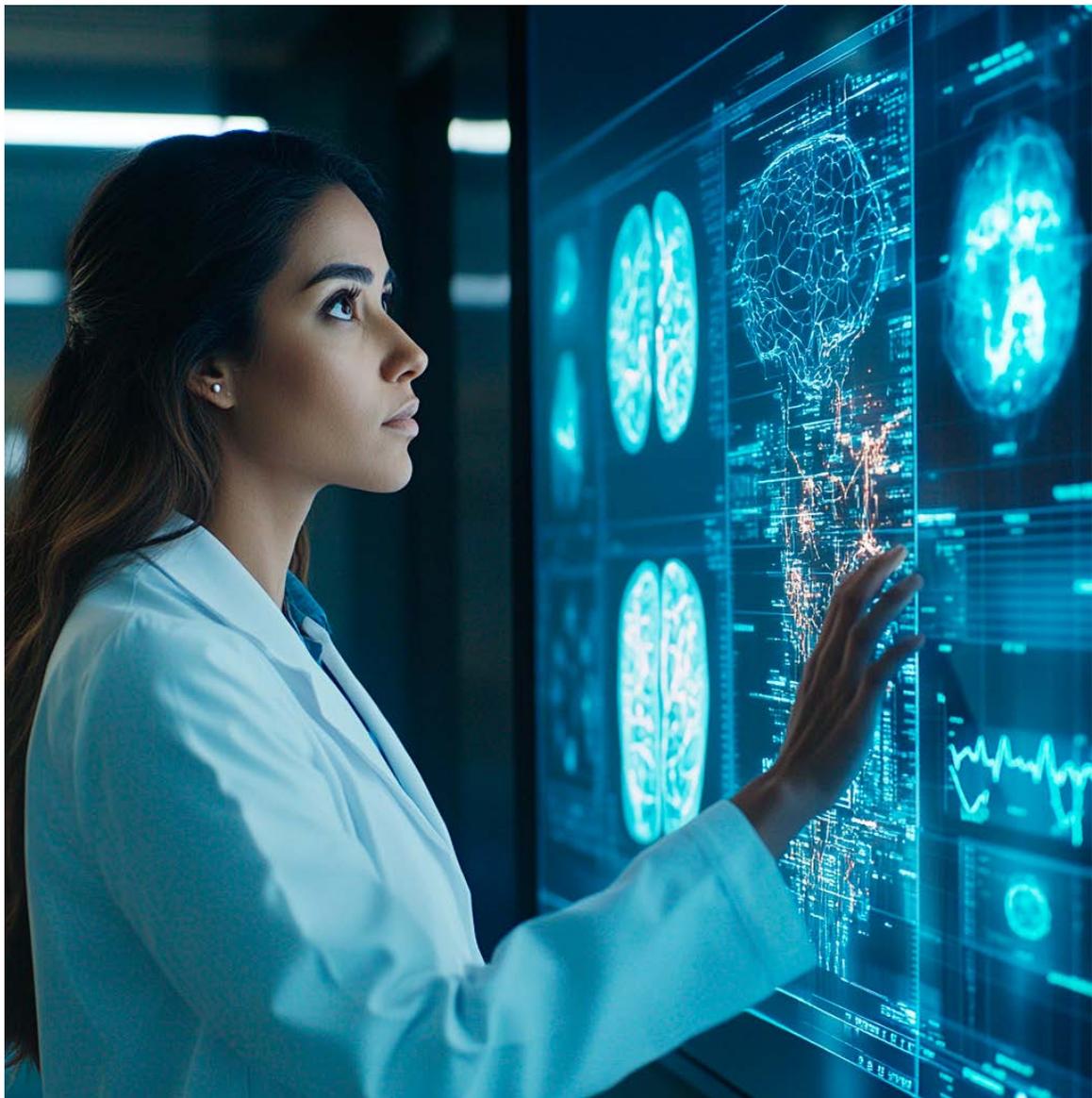


# Tribuna Ética Médica

Vol. 18, No. 1-2, enero a diciembre de 2023 / Vol. 19, No. 1-2, enero a diciembre de 2024 ISSN: 2011-351X



TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA

La revista *Tribuna Ética Médica*, orgullo del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, nos trae excelentes artículos de revisión, reflexión, académicos y de cultura.

Inicia con un artículo que muestra la importancia de la agremiación de los tribunales de ética médica (TEM) en una federación nacional. Su vulnerabilidad presupuestal que ha obligado al cierre temporal a varios de ellos, además de la fragilidad ante los entes gubernamentales seccionales y nacionales, llama a asociarnos en defensa de la lucha por presupuestos adecuados y condiciones dignas de funcionamiento.

La reflexión ética sobre la inteligencia artificial en medicina revisa la cronología, los usos médicos, las tendencias y las implicaciones éticas para su implementación responsable.

La defensa de los derechos fundamentales, el debido proceso, la protección a grupos vulnerables, el respeto al derecho internacional humanitario, lleva a afirmar que Colombia es un Estado Constitucional de Derecho, como lo expresa un interesante artículo sobre el tema.

El estrés, una patología cada vez más frecuente, con efectos deletéreos sobre la salud física y psicológica, se presenta por un desbalance simultáneo y recíproco de los sistemas endocrino, nervioso e inmune, que lleva a severas afectaciones de todo el organismo y es motivo de revisión fisiopatológica integral.

Con un ejemplo práctico se revisa en detalle la necesidad de establecer límites a la objeción de conciencia por parte del profesional de salud, privilegiando los derechos fundamentales del paciente.

Las frecuentes caídas en pacientes hospitalizados es tema de artículo que llama la atención sobre la necesidad de prevención de caídas en personas de edad internadas, por los enormes riesgos de fractura, daño neurológico e incluso la muerte.

La ética empírica, natural y basada en la experiencia, con los dilemas inherentes a la educación moral en situaciones cotidianas, como ambientes laborales y educativos, son tema de la interesante revisión, desde el punto de vista de una estudiante de noveno grado de bachillerato.

Argumentación en la ética médica, discute teorías en este tema, presentadas por tres importantes investigadores. Pueden tener ellas aplicación en la ética médica, la academia y aún en situaciones cotidianas.

Un documentado artículo expone la epidemia de disentería en Cali entre 1809 y 1810, relacionándolo de una manera histórica con sus implicaciones sobre la salud pública, la política y las tensiones sociales en la época de la Independencia.

La ventana cultural nos deleita con un sugestivo poema de breve nombre, *No*, pero denso contenido.

Finalmente presentamos dos importantes procesos que se relacionan con temas que llevan a sanción disciplinaria por trasgresión a la ética médica como son, el intrusismo médico y la expedición irregular del certificado médico.

La invitación es a la lectura de esta revista, plena de temas disímiles, que combina historia, ética, sanciones disciplinarias, medicina clínica, actualidad, cultura y derecho médico.

DR. HÉCTOR MARIO RENGIFO CASTILLO



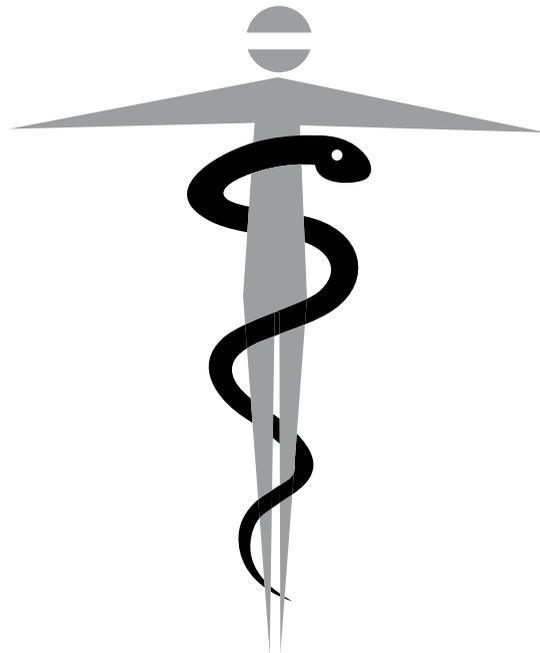
TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA

## Tribuna Ética Médica



Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca - TEMV

# Tribuna Ética Médica



Cali, Vol. 18, No. 1-2, enero a diciembre de 2023 / Vol. 19, No. 1-2, enero a diciembre de 2024

## **Tribuna Ética Médica**

Vol. 18, No. 1-2 enero a diciembre de 2023

Vol. 19, No. 1-2, enero a diciembre de 2024

ISSN: 2011-351X

Publicación anual

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

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

Tels: (602) 558 0768 – 558 9939 – Telefax: (602) 400 1329

Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

tribunaeticamedica@temvalle.org

www.temvalle.org

### **Comité Editorial**

*Magistrados*

Otoniel Franco Agredo

Jorge Hernán Jiménez Restrepo

Fernando Mejía López

William Libardo Murillo Moreno

Héctor Mario Rengifo Castillo

### **Otro miembro**

Luis Antonio Cuéllar Mendoza

### **Relatores**

Augusto Cuéllar Rodríguez

Diana Julieta Olivo Ospina

### **Editor**

Héctor Mario Rengifo Castillo

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

Jaime Alexándrovich

### **Imagen de portada**

Generada con inteligencia artificial

### **Diseño y diagramación**

Luis Hernando Mesa

### **Impresión**

Panamericana Formas e Impresos S.A.

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 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

- 7 **Normas e instrucciones para la publicación**
- 9 **Editorial**
- 11 **La importancia de crear la Federación Nacional de Tribunales de Ética Médica**  
Dra. Diana Julieta Olivo Ospina
- 13 **Reflexión ética sobre las inteligencias artificiales en Medicina en Colombia**  
Dr. Alejandro Solo Nieto Calvache
- 19 **Colombia: Estado Constitucional de Derecho**  
Dr. William Libardo Murillo
- 23 **Endocrinología del estrés**  
Dr. Héctor Mario Rengifo Castillo
- 27 **Límites al ejercicio de la objeción de conciencia en la actividad sanitaria en Colombia**  
Dra. Mónica Alexandra Puentes Araújo
- 31 **El impacto de la caída en pacientes en hospitales nivel 2**  
Dr. Alfredo Martínez Rondanelli
- 35 **Ética empírica y educación moral**  
María Santacoloma Rengifo
- 37 **Argumentación en la ética médica**  
Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo
- 39 **De la epidemia de disentería en Cali (1809-1810). Por la época de la independencia**  
Dr. Luis Antonio Cuéllar
- 42 **Ventana a la cultura. «No»**  
Dr. William Libardo Murillo
- 43 **Sanción disciplinaria por intrusismo como especialista en Ortopedia y Traumatología**  
Resolución No. 040-2023. Proceso Disciplinario No. 2848-21 TEMV
- 53 **Sanción disciplinaria por expedición irregular de certificado médico**  
Resolución No. 059-2023. Proceso Disciplinario No. 2793-19 TEMV



# 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. Es de resaltar que en la revista se dará entrada a artículos sobre temas de ética y salud elaborados por estudiantes de medicina y profesionales no-médicos.

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 quién 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.

## Condiciones para la elaboración y entrega de los artículos

Condiciones que deben cumplir los artículos suministrados se especifican a continuación.

- *Artículos completos y finales*. Los autores deben suministrar los artículos completos (con todos sus textos e imágenes y sin faltantes) y en su versión final, lo cual implica que no la podrán cambiar o modificar luego de entregada.
- *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. Las imágenes del artículo 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 imágenes (fotos, ilustraciones, 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 imágenes pegadas, ubicadas en los lugares en que deban ir; 2) archivos independientes e individuales de las imágenes, suminis-

trados por separado, grabadas en programas o formatos en que se generaron o elaboraron, como Excel, Power Point o jpg.

- *Características de las imágenes*. Deben ser fácilmente reproducibles y poseer buena calidad digital, mínimo de 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

Se presenta a continuación la estructura general de los artículos.

- 1) *Primera página del archivo: 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 que contenga:
  - a) *Nombres y datos de contacto de los autores*. Los nombres completos de cada uno de los autores, sus números de celular y de teléfonos y sus direcciones electrónicas.
  - b) *Reseñas profesionales de los autores*. Máximo cuarenta (40) palabras y seguir el siguiente formato:

Profesiones y especialidades relevantes. Cargos en Tribunales, Colegios profesionales o entidades gremiales, si los tiene. Actividades docentes. Algunas publicaciones seleccionadas.
  - c) *Autorizaciones de publicación de imágenes y de artículos originados en otras publicaciones o entidades*. Los autores de artículos que contengan materiales de texto o gráficos que no sean propios, fotos de personas, deben mencionar por escrito estas situaciones y adjuntar las respectivas autorizaciones de publicación por escrito, emitidas por las personas o entidades poseedoras de los derechos.
  - d) *Conflictos de interés*. Deben mencionarse también por escrito todos los conflictos de interés que puedan tener los autores.
- 2) *Segunda página en adelante: texto 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 (que equivale a unas ocho hojas carta), a no ser que el Comité Científico y Editorial apruebe una mayor extensión por ser de interés especial. Características y condiciones de los artículos se presentan a continuación:

- *Estructura del artículo.* La estructura del texto principal de cada artículo variará según la sección donde debe estar incluido, la cual se especifica a continuación.
- *Parte inicial del artículo.* Debe contener el *título del artículo* (puede tener un subtítulo). Opcionalmente, la parte inicial del artículo puede incluir un *resumen en español* (puede ir también en inglés), que sintetice el propósito del artículo o la investigación, los principios básicos de su elaboración, que pueden incluir hallazgos principales, datos estadísticos abreviados y conclusiones, y *palabras clave*, es decir descriptores que sintetizan los temas tratados, útiles para los lectores e investigadores para buscar y recuperar temas cubiertos.
- *Páginas finales del artículo (opcionales).* Pueden contener conclusiones, referencias bibliográficas, lecturas recomendadas o fuentes señaladas y agradecimientos a apoyos técnicos, financieros o por la elaboración del material.

## 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.* El texto principal de los artículos originales, presentado en español y opcionalmente en inglés, debe estar dividido en las siguientes secciones:
  - *Introducción.* Debe incluir el propósito del trabajo y el resumen 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.* Se basan en la revisión de temas específicos de interés, actualizados y revisados por uno o por más expertos. Son usualmente sugeridos por los editores, aunque si son relevantes pueden originarse de personas o entidades que los hayan elaborado.
3. *Presentación de casos.* Presentan casos interesantes por ser novedosos, curiosos o por incorporar una enseñanza valiosa. Pueden ir acompañados de ilustraciones y fotos autorizadas.
4. *Comunicaciones breves.* Se refieren a comunicaciones recibidas o enviadas sobre aspectos específicos, publicados previamente o por publicar.
5. *Artículos de reflexión.* Reflexiones éticas o filosóficas, propias de las temáticas de la revista.
6. *Perspectivas.* 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.* Reconocimientos a personas que en el pasado han sido representativas por su contribución a la Ética Médica o por sus publicaciones.
9. *Una ventana a la cultura.* Cubren escritos de máximo trescientas (300) palabras que abordan temas culturales y artísticos en todas sus manifestaciones (ensayos, literatura, artes, historia, filosofía, etc.), que el Comité editorial considere puedan ser de interés para los lectores de la revista, principalmente de dos clases:
  - *Sobre ensayos y temas literarios y filosóficos.* Pueden ser ensayos breves, historias, cuentos o poemas.
  - *Sobre obras pictóricas.* Pueden referirse a pinturas, grabados, esculturas, etc., que en principio deben contener una síntesis de la experiencia profesional del autor de estas, 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. El formato para pies de foto con la ficha técnica de obras pictóricas es el siguiente:
 

Título de la obra. Técnica empleada. Tamaño de la obra (altura x base, en centímetros). Año de producción. Nombre completo del autor.
10. *Procesos disciplinarios.* Procesos de interés fallados por el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

# Editorial

Consecuentes con nuestra labor de magisterio y conscientes de la obligación docente y de divulgación de las novedades éticas y científicas ofrecemos un nuevo ejemplar de nuestra publicación. La revista, órgano de expresión y comunicación de nuestro Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca (TEMV), ha persistido en el tiempo, pese a las dificultades de funcionamiento y presupuestales padecidas en los últimos años. Nos enorgullece el hecho de ser el único Tribunal seccional que hace labor de magisterio a través de este medio. Seguimos cumpliendo así con el hermoso juramento hipocrático:

A aquel que me enseñare este arte, lo apreciaré tanto como a mis padres, compartiré con él lo que posea y le ayudaré en caso de necesidad. A sus hijos los tendré por hermanos míos, y, si desean aprender este arte, los iniciaré e instruiré en el mismo, sin percibir por ello retribución alguna ni obligarlos con ningún compromiso.

Fue ratificado en la convención de Ginebra y enmendado varias veces, la última en la 68.ª Asamblea Médica Mundial de 2017, en Chicago, en pragmática y poco comprometida frase, que de juramento pasó a promesa: ...“*Compartir* mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud”.

Durante 2023 vivimos una difícil situación financiera con delicadas consecuencias para nuestro funcionamiento. La transición de la financiación del TEMV, que pasó de ser exclusiva de la Secretaría de Salud del Departamento del Valle del Cauca a compartirse con el Distrito de Cali, fue muy traumática. Los procesos para lograr la aprobación del presupuesto y luego las transferencias fueron demorados y dispendiosos. El distrito de Buenaventura, también obligado a nuestra financiación, no lo ha hecho hasta ahora.

Nos vimos abocados entonces a cerrar por el período comprendido entre agosto y octubre de 2023, suspendien-

do las actividades de procesos ético-disciplinarios y magisterio. También tuvimos que suspender temporalmente los contratos de los empleados del TEMV, quienes aceptaron y acompañaron con estoicismo la contingencia.

Hemos planteado la importancia de la creación de la Federación de Tribunales de Ética Médica y es así como fue propuesta por nuestro tribunal en noviembre de 2023, en conferencia de nuestra abogada secretaria, doctora Diana Olivo, con ocasión del encuentro nacional de tribunales en la ciudad de Barranquilla. Se procura la búsqueda de condiciones dignas de funcionamiento, de recursos y que sea quien represente los intereses de cada una de nuestras corporaciones, tanto a nivel nacional como seccional, ante las diferentes entidades territoriales. La propuesta se resume en un artículo de este número de la revista.

Nueve años después del último seminario de nuestro Tribunal, realizado en 2015, adelantaremos el décimo tercer Seminario de Ética Médica, Dilemas Actuales del Ejercicio Médico, que se desarrollará el 22 de noviembre de 2024, con seis excelentes conferencistas de renombre nacional e internacional, con temas relevantes en la ética médica: juzgamiento de la ética médica en áreas de conflicto, incorporación de pruebas electrónicas en el proceso disciplinario, intrusismo médico, decisiones en salud de los menores de edad, inconformidad de género y las implicaciones éticas de la inteligencia artificial en medicina.

¡Revista y Seminario son motivo de satisfacción de nuestra labor de magisterio!

DR. HÉCTOR MARIO RENGIFO CASTILLO  
Presidente del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca



# La importancia de crear la Federación Nacional de Tribunales de Ética Médica

Dra. Diana Julieta Olivo Ospina \*

Los Tribunales de Ética Médica (TEM) son entidades creadas por la Ley 23 de 1981, su funcionamiento se encuentra regulado en la Resolución No. 8774 de 1989 y su financiación establecida en la Ley 715 de 2001; sin embargo, nada dice esta ley, sobre la forma en que debe llevarse a cabo esta financiación, lo que permite que en la práctica muchos tribunales reciban un valor inferior al solicitado y requerido en su proyecto de presupuesto para un adecuado funcionamiento.

El presidente y el abogado-secretario-tesorero de cada tribunal, normalmente, además de enviar el proyecto de presupuesto a la entidad o entidades territoriales correspondientes, deben acudir a lo que conocemos como “lobby”, procurando tener un acercamiento al secretario de salud o a la persona del gabinete territorial que tiene dentro de sus funciones asignar presupuestos a los tribunales para explicar las necesidades de su tribunal y, en algunas ocasiones, su existencia. Muchas veces, al no obtener el presupuesto suficiente, los tribunales deben recurrir a numerosos recortes, ya sea en honorarios, salarios, salas plenas, personal o en todos los anteriores.

Al indagar en el presente de varios tribunales seccionales, muchos tienen problemáticas similares: los recursos que son aprobados por sus respectivas entidades territoriales no son suficientes y distan considerablemente de los solicitados en el proyecto de presupuesto presentado. Como agravante, no se reciben a tiempo, magistrados y abogados se han sometido a esperas incluso de meses para recibir sus remuneraciones y hasta se han visto en la necesidad de prestar dinero a sus tribunales para suplir los gastos más esenciales, todo para evitar el cierre de las corporaciones.

Algunos tribunales ocupan bienes inmuebles en comodato, otros en arrendamiento, los recursos ya sean de los

departamentos o de los distritos vienen de distintas fuentes de financiación como rentas cedidas, regalías o recursos propios. En algunos tribunales la vinculación de profesionales abogados y personal asistencial se realiza mediante contrato laboral, en otros, por contrato de prestación de servicios (en esta última modalidad de contratación, en caso de coexistir los elementos de una relación laboral, se puede generar un enorme riesgo jurídico si se presentan demandas). Recordemos que los elementos de una relación laboral son: *Prestación personal del servicio*, los servicios prestados por el trabajador deben ser de manera personal y directa; no puede ser realizada la actividad laboral por un tercero; *Subordinación*, el empleador puede dar órdenes e instrucciones al trabajador para el desempeño de la labor, a la vez que este último debe cumplir un horario de trabajo; este elemento es uno de los aspectos más relevantes de la relación laboral; *Remuneración económica*, que recibe el trabajador por el desempeño de la labor.

Otros tribunales no alcanzan a culminar cada vigencia con el presupuesto que le otorgaron a principio de la misma, debiendo acudir a figuras como la suspensión de términos e incluso el cierre del tribunal y la suspensión de los contratos de sus empleados como ocurrió recientemente en el Valle del Cauca.

Solo en 2023 dos Tribunales Departamentales de Ética Médica cerraron sus puertas, por espacio de ocho y nueve semanas respectivamente, dejando durante esos periodos de tiempo en suspenso procesos activos, diligencias programadas, actividades agendadas, etc., y, lo que es aún más grave, dejando de ejercer la vigilancia a la actividad médica en sus respectivas jurisdicciones.

Situaciones como estas no solo nos llenan de preocupación sino que al enfrentar —como ocurre en la actualidad—

\* Abogada, Universidad de San Buenaventura (Cali); Especialista en Derecho Procesal, Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín); Especialista en Corrupción y Buen Gobierno, Universidad de Salamanca (España). Estudiante de Maestría en Derecho con profundización en Derecho de Daños, Universidad Icesi (Cali). Abogada-Secretaria-Tesorera del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

el inicio de gobiernos y la constitución de nuevos gabinetes a nivel territorial, quienes llevamos tantos años haciendo la gestión fiscal de los tribunales, tenemos la certeza que debemos recorrer nuevamente el camino de dar a conocer a los tribunales y sus necesidades así como la obligatoriedad de financiación por parte de las entidades territoriales.

Los TEM se encuentran en una posición frágil y vulnerable, no solo por el gran desconocimiento de la mayoría de las personas, muchos de ellos médicos, sobre su existencia, sino por el preocupante desconocimiento de los gobernantes y sus gabinetes acerca de su compromiso con estas instituciones.

En los TEM también se dan diferentes circunstancias y problemáticas. Algunos tribunales parecen más fuertes y con mejor presupuesto que otros, pero la mayoría tienen básicamente que batallar todo el año para la obtención de recursos y cuando pareciera que se han logrado los objetivos se acaba el cuatrienio del gobierno de turno (o es destituido el gobernante) y hay que volver a empezar.

Cuando se logró reabrir el TEM del Valle del Cauca el pasado 9 de octubre, luego de nueve interminables semanas de cierre, reflexionamos sobre los mecanismos para evitar que esto vuelva a ocurrir, pero no solo a nuestro tribunal sino a ninguno de los tribunales. En esta reflexión hemos evidenciado la importancia y la necesidad de crear la Federación Nacional de Tribunales de Ética Médica.

El siempre cambiante escenario político y administrativo del país, conlleva para los TEM la necesidad de crear una entidad que los represente en los asuntos de interés común ante las diferentes entidades territoriales del Estado, con el objetivo de trabajar en la permanencia y el fortalecimiento de los Tribunales de Ética Médica, como las autoridades encargadas del control del ejercicio médico en Colombia.

Una *federación* (del latín *foederatio*, 'unión') es una agrupación institucionalizada de entidades relativamente autónomas. Son entes jurídicos surgidos de la voluntad de una persona natural o jurídica o del querer de varias, denominadas fundadores, para obtener el cumplimiento de un fin de interés general. Es una entidad privada sin ánimo de lucro y debe ser inscrita ante la Cámara de Comercio.

Son entes jurídicos que surgen de un acuerdo de voluntades, vinculadas mediante aportes en dinero, especie o actividad, en orden a la realización de un fin de beneficio social, que puede contraerse a los asociados, o a un gremio o grupo social particular. Su régimen estatutario se deriva de la voluntad de sus miembros. Para su creación se requiere de mínimo dos constituyentes (personas naturales o jurídicas).

El patrimonio inicial puede no estar determinado y la base fundamental para su existencia son las personas que la conforman.

- *¿Qué función tiene la Federación?* Tiene por objeto favorecer, estrechar y fortalecer la unidad de sus integrantes y sus acciones, en ningún caso sustituirán o duplicarán las atribuciones y funciones de estos.
- *¿Qué tipo de beneficio buscan las entidades sin ánimo de lucro?* En definitiva, suelen perseguir un fin de interés general o el beneficio de sus usuarios y no lucrarse con el desarrollo de la actividad y todas tienen en común que cualquier eventual beneficio se reinvierte en la propia actividad.
- *Los fines de la Federación.* Defender los intereses generales o comunes de sus asociados en el orden profesional, económico o comercial con total y absoluta independencia de los intereses específicos de sus miembros.

Concretamente con la creación de la Federación Nacional de Tribunales de Ética Médica buscamos que cada tribunal no siga luchando solo en la búsqueda de recursos y condiciones dignas de funcionamiento, sino que sea además esta entidad quien represente los intereses de cada una de nuestras corporaciones en los niveles nacional y seccional, brindando apoyo y respaldo a las solicitudes y trámites que debemos emprender ante las diferentes entidades territoriales.

El presente de los Tribunales de Ética Médica es, en muchos casos de público conocimiento, pero su futuro depende de las acciones que emprendamos quienes con tanto sentido de pertenencia y orgullo venimos conformando estas instituciones.

# Reflexión ética sobre las inteligencias artificiales en Medicina en Colombia

Dr. Alejandro Solo Nieto Calvache \*

## Introducción

Esta breve reflexión pretende plantear algunos aspectos sobre la ética de las inteligencias artificiales aplicadas en medicina en Colombia. ¿El espacio para la medicina basada en juicio clínico debe ser redefinido? A esta ya compleja reflexión se añade la aparición muy reciente de unos sistemas de acceso público con la capacidad de manejar información compleja e interactuar en lenguaje natural con cualquier persona. Su facilidad de uso y agilidad de respuesta, así como su capacidad de explicar una y otra vez, configuran una situación propicia para el sesgo de automatización, el cual consiste en que, aunque algo no sea la mejor opción, el hecho de estar gratuitamente disponible hace que se use más, generando un estándar.

Algo similar ocurre con las aplicaciones de mapas como Google Maps y Waze; no son perfectas y con alguna frecuencia generan inconvenientes por sus fallos, pero las seguimos usando porque proporcionan información automáticamente que no tendríamos de otra manera.

Nos basaremos en el valiosísimo artículo de María Soledad Paladino: "Inteligencia artificial en Medicina. Reflexiones éticas desde el pensamiento de Edmund Pellegrino" (Cuadernos de Bioética. 2023; 34(110): 25-35).

## La inteligencia artificial en medicina

La discusión respecto al uso de la inteligencia artificial (IA) en medicina toca raíces profundas en el quehacer médico, toda vez que el ejercicio médico tradicionalmente ha sido visto como un arte (*Ars Longa*), o más bien una artesanía, donde el médico enfrenta el sufrimiento de su paciente de manera individual y específica. Sin embargo, dicho ejercicio individual, a través del tiempo y por la conexión de experiencias

vitales de muchos médicos (*Vita Brevis*), ha iniciado el proceso de creación de conocimiento científico, partiendo desde la estadística y la epidemiología, hasta otras ciencias básicas que han ido decantando, a través de varias décadas, un conocimiento científico. Uno de sus principales exponentes es la medicina basada en evidencia, que sienta las bases para poder abarcar científicamente la decisión clínica y pone a disposición de la inteligencia artificial una enorme cantidad de conocimiento médico, abriendo la entrada a ChatGPT o Bard (luego renombrado Gemini), sistema de inteligencia artificial con un componente de protocolos médicos, explícitamente declarado. Entonces, ¿qué pasa con el conocimiento tácito que está en la mente de los profesionales que no se ha publicado, que no tuvo presupuesto para investigar, qué pasa con la experticia? Esta discusión está abierta desde la ética y se toma en cuenta en el paradigma de la moderna ética médica de Edmund Pellegrino, y conecta con la discusión general de la humanidad frente a la IA. En resumen, estamos en un debate esencial, urgente e inconcluso que empezó setenta años antes de que ChatGPT tocara a nuestra puerta.

## Algunas líneas de historia

### Los primeros conceptos

1. *Antigüedad y Edad Media*. La idea de máquinas pensantes se remonta a mitos y leyendas antiguas, como los autómatas en la mitología griega y el golem en el folclore judío.
2. *Siglo XIX*. Charles Babbage y Ada Lovelace trabajaron en la Máquina Analítica, considerada un precursor de la computadora moderna. Ada Lovelace es a menudo vista como la primera programadora, debido a sus notas sobre la máquina.

\* Médico, Univalle; Especialista Auditoría en Salud, Univalle; Magister en Gestión Pública, USC. Laboró en atención médica, gerencia hospitalaria. Secretario de Salud Departamental y Municipal. Cocreador de software de salud e infraestructura hospitalaria. Libros y artículos de salud pública, ética médica, telemedicina.

## Los primeros desarrollos

3. *Década de 1950.* Alan Turing propuso el “Test de Turing” para evaluar la inteligencia de una máquina. En 1956, se celebró la conferencia de Dartmouth, donde se acuñó el término “inteligencia artificial”. Este evento es considerado el nacimiento formal de la IA como un campo de estudio académico.
4. *Décadas de 1960 y 1970.* Desarrollos en lógica formal y la creación de los primeros lenguajes de programación de IA como Lisp. Se desarrollaron los primeros sistemas expertos, diseñados para resolver problemas en áreas específicas como la medicina.

## Años de invierno de la IA

5. *Décadas de 1970 y 1980.* Los primeros “inviernos de la IA”, periodos de desilusión y reducción de fondos debido a la falta de progresos significativos y las expectativas no cumplidas.

## Renacimiento y avances recientes

6. *Década de 1990.* La IA resurgió con el aumento de la capacidad de procesamiento de las computadoras y la disponibilidad de grandes cantidades de datos. En 1997, Deep Blue de IBM venció al campeón mundial de ajedrez Garry Kasparov.
7. *Década de 2000.* Surgimiento del aprendizaje automático (machine learning) y la popularidad de los algoritmos de redes neuronales. En 2011, IBM Watson ganó el concurso de televisión Jeopardy.
8. *Década de 2010.* Avances en el aprendizaje profundo (deep learning) llevaron a mejoras significativas en el reconocimiento de voz, la visión por computadora y la traducción automática. En 2016, AlphaGo de DeepMind venció al campeón mundial de Go, un juego considerado mucho más complejo que el ajedrez.

## IA moderna

9. *Año 2020 en adelante.* La IA se ha integrado en una amplia variedad de aplicaciones, desde asistentes virtuales como Siri y Alexa hasta vehículos autónomos y diagnósticos médicos. Se ha desarrollado GPT-4, un modelo de lenguaje avanzado de OpenAI, que ha demostrado capacidades impresionantes de generación de texto y comprensión del lenguaje natural.

ChatGPT, desarrollado por OpenAI, ha tenido varias versiones a lo largo de los años. A continuación una línea de tiempo de sus lanzamientos principales:

1. *GPT-1.* Lanzado en junio de 2018, fue el primer modelo de la serie de transformadores preentrenados de

OpenAI, conocido como GPT (Generative Pre-trained Transformer).

2. *GPT-2.* Lanzado en febrero de 2019, inicialmente en una versión limitada debido a preocupaciones sobre el uso indebido. La versión completa estuvo disponible en noviembre de 2019.
3. *GPT-3.* Lanzado en junio de 2020, es una versión significativamente más grande y poderosa con 175 mil millones de parámetros.
4. *ChatGPT.* La versión específica de GPT-3 optimizada para conversaciones, conocida como ChatGPT, se lanzó inicialmente como una herramienta de acceso anticipado y se hizo ampliamente accesible en noviembre de 2022 a través de la plataforma OpenAI.
5. *GPT-4.* La versión más reciente de la serie GPT, se lanzó en marzo de 2023 y representa una mejora significativa en términos de capacidad y rendimiento en comparación con sus predecesores. Así, ChatGPT estuvo disponible al público general desde noviembre de 2022.

## Avance tecnológico y ética médica

Apoyándonos en el artículo de Paladino, es necesario retrotraer los principios de la ética médica moderna a esta situación cambiante como una luz para mantener contacto con lo primordial, retomando a Edmund Pellegrino, considerado el padre de la ética médica moderna:

Para Pellegrino, la Medicina *qua Medicina*, es decir, la esencia de la medicina, se sitúa en la categoría de las relaciones: la medicina es una relación de curación (healing relationship). Esta relación se solicita por una necesidad humana expresada en un estado peculiar de vulnerabilidad existencial llamado enfermedad. Ahora bien, esta relación es mucho más que curación terapéutica (curing). El telos de la medicina es la recuperación o el alivio de la salud perdida, pero implica además un amplio concepto de ayuda al paciente (helping). En este contexto, como también reconoce Bertolaso, el cuidado de la persona es un elemento constitutivo del acto médico. Ambas intervenciones —curing y helping— constituyen el telos de la medicina que Pellegrino designa sanación (healing).

Más concretamente, el encuentro clínico (clinical encounter) —fenómeno definitorio de la filosofía de la medicina— tiene como fin el bien del paciente, que se expresa en la acción curativa correcta y buena. Pellegrino entiende la Medicina como el arte de curar (techné iatriké) que reclama la fusión de la competencia técnica y el juicio moral: ‘El bien de la acción correcta es aquel que es científica y técnicamente apropiado. Sin embargo, la acción médica debe ser también

moralmente buena, es decir, en interés del paciente. ‘Interés’ incluye el bien interpretado por el paciente en términos de sus propios valores, estilo de vida, aspiraciones, creencias religiosas, etc.’ En consecuencia, una buena decisión médica conlleva una dimensión ética intrínseca que excede el ámbito epistemológico de la ciencia médica: el acto médico está modelado por un objetivo que es el bien del paciente, el cual incluye valores y, por tanto, cae dentro del reino moral. Como bien señala M. de Santiago, ‘en la doctrina de Pellegrino, la excelencia del acto técnico de la sanación revela la idea matriz y clásica del ‘bien del enfermo’ como primer principio de la ética médica’.

Más prosaicamente: debe ser el médico el que use la IA y la impregne del quehacer ético, y la rechace si su diseño se aleja de ese norte que es el “bien del enfermo”, esta luz nos puede orientar a que en circunstancias en las que el uso de la IA incrementa la eficacia del médico para ejercer el rol que le corresponde en esta relación curativa, la consideración ética nos acerca al uso de la IA, y en el escenario en que la IA

despoja al paciente de la apelabilidad del humano nos aleja de su uso, haciéndose muy patente la utilidad de “entrenar” la IA desde una reflexión profunda con el cuidado del que escribe un libro que será referente para las generaciones actuales y futuras, y no con la displicencia de quien se ve obligado a escribir cualquier cosa por salir del paso; en esencia, los algoritmos de IA se están constituyendo en los nuevos libros, la nueva manera de conocer sobre medicina, desde la ética se nos impone un deber deontológico con nuestra profesión y es participar con lo que tenemos y traemos de nuestro tiempo.

## Consideraciones éticas sobre el uso de IA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el documento *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance, 2021*, presenta una muy completa revisión del tema llegando a algunas conclusiones que compartimos en forma de cuadro:

Consideración ética	Desarrollo por la autora	Aplicación al mundo actual
1. Centralidad del paciente	Pellegrino sostiene que el bien del paciente debe ser la prioridad en cualquier decisión médica. La autora refuerza que las decisiones asistidas por IA deben siempre buscar el mejor interés del paciente, respetando su dignidad y autonomía.	En el contexto actual, esto implica que los sistemas de IA deben diseñarse y utilizarse para complementar, no reemplazar, el juicio clínico humano, asegurando que las decisiones médicas sigan centradas en las necesidades y el bienestar del paciente.
2. Relación médico-paciente	Pellegrino enfatiza la importancia de la relación de confianza y comunicación abierta entre médico y paciente. La autora sugiere que la IA debe facilitar esta relación, no sustituirla ni disminuir su valor.	Hoy en día, esto se traduce en utilizar la IA como una herramienta que permita a los médicos dedicar más tiempo a la interacción personal con los pacientes, mientras que las tareas rutinarias y administrativas pueden ser gestionadas por la tecnología.
3. Responsabilidad y rendición de cuentas	Pellegrino argumenta que los médicos deben ser responsables de sus decisiones y acciones. La autora extiende este principio a la implementación de IA en medicina, subrayando la necesidad de mantener la responsabilidad humana sobre las decisiones asistidas por IA.	En la era de la IA, esto significa que, aunque las herramientas de IA puedan proporcionar recomendaciones y apoyo en la toma de decisiones, los médicos deben mantener la responsabilidad última de las decisiones clínicas, asegurando la transparencia y la capacidad de rendición de cuentas en todo momento.

## Avances de la inteligencia artificial en medicina

La aplicación de la IA en medicina y el cuidado de la salud adquirió notable protagonismo en 1980 gracias a la formación de un grupo dentro de la American Association for Artificial Intelligence dedicado exclusivamente a la investigación de las aplicaciones médicas de la IA (Medical Artificial Intelligence). Desde entonces, el progreso de la IA en el ámbito médico está consolidando un nuevo campo de la medicina denominado Augmented Medicine, en el cual la tecnología se pone al servicio del desarrollo de programas para ayudar a los profesionales en el diagnóstico, predicción de resultados y toma de decisiones terapéuticas. El creciente protagonismo que adquiere la IA en ámbito médico está en el origen de un nuevo modelo de medicina denominado 5P: Predictive, Preventive, Personalized, Participatory, Precision Medicine.

Uso	Descripción
Diagnóstico por imágenes	Utilización de algoritmos para analizar imágenes médicas (radiografías, tomografías, resonancias magnéticas) y detectar patologías.
Asistentes virtuales de salud	Chatbots y asistentes virtuales que proporcionan información médica y guían a los pacientes en el manejo de sus condiciones.
Predicción de enfermedades	Algoritmos que analizan datos clínicos y de estilo de vida para predecir la probabilidad de desarrollar ciertas enfermedades.
Gestión de registros médicos	Sistemas que automatizan la gestión y actualización de los registros médicos electrónicos, mejorando la eficiencia y la precisión.
Planificación de tratamientos	Herramientas que asisten a los médicos en la planificación de tratamientos personalizados basados en el análisis de datos del paciente.

## Tendencias actuales

Tendencia	Descripción
Medicina de precisión	Uso de la IA para analizar datos genómicos y otros datos biomédicos para desarrollar tratamientos altamente personalizados.
Robótica quirúrgica	Integración de la IA en sistemas robóticos para asistir en cirugías complejas, mejorando la precisión y reduciendo los tiempos de recuperación.
Investigación clínica	Aplicación de IA para acelerar el proceso de descubrimiento de medicamentos y la realización de ensayos clínicos, optimizando la selección de participantes y el análisis de resultados.
Monitoreo remoto de pacientes	Implementación de dispositivos y aplicaciones inteligentes que permiten el monitoreo continuo de pacientes crónicos, enviando alertas y recomendaciones a los proveedores de salud.

Los cuadros anteriores se encuadran desde la óptica del uso profesional, pero, por otro lado, miles de pacientes usan hoy Gemini (antes Bard) para confrontar los protocolos médicos que sus médicos les prescriben. En este nivel, tenemos que tomar una acción, porque es un fenómeno imparables que ocurrirá con o sin los médicos, y la pasividad no es una opción con futuro.

## Conclusión

La implementación ética y responsable de la inteligencia artificial en la medicina en Colombia requiere un enfoque multidisciplinario que incluya la participación de médicos, pacientes, desarrolladores de tecnología, reguladores y la sociedad en general. La OMS proporciona una guía valiosa, pero es crucial que cada país adapte estas recomendaciones a su contexto específico para garantizar que los beneficios de la IA se maximicen mientras se minimizan los riesgos y se protegen los derechos humanos y la dignidad de los pacientes.

La reflexión ética sobre las inteligencias artificiales en medicina no solo es una necesidad sino una obligación para asegurar que estas tecnologías se utilicen de manera que beneficien a la sociedad en su conjunto y respeten los principios fundamentales de la ética médica. Es razonable, por tanto, que una masa crítica de médicos y otros profesionales de la salud, desde su compromiso ético, profundicemos en el aprendizaje de las reglas de juego de la inteligencia artificial y tratemos de plantear un modelo ético desde la discusión correspondiente a la realidad.

Cada modelo de inteligencia artificial tiene un diseño con ciertos sesgos, mayoritariamente sesgados por el

acceso a los grandes volúmenes de datos que permiten el entrenamiento, pero nosotros, como comunidad médica, no tenemos una certeza de cómo se han diseñado o qué sesgos son los que aparecen en estos modelos. Si bien el juicio clínico y la opinión del tratante siguen siendo la base fundamental del proceso de atención, su credibilidad se verá cada día confrontada con recursos potencialmente más exactos, más actualizados y mejor estructurados que el concepto único del juicio clínico. Es fundamental que los clínicos avancemos en el establecimiento de reglas de juego que nos permitan entender y aprovechar la potencia de dichos modelos.



# Colombia: Estado Constitucional de Derecho

Dr. William Libardo Murillo \*

---

## Introducción

El artículo 1° de la Constitución Política de Colombia dice:

Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. (1).

O sea que es un Estado en donde los integrantes de la sociedad tienen derecho al disfrute de todos sus beneficios. Sin embargo, esta definición constitucional no descarta que en la práctica podamos pensar que en realidad Colombia es un Estado Constitucional de Derecho. De hecho, el Artículo 4° de la Carta Magna hace énfasis en la supremacía constitucional.

¿Por qué podemos considerar a Colombia enmarcada dentro de lo que se denomina “Un Estado Constitucional de Derecho”? Para responder esta pregunta es necesario primero hacer una breve mención histórica sobre cómo se ha desarrollado el paso hacia ese estado.

Cuando el país estaba regido por la Constitución de 1886 no existía un órgano que específicamente se encargara de someter las normas vigentes a un control constitucional. Un ejemplo del poco valor que se daba inicialmente a la constitución se vio reflejado en el artículo 6 de la Ley 153 de 1887, que rezaba:

Una disposición expresa de la ley posterior a la constitución se reputa constitucional y se aplicará aun cuando parezca contraria a la constitución. Pero si no fuere disposición terminante, sino oscura o deficiente, se aplicará en el sentido más conforme con lo que la constitución preceptúe.

La Constitución comenzó a ganar protagonismo cuando mediante el Acto Legislativo 03 de 1910, se derogó el artículo 6 de la Ley 153 de 1887, y en el artículo 40 se comenzó a plasmar el principio de supremacía constitucional dentro del ordenamiento jurídico nacional al expresar que “En todo caso de incompatibilidad entre la constitución y la ley, se aplicarán de preferencia las disposiciones constitucionales” (2). Al mismo tiempo, el artículo 41 de esta enmienda le otorgó a la Corte Suprema de Justicia funciones de custodia de la constitución, además de otras funciones consagradas en la Ley.

Más adelante, el artículo 71 del Acto Legislativo 1 del 11 de diciembre de 1968 crea la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, pero esta no era autónoma, pues las decisiones que tomara requerían ser refrendadas por la sala plena (3).

## Desarrollo

Con la entrada en vigor de la Constitución de 1991 (dicha de corte progresista porque en ella se busca en alto grado resaltar la dignidad humana) se comienza a cambiar el modelo de estado. Un punto de destaque crucial en Colombia es el nacimiento de la Corte Constitucional. Con la creación de este órgano la Constitución ya tiene un doliente, un guardián directo y exclusivo de su integridad.

¿Por qué podríamos decir entonces que a partir de ese momento se puede considerar a Colombia como un Estado Constitucional? Si bien la Constitución de 1886 en su título III consagraba los derechos y libertades, fue la Constitución de 1991 la que contempló mecanismos para su protección, ampliando en su texto una declaración hacia elementos que buscan la protección “de los derechos, las garantías y los deberes”. Para ello dedica todo el Título II, en cuyo capítulo I hace mención exclusiva a los Derechos Fundamentales.

---

\* Médico - Cirujano Plástico, Magíster en Derecho Médico, Especialista en Argumentación Jurídica. Miembro Fundador del Colegio de Abogados en Derecho Médico. Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

También con la entrada en vigor de esta nueva Carta Magna se cambió la concepción de la Constitución como directamente vinculante para todos los poderes públicos.

Es así como algunos de los derechos fundamentales aparecen consignados directamente en el articulado constitucional por lo que se denominan de “catálogo cerrado”, pero hay otros derechos fundamentales que aunque no aparezcan directamente en la carta política nacional (“catálogo abierto”), su naturaleza se puede invocar en cada caso concreto