normalmente. Comenta que la paciente en principio concurría a las consultas acompañada de sus hermanas, pero posteriormente fue con su hermano D.

En cuanto a los dos certificados expedidos por él a solicitud de D L los justificó diciendo que había una situación familiar relacionada con una sustitución pensional del padre que había fallecido. Dice que le extendió los certificados a pesar de que él como médico había recomendado seguir su tratamiento en la EPS. Considera que era su deber como médico tratante atender la solicitud de certificación médica en el momento que se solicitó. En la primera certificación (17 de junio de 2011) consideró que la paciente estaba compensada porque lo que encontró en ese momento era un buen contacto con la realidad, coherencia en lo que dijo, no había alteraciones de pensamiento ni alucinaciones, había buen juicio. En cuanto a la segunda certificación (1 de diciembre de 2011) expuso que se menciona incapacidad relativa porque ella podría relativamente estudiar, capacitarse y el tratamiento no se lo impedía. Es una forma de superar crisis o preocupaciones, expresó.

Aclara que nunca tuvo oportunidad de conocer el tipo de tratamiento recibido en la EPS. Tampoco conoció si durante estos tratamientos tuvo alguna reactivación de su patología mental.

## 3. Prueba documental aportada para valoración de los hechos

La lectura de los diferentes documentos que integran el expediente permite tener una visión más amplia sobre los hechos que la suministrada por las quejas, las hermanas A M, M C y L P L G, quienes pidieron que se investigara al Dr. J F I M por considerar que faltó a la ética médica en la expedición de los certificados de 17 de junio de 2011 y 1 de diciembre del mismo año.

Se tiene que, en vida del progenitor de la paciente, el señor Á L T, el Dr. J F I M trató como médico psiquiatra a F L G en su condición de beneficiaria de los servicios médicos municipales por la vinculación laboral que como vigilante adscrito a la Secretaría de Educación tuvo su padre, quien falleciera el 16 de octubre de 2010. El diagnóstico del Dr. J F I M fue esquizofrenia.

**En marzo 24 de 2011** la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, consideró que F L G tenía una pérdida de capacidad laboral del 58,2 %. El diagnóstico: esquizofrenia paranoide y tumor benigno en columna vertebral (Fl. 0044 a 0048).

**En junio 17 de 2011** el Dr. J F I M expide el certificado que obra al folio 0054 del expediente. Se lee que fue

solicitado por el señor D A L G, hermano de la paciente. La consulta quedó asentada en la historia clínica. Como diagnóstico se anotó esquizofrenia compensada y que recibió tratamiento a base de Clozapina 50 mg; Levotirosina 100 mg; Sulfato Ferroso y Lovastatina 5 mg. Se lee que en la actualidad está compensada establemente y en buenas condiciones psicológicas para tomar decisiones válidas responsablemente.

**En junio 24 de 2011** el médico psiquiatra Dr. I O S, quien venía tratando a la paciente F L G, expide certificado sobre su salud mental. Diagnóstico: esquizofrenia paranoide. Este documento aparece dirigido al Juez de Familia de reparto de Cali (Fl. 0007 y 0008).

**En junio 29 de 2011** las hermanas de la paciente L P y A M presentan demanda de interdicción judicial ante Juez de Familia, motivadas para que la pensión de su progenitor fuera sustituida a favor de F L G como discapacitada y a una de ellas se le designara Curadora. Aconteció que la demanda fue contestada por F L G una vez notificada, oponiéndose a las pretensiones de declaración de interdicción aduciendo que ya había superado su enfermedad y manifestando que quien le proporcionaba cuidado y manutención era su hermano D A L G (Fl. 0161 y 0162 fallo de segunda instancia del Tribunal Superior del Distrito Judicial).

**En septiembre 16 de 2011**, la Subdirección Administrativa del Recurso Humano del Municipio de Santiago de Cali, mediante Resolución N°. 4122.1.21 de la fecha, reconoció el 100 % de la pensión de sobreviviente del señor Á L T a su hija F L G (Fl. 0114 a 0124).

**En diciembre 1 de 2011** el Dr. J F I M expide el certificado que aparece en los folios 0055 y 0056. Aquí se dice que se hizo a solicitud de la Juez de Familia de Descongestión Piloto de Oralidad de Cali y se presentó acompañada de su hermano D A L G. Diagnóstico, esquizofrenia compensada. Se lee como pronóstico que en la actualidad está libre de síntomas de disturbo mental y en condiciones psicológicas de tomar decisiones válidas responsablemente.

**El 7 de marzo de 2012** se recibió en la Secretaría de este Tribunal la queja instaurada contra el Dr. J F I M.

**El 6 de julio de 2012** el médico psiquiatra Dr. F A M B remite al Juzgado de Familia de Descongestión Piloto de Oralidad la valoración que realizó el 14 de junio de 2012 a la paciente F L G, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (Fl. 0125 a 0128).

**El 6 de diciembre de 2013** el Juzgado de Familia Descongestión de Oralidad emite sentencia declarando en interdicción judicial por discapacidad mental absoluta a F L G.

**El 19 de enero de 2015** se dicta fallo en segunda instancia por la Sala de Decisión de Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali confirmando la sentencia proferida por el Juzgado.

#### 4. Formulación de cargos

Mediante auto interlocutorio N°. 205-2015 de 25 de noviembre de 2015, la Sala declaró que existía mérito para formular cargos contra el Dr. J F I M, médico psiquiatra, como infractor presunto de los artículos 50, 51 y 52 de la Ley 23 de 1981, concordante con el Decreto 1171/97, por hechos relacionados con certificaciones médicas expedidas a la señora F L G de 17 de junio de 2011 y 4 de noviembre de 2011, señalando diligencia de descargos para el 27 de enero de 2016, hora 9:30 a.m.

#### 5. Diligencia de descargos

En día y hora señalados previamente se realizó con el Dr. J F I M, asistido por su apoderado, esta diligencia. Expuso que siempre sostuvo que el diagnóstico de la paciente F L G era de esquizofrenia sin ninguna clasificación y sobre el destino de los certificados que expidió sostiene que no tuvo claro para qué se necesitaban. Respecto a esta enfermedad afirma que al día de hoy no se conoce la causa orgánica que la produce y que al igual que sucede con la diabetes y la hipertensión son enfermedades que si no se atienden oportunamente y de manera sostenida da lugar a cuadros más graves que comprometen la vida misma.

Sobre los cargos formulados por el artículo 52 de la Ley 23 de 1981 expresa que los certificados expedidos son auténticos a las voces del artículo 252 del Código de Procedimiento Civil y 244 del Código General del Proceso, y sobre estos no se formuló tacha de falsedad.

En cuanto a lo consagrado en los artículos 50 y 51 de la Ley 23 de 1981, y en los artículos 28 y 29 del Decreto 3380 de 19891 y en los artículos 1 y 4 del Decreto 1171 de 1997, expuso que son normas descriptivas y que acorde con ellas los certificados cumplen con su objeto y función y reúnen los datos generales que en ellos se especifican. Y en aquello que el texto de los certificados debe ceñirse estrictamente a la verdad, ésta debe apreciarse desde tres aspectos:

1. La verdad fáctica, determinada por la relación entre el médico y la paciente, que en este caso fue de aproximadamente 20 años, conforme a la cronología de historia clínica que en anexo se presentó en la audiencia.
2. La verdad científica, determinada por la discrecionalidad del profesional y los postulados relativos de la medicina en un área tan compleja como la de la Psiquiatría, que también se anuncia en dicha cronología de historia clínica referida al estado de salud de la paciente, tratamiento y diagnóstico.

3. La verdad subyacente, determinada por las relaciones jurídicas conflictivas entre los hermanos L G con ocasión de la sustitución pensional y su manejo, directo o a través de una tutoría por parte de su única beneficiaria. Sobre este particular se tiene que al proceso se han vinculado las sentencias proferidas, en su orden, por el Juzgado de Familia Descongestión Piloto de Oralidad, N°. 236 de fecha 6 de diciembre de 2013 (Fls. 0130 y ss) y de la Sala de Decisión de Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali del 19 de enero de 2015 (Fls. 0160 y ss), quedando definido el conflicto desde el punto de vista del derecho civil.

Concluye con advertir que no resulta acorde con la justicia que la honra médica sea utilizada como un escueto medio de canje en medio de disputas familiares en las cuales los profesionales de la medicina no tienen la oportunidad de ser valorados a la luz de los principios de las pruebas procesales y mucho menos en armonía con los postulados constitucionales que velan por el debido proceso y la inconculcabilidad de los derechos fundamentales.

## 6. Análisis y conclusiones

Para decidir sobre los descargos presentados es menester que se tengan en cuenta los siguientes hechos y manifestaciones:

- a) Se tiene certeza que los certificados objeto de formulación de cargo de 17 de junio de 2011 y 1 de diciembre del mismo año (no de fecha 4 de noviembre de 2011 como erróneamente se digitó) fueron expedidos por el médico psiquiatra Dr. J F I M, que se refieren a la paciente señora F L G y en ambos el diagnóstico fue “esquizofrenia compensada”.
- b) En versión libre explica este concepto diciendo que la esquizofrenia “no tiene una etiología definida y en el comportamiento humano se dan crisis de comportamiento donde se altera el contacto con la realidad, crisis que pueden superarse con medicación o tratamiento y la persona recupera su juicio, la toma de responsabilidades. Bajo el efecto de medicación estas alteraciones del comportamiento pueden desaparecer y la persona vuelve a recuperar su juicio, buen contacto con la realidad y su comportamiento social es normal. La esquizofrenia compensada es la recuperación del juicio y normalización del pensamiento, de la sensorpercepción, es decir, no hay alucinaciones, un aspecto apropiado, sueño normal y en ese contexto puede tomar responsabilidades consigo misma y con los demás” (Fl. 0183 fte y vto).

Posteriormente lo explica en el escrito que anexó en la diligencia de descargos, diciendo que “hace referencia al momento de la ausencia de los síntomas o manifestaciones clínicas de alteraciones o comportamiento de la persona como resultado de la disciplina o juicio que la paciente lleva en la toma de medicamentos, ordenados en el tratamiento de la esquizofrenia” (Fl. 0211 y 0212), aclarando que ésta no es permanente ni sostenida si sobreviene una interrupción del tratamiento o hay irregularidades en su seguimiento, y que la agudización de los síntomas clínicos están determinados también por aspectos psicológicos y sociales del entorno.

- c) Ha dicho el Dr. J F I M que en ambas consultas la paciente estuvo acompañada por un hermano de nombre D (D A L G) y que fue él quien solicitó las certificaciones diciéndole que había una situación familiar con una sustitución pensional del padre de ellos que había fallecido (diligencia de versión libre). En diligencia de descargos sostuvo que había un conflicto familiar “que yo no pude definir ni entender, había de por medio unos dineros y unas acusaciones mutuas” (Fl. 0201).
- d) Sobre cuál era el destino o uso de las certificaciones médicas dijo el Dr. J F I M que no los conoció (Fl. 0201 vto.)
- e) En el mencionado proceso de interdicción judicial no se aportó como prueba el certificado que con fecha 1 de diciembre de 2011 expidió el Dr. J F I M (Fl. 0055 y 0056). Se presentaron al debate uno con fecha 25 de junio de 1999 y otro de 17 de junio de 2011, ambos expedidos por el profesional investigado. En la formulación de cargos no se cuestiona el primero de estos. Por tanto, es inoficioso cualquier comentario.
- f) Cuando se resuelve la apelación interpuesta por la paciente F L G y su hermano D A L G contra el fallo proferido por el Juzgado de Familia, el Tribunal Superior se ocupó del certificado médico de fecha 17 de junio de 2011 diciendo que no tenía validez probatoria porque había sido aportado en copia simple, carecía de autenticidad, no cumplía con lo dispuesto en el ordinal 3° del artículo 268 del Código de Procedimiento Civil (Fl. 0171). Sobre este particular, cuando se aportan al proceso documentos privados, la ley establece que deberá entregarse el original, cuando estuviere en su poder. Si se tratare de copias, se podrán aportar si han sido protocolizados; los que formen parte del otro proceso del que no pueden ser desglosados, siempre que la copia se expida por orden de juez. Y si el original



no está en poder de quien los aporta, es necesario que su autenticidad haya sido certificada ante notario o secretario de oficina judicial, o que haya sido reconocida expresamente por la parte contraria o demostrada mediante cotejo (Art. 268 C.P.C).

#### 6.1. *Pronunciamiento sobre el cargo alusivo al artículo 52 de la Ley 23 de 1981*

Para mayor comprensión se analizarán por separado los dos certificados objeto de reproche.

##### *Del certificado médico de junio 17 de 2011*

Teniendo de presente la prueba documental allegada, la Sala deduce que al Juzgado de Familia donde se decidió sobre la interdicción de la paciente F L G no se aportó el original del certificado médico expedido por el Dr. J F I M con fecha 17 de junio de 2011, ni copia del mismo autenticada ante notario público. En tales circunstancias, ¿qué efectos jurídicos o repercusiones tiene este primer certificado médico en la valoración que de los hechos debe realizarse en este proceso disciplinario si en el proceso judicial donde se aportó como prueba fue desestimado?

Para comprender si en verdad se trata de un documento privado falso que no solamente tiene repercusiones en el campo penal sino en el proceso ético disciplinario por el contenido del artículo 52 de la Ley 23 de 1981, necesariamente habrá de preguntarse si considerándose el certificado médico de fecha junio 17 de 2011 un documento privado, el Dr. J F I M pudo cometer la falsedad documental que trata el artículo 289 del Código Penal (Ley 599 de 2000).

Dos actos y no uno debe el infractor realizar para configurar el delito de falsedad en documento privado: el de falsificar y el de usarlo posteriormente. Sin la realización de ambas acciones sucesivamente ejecutadas por la misma persona, tal comportamiento no se adecúa al tipo penal. Está probado que el Dr. J F I M no fue quien lo aportó al proceso de familia.

Se dice que, sin embargo, cuando dos o más personas acuerdan faltar a la verdad o de inmutarla en el documento privado para usarlo posteriormente, habrá una coparticipación delictiva, aunque unos ejecuten la acción falsaria y otros utilicen el documento que aquellos alteraron, sin importar si hubo o no perjuicio a terceros y ánimo de lucro, como así lo exigía el anterior Código Penal (Decreto 100 de 1980), derogado por la Ley 599 de 2000.

Lo cierto del caso es que en el proceso disciplinario que nos ocupa tal concertación o acuerdo no tiene siquiera un solo indicio de su existencia. En tales condiciones habrá de concluirse, entonces, que este primer certificado médico con fecha 17 de junio de 2011, expedido por el Dr. J F I M, no es falso.

De otra parte, es claro que la condición médica de la paciente no está en discusión, fue perfectamente definida en el proceso en referencia, en donde se aceptó que durante un tiempo fue su médico tratante con diagnóstico de esquizofrenia compensada, que sustancialmente no representa un hecho irreal o concepto equívoco sino una forma de representar científicamente la naturaleza de una patología, no la de consignar una falsedad

##### *Del certificado médico de diciembre 1 de 2011*

Teniendo como base lo dicho sobre el delito de falsedad documental en párrafos anteriores, se pregunta:

¿Qué daño o perjuicio potencial ha ocasionado el certificado médico del Dr. J F I M, de fecha 1 de diciembre de 2011, si ni siquiera se aportó al proceso de interdicción judicial de la paciente F L G como elemento probatorio? Por considerar que no fue exhibido en dicho proceso, la Sala no percibe de qué manera puede considerarse falso, es decir, que se trata de un certificado falso al tenor del artículo 52 de la Ley 23 de 1981.

En ambos casos, para definir si se trata de documento privado falso, hay que examinar en qué escenario se presentaron como elemento probatorio. Como no fue en el proceso ético disciplinario habida consideración que fueron el punto central de la queja, que inclusive sobre su autenticidad nada se había decidido por la justicia ordinaria, se han hecho estas consideraciones, que concluyen que por este cargo debe el disciplinado ser absuelto.

#### 6.2. *Sobre el resto de los cargos*

Es en cuanto al objeto o fines del certificado, de que trata el Decreto 1171 de 1997 (Art 4), el artículo 51 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 29 del Decreto 3380 de 1981, el hecho reprochable que no resulta justificado en la diligencia de descargos. Por ser un deber del médico que en el texto del certificado se consignen los fines o el objeto y no algo optativo o discrecional del médico que lo expide, esta conducta se estima que fue inobservada por el profesional investigado.

Aquí sí se toman ambos certificados, el del 17 de junio de 2011 y el de 1 de diciembre del mismo año, como una conducta omisa repetida por el profesional investigado. La importancia de tal elemento o componente del certificado médico consiste en que el profesional indique sobre los fines y objeto para que pueda comprender qué alcances jurídicos tendrá el documento; si él percibe que está siendo utilizado para actos contrarios a la moral (Art. 6 Ley 23 de 1981); si en la práctica médica esa relación médico-paciente que está fundada en un compromiso responsable, leal y auténtico o se ve alterada por el mismo paciente o un tercero (Art. 1 numeral 4 Ley 23 de 1981); si teniendo im-

plicaciones sociales el ejercicio médico profesional su conducta pública y privada con la expedición del certificado mantiene o no elevados preceptos morales (Art. 1 numeral 9 Ley 23 de 1981). Ciertamente estos factores pueden considerarse como preventivos pero las responsabilidades que se asumen cuando se expide un certificado médico no pueden menospreciarse por la connotación jurídica que contienen en la sociedad actual, por el uso que tienen en todo tipo de actuaciones, por la credibilidad que encierran.

## 7. Sanción a imponer

Por las calidades profesionales de buena reputación, su vinculación académica y universitaria por años con muestras de decoro y estimación en su especialidad, sin antecedentes que minen su respetabilidad, permiten a la Sala estimar que el Dr. J F I M es merecedor a amonestación privada (Art. 83 literal a Ley 23/1981, art. 48 Decreto 3380/1981), como responsable de la omisión que cometió con la expedición de los dos certificados médicos, alusivos a la paciente F L G.

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

## Resuelve

*Primero.* No aceptar los descargos presentados por el médico psiquiatra Dr. J F I M, en hechos relacionados con las certificaciones médicas expedidas a la señora F L G, por las razones expuestas.

*Segundo.* Imponer en consecuencia sanción disciplinaria de Amonestación Privada, al Dr. J F I M, médico psiquiatra, identificado con la cédula de ciudadanía N°. 00.000.000, Tarjeta Profesional N° 00-000/000 del Ministerio de Salud, como infractor a los artículos 50 y 51, de la Ley 23 de 1981, concordante con los artículos 28 y 29 del Decreto 3380 de 1981, y Decreto 1171 de 1997, parágrafo Art. 20 y Art. 4, conforme a lo consignado en la parte motiva.

*Tercero.* Notifíquese personalmente la decisión al profesional médico, citándolo a sesión de Sala Plena, y a su apoderado, transcribiéndose a éste la parte resolutive. De no obtenerse se notificará por edicto (Art 46 Decreto 3380/1981, conc. Art. 88 Ley 23/1981).

*Cuarto.* En firme, comuníquese la decisión al Tribunal Nacional de Ética Médica, a los Tribunales Seccionales, a la Federación Médica Colombiana, al Ministerio de Salud, al Colegio Médico del Valle del Cauca y a la señora M C L G.

*Quinto.* Dispóngase el archivo de las diligencias.

## Notifíquese y cúmplase

(Aprobado en sesión de Sala Plena del 27 de abril de 2016 Actas N° 1578)

Dr. Dairo de Jesús Gutiérrez Cuello  
Presidente  
Magistrado

Dr. José Ackermann Izquierdo  
Magistrado Instructor

Dr. Néstor Harry Amorocho Pedraza  
Magistrado

Dr. Luis Gerardo Salcedo Prieto  
Magistrado

Dr. Rodrigo Triana Ricci  
Magistrado

Dr. Augusto Cuéllar Rodríguez  
Abogado Asesor

Dra. Diana Julieta Olivo Ospina  
Secretaria - Abogada

# Resolución No. 012-2016

## Proceso Ético Disciplinario No. 1768-12

Santiago de Cali, a los dos (2) días del mes de noviembre de dos mil dieciséis (2016)

### Objeto de la decisión

Se procede a decidir si existe mérito para sancionar disciplinariamente al doctor D A T T, médico general, por hechos relacionados con la atención médica a la paciente L I G (q. e. p. d), en el Hospital San Juan de Dios de esta ciudad, y por los cuales se le formularon cargos.

### Antecedentes

#### Queja y hechos

Queja interpuesta por el señor L C M, en calidad de esposo de la señora L I G (q. e. p. d).

Refiere el quejoso que el día 5 de mayo de 2012 la paciente debió ser trasladada al Hospital San Juan de Dios por presentar hinchazón en los brazos, con dolor más fuerte en el derecho, fiebre, dolor en general, tos y fatiga al respirar, allí se le diagnostica insuficiencia cardiaca congestiva, formulándole furosemida, aspirina y acetaminofén, para que se pidiera cita por consulta externa de medicina interna. Acatadas las órdenes estuvo en casa, aumentando las molestias, llevándola nuevamente al Hospital San Juan de Dios al día siguiente, 6 de mayo de 2012. En esta segunda ocasión le hicieron un diagnóstico preocupante: insuficiencia cardiaca, hipertensión esencial, neumonía bacteriana, edema leve en ambas manos, estertores en ambas bases pulmonares, por lo que se dispuso su traslado a la ciudad de Palmira a la UCI de Dumían Medical.

En dicha entidad la atendieron desde el día 6 de mayo hasta el 10 de mayo, día en que fallece.

El familiar denuncia la negligencia por haberle dado salida el día 5 de mayo, pese a las condiciones en que consultó.

#### Ratificación y ampliación de queja

Acude a diligencia de ratificación el señor L C M, en calidad de esposo de la señora L I G. Se identifica con cédula de ciudadanía # 0.000.000, se interroga sobre los generales de ley. Bajo la gravedad del juramento se afirma y ratifica sobre todas y cada una de las partes de queja que presentó en contra del personal médico del Hospital San Juan de Dios.

Manifiesta además que una enfermera le informó del traslado de la paciente a la ciudad de Palmira.

#### Historia clínica, Hospital San Juan de Dios

5 de mayo de 2012, hora 19:57, se hace diagnóstico de cardiomiopatía dilatada, ICC. Se da cita por consulta externa de medicina interna. (Esta nota no tiene datos clínicos). doctor D A T T.

6 de mayo de 2012, paciente en regular estado de salud, refiere edema y dolor en ambas manos, tos seca, motivo por el cual consultó ayer a esta institución, trae paraclínicos que reportan leucocitosis, P de O y electrolitos normales, función renal que indica FRA vs FRC, reagudizada. Al EF presenta taquipnea, TA 60/40. Estertores en ambos campos pulmonares, edema leve a moderado en ambas manos. Se le coloca bolo de furosemida por el edema, la placa de tórax con congestión pulmonar que sugiere edema pulmonar; inicio goteo de dopamina, el EKG muestra bloqueo de rama izquierda.

Se comenta a su entidad para remisión a UCI. Es aceptada en Dumían Medical de Palmira.

#### UCI Dumían Medical de Palmira

Es hospitalizada en UCI de Dumían Medical desde el 6 de mayo hasta el 10 de mayo de 2012, día en que fallece.

Con diagnóstico de ICC descompensada, hipertensión arterial, neumonía adquirida en comunidad Tipo III, disfunción renal aguda, flebitis de MSD, várices grado III en MIS, obesidad mórbida.

El día 10 de mayo, paciente en falla multiorgánica, con compromiso cardiovascular, pulmonar, renal, en choque distributivo, requiriendo soporte vasopresor, entrando en paro cardiorrespiratorio con reanimación durante 16 minutos, la cual no responde, falleciendo a las 10:37 a. m.

### **Primer informe del Magistrado Instructor**

Rendido y aprobado en Sala el 12 de agosto de 2015. En el mismo solicita llamar a versión libre al doctor D A T T, a fin de que explique su proceder en el caso de la paciente L I G (q. e. p. d).

### **Versión libre del doctor D A T T**

El doctor D A T T se identifica con cédula de ciudadanía # 00.000.000, se interroga acerca de los generales de ley, manifiesta que es médico general de la Universidad del Valle, graduado en el año 1988, especialista en docencia para la educación superior de la Universidad Santiago de Cali, en el año 2008.

Dando cumplimiento al debido proceso otorga poder amplio y absoluto a la doctora A M D G, quien se identifica con cédula de ciudadanía # 00000000, tarjeta profesional # 000000 del CS de la J.

Refiere el doctor D A T T que la paciente ingresa el día 5 de mayo de 2012, a las 15:35 horas, al servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios, que inicialmente fue atendida por el doctor R, quien deja la paciente en observación. Es importante informar que la paciente y su familiar eran malos informantes. Se hace nuevo interrogatorio, y se analiza la Rx de tórax la cual no era de buena calidad, no se veía mayor cosa. Que escribió en la nota que había cefalización de flujo y borramiento de ángulos costofrenicos, el ECG bloqueo de rama izquierda y sospecha de hipertrofia de ventrículo izquierdo. La TA era de 110/70, pulso 75, FR de 15, Glasgow de 15 y con esa historia clínica había la sospecha de insuficiencia cardiaca, que en el momento estaba compensada, ya que no tenía ningún signo de inestabilidad hemodinámica, por tanto, se decide dar manejo ambulatorio con cita prioritaria a medicina interna para que le mandaran ecocardiograma como estudio inicial.

El doctor D A T T aporta copia de evolución del 5 y 6 de mayo de 2012.

Nota de evolución, 5 de mayo de 2012, hora 20:07.

Paciente estable, pulso 75, TA 110/70, FR 15 por minuto. Glasgow 15.

Reporta ECG con BRI y signos de HVI, Rx de tórax con cefalización de flujo y borramiento de ángulos costofrenicos, CH normal. CR normal. Paciente que reinterrogándola presenta varios días de disnea a moderados esfuerzos, ortopnea, edema de miembros inferiores y superiores, signos y síntomas

de ICC, con ECG y Rx de tórax compatibles. Actualmente sin disnea. Se decide dar de alta por urgencias con cita a medicina interna, tratamiento ambulatorio con furosemida, enalapril, posibilidad de ecocardiograma ambulatorio.

### **Segundo informe del Magistrado Instructor**

En fecha 22 de junio de 2016, el Magistrado Instructor solicita se formulen cargos contra el doctor D A T T.

### **Formulación de cargos**

La misma se hizo mediante Auto Interlocutorio No. 117 de 6 de julio de 2016. Después de revisar el expediente en su integridad, la historia clínica, la queja, su ratificación y ampliación, y la versión libre y espontánea del médico investigado, la Sala consideró que existía mérito para formular cargos por presunta inobservancia de los artículos 3, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981:

Es decir, no dedicó el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada, a pesar de tener la información pertinente (Art.10), y en tal virtud no sólo no le dispensó los beneficios de la medicina (Art.3), sino que además la sometió a un riesgo injustificado, que no tenía por qué soportar (Art.15)

En la misma providencia se dispuso escucharlo en diligencia de descargos en sesión de Sala Plena, el 3 de agosto de 2016, a las 2 p. m.

De dicha diligencia solicitó aplazamiento la apoderada del doctor D A T T, fijándose como nueva fecha el 7 de septiembre de 2016 a las 2 p. m.

### **Diligencia de descargos**

El día y hora señalados, se hizo presente el médico D A T T con su apoderada judicial, presentando escrito de descargos y siendo interrogado por la Sala Plena.

El doctor D A T T explica los detalles de la atención médica realizada a la paciente L I G (fallecida) el día 5 de mayo de 2012, narrando que sí se tomó el tiempo necesario para cuidar de la paciente aquí mencionada, pues no sólo no se conformó con el informe consignado en la historia clínica por el primer médico asistente, sino que después de repetir la anamnesis, también solicitó exámenes complementarios con los cuales se pudo hacer el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Que al analizar los exámenes y co-tejarlos frente al cuadro clínico de la paciente, obtuvo los elementos de juicio en los que se apoyó para darle salida a la misma.

Resalta el doctor D A T T que la paciente en ningún momento estuvo hemodinámicamente descompensada

(aporta resultados de exámenes complementarios y anotaciones clínicas como prueba). Agrega que, dadas las condiciones de estabilidad clínica de la paciente, las precarias condiciones de hacinamiento humano en urgencias y por tratarse de un fin de semana, cuando no hay disponibilidad de especialistas en el Hospital San Juan de Dios, lo que dificultaba su manejo, decidió que lo mejor era que la paciente en mención, pudiera continuar su tratamiento de manera ambulatoria. (Aporta fotos del hospital).

El doctor D A T T refiere que decidió darle salida a la paciente, recomendando tratamiento ambulatorial, soportado en:

1. el estable estado clínico de la misma
2. en su experiencia como médico de urgencias
3. en la literatura sobre el protocolo de manejo que, para esos casos, recomienda la "American Heart Association", la cual aporta como prueba.

Adiciona, que los eventos que se sucedieron al día siguiente cuando la paciente regresó a Urgencias (esta vez sí en franca descompensación), son hechos que huyen a su voluntad pues no había elementos clínicos que pudieran hacer prever tal deterioro, ni él se encontraba de turno en el hospital.

## Consideraciones

Le corresponde a la Sala determinar si encuentra o no mérito para aceptar los descargos presentados en sesión de Sala Plena por parte del doctor D A T T.

Debemos recordar que mediante Auto Interlocutorio No. 117 de 6 de julio de 2016 se resolvió formularle cargos por presunta vulneración a los artículos 3, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981, por las razones expuestas en el citado proveído que son extractadas a continuación:

*Artículo 3º:* "El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta ley."

La trasgresión de este artículo se da al no brindar los requerimientos necesarios e inmediatos en el nivel apropiado para el manejo de este paciente con posibilidades de descompensación, especialmente si consideramos que el galeno funge como garante de la fuente de riesgo y de los miembros de la sociedad que resulten afectados por su falta de control del mismo, al asumir la protección real de los pacientes.

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

La trasgresión a este artículo se da al no considerar la gravedad de la paciente, no evaluar adecuadamente a través de los exámenes de laboratorio y dar salida sin definir un diagnóstico preciso en una paciente que se empeora en menos de 24 horas y finalmente fallece. No beneficiar al paciente en la búsqueda de un diagnóstico certero que redundaría en un manejo adecuado disminuyendo las posibilidades de empeoramiento de un cuadro, para ese momento desconocido. Esto se refleja en la no hospitalización en regulares condiciones generales y la no evaluación de su caso con métodos diagnósticos complementarios.

*Artículo 15º:* "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente."

La trasgresión de este artículo se da porque el margen de descompensación de un paciente hipertenso y cardiopatía es muy estricto, y esto no se tuvo en cuenta al no remitirlo a un nivel de mayor complejidad; dándole salida a su casa, sumiéndolo en la desventura de la evolución de una patología potencialmente mortal. Sometiendo a riesgo sin justificación al paciente, teniendo la posibilidad, por su cargo, de dejarlo en esa clínica de complejidad acorde con la patología subyacente o remitirlo y no enviarlo a la casa.

Ahora bien, en diligencia de descargos el doctor D A T T aporta literatura en idioma inglés, la cual no es válida como prueba para el proceso, de conformidad con el artículo 251 del Código General del Proceso:

*Artículo 251.* Documentos en idioma extranjero y otorgados en el extranjero.

Para que los documentos extendidos en idioma distinto del castellano puedan apreciarse como prueba se requiere que obren en el proceso con su correspondiente traducción efectuada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, por un intérprete oficial o por traductor designado por el juez. En los dos primeros casos la traducción y su original podrán ser presentados directamente. En caso de presentarse controversia sobre el contenido de la traducción, el juez designará un traductor. (...) Pues bien, para resolver se considera inicialmente que los elementos cognoscitivos llamados pruebas tienen que servir de soporte a cualquier decisión, deben brindar a la mente del fallador un determinado estado de conocimiento, el cual, en la medida que avanza la investigación, debe ir en progreso. Es así como en un principio esos ele-

mentos cognoscitivos le deben al fallador brindar un estado de duda, luego una probabilidad –al calificar la instrucción– y debe culminar, si se desea proceder a sancionar, en un estado de certeza.

Ante un nuevo análisis de este caso, no encuentra la Sala Plena “certeza” en la trasgresión a las normas endilgadas en la formulación de cargos, pues al analizar los argumentos y las pruebas aportadas por el disciplinado en audiencia de descargos, con excepción de la literatura en inglés, se llega a la conclusión que con estos elementos probatorios, se consigue desvirtuar la presunta violación de los artículos 3, 10 y 15 de la ley 23 de 1981 y decreto reglamentario 3380 de 1981 y que el actuar del doctor D A T T estuvo circunscrito en lo que los buenos preceptos que la Lex Artis Ad-Hoc estipula.

Al tratarse de una paciente con sintomatología de 15 días de evolución, sin historia previa de patología cardíaca o de control clínico previo, que al llegar a urgencias no presentaba signos de descompensación clínica, según lo aportado, el doctor D A T T realizó las pruebas complementarias correspondientes al caso e hizo las recomendaciones pertinentes para un tratamiento a nivel ambulatorial, lo que desvirtúa la presunta violación de los artículos 3 y 10 de la ley 23 de 1981.

En lo concerniente a la presunta violación del artículo 15 de la misma ley, no se tipifica la exposición a riesgos injustificados ya que las condiciones clínicas de la paciente en el momento de la atención en Urgencias no hacían suponer (según el material probatorio) que ella podría, a corto plazo, presentar un cuadro clínico de descompensación cardíaca y sistémica, tal y como sucedió al día siguiente.

A este respecto, se transcribe lo que en cuanto a la finalidad y propósitos de la medicina dice la doctrina:

*Finalidades y propósitos de la medicina.* La medicina, como parte de las ciencias de la naturaleza y la sociedad se caracteriza por su racionalidad y su objetividad. Esta racionalidad está constituida por conceptos, juicios y raciocinios, y no solamente por sensaciones, imágenes o pautas estereotipadas de conducta; sus ideas son capaces de combinarse de acuerdo con algún conjunto de reglas lógicas, con el fin de producir nuevas ideas. Estas, a su vez, no se amontonan caótica o cronológi-

camente, sino que se organizan en sistemas de ideas, esta es, en conjuntos ordenados de proposiciones (teorías).

En toda consulta, análisis, diagnóstico, opinión, interconsulta, junta médica, investigación, publicación o procedimiento especial, el médico aplica el método científico. Es decir, aquel procedimiento para descubrir las condiciones en que se presentan sucesos específicos, aplicando la lógica a los hechos observados. A través de este mecanismo se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo investigativo. Aunque no lo haga de manera consciente, el médico aplica en forma permanente sus conocimientos de estadística. Juega con leyes de probabilidades, estudia variables, analiza su interdependencia y relación, en fin, convierte el oficio en profesión y el arte en ciencia. Esta es la diferencia con los empíricos. (*La práctica de la medicina y la ley*. Biblioteca Jurídica DIKE. 1ª Ed. pág. 29).

De tal manera, se estipula que al aceptarse los descargos presentados por el doctor D A T T no se estima pertinente la práctica de las pruebas testimoniales, periciales y documentales solicitadas por su apoderada.

Ante estas circunstancias, la Sala concluye que los descargos presentados por el doctor D A T T merecen ser aceptados de manera total.

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

## Resuelve

*Primero.* Aceptar los descargos presentados en Sesión de Sala Plena por el médico D A T T, en relación con la atención médica brindada a la paciente L I G (q. e. p. d), absolviéndolo de los cargos formulados mediante proveído No. 117 de 6 de julio de 2016.

*Segundo.* En consecuencia, se dispone el archivo definitivo de las diligencias.

*Tercero.* Notifíquese la decisión de manera personal al médico D A T T y a su apoderada judicial. De no obtenerse se notificará por edicto (Art. 46 Decreto 3380/1981, conc. Art. 88 Ley 23/1981).

*Cuarto.* Comuníquese la presente decisión a la quejosa, transcribiendo la parte resolutive de esta providencia.

## Notifíquese y cúmplase

(Aprobado en sesión de Sala Plena del 26 de octubre de 2016, Acta No. 1603)

Dr. Néstor Harry Amorocho Pedraza  
Presidente  
Magistrado

Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo  
Magistrado

Dr. William Libardo Murillo Moreno  
Magistrado Instructor

Dr. César Augusto Prieto Ávila  
Magistrado

Dr. Rodrigo Triana Ricci  
Magistrado

Dra. Diana Julieta Olivo Ospina  
Abogada Secretaria

Dr. Augusto Cuéllar Rodríguez  
Abogado Asesor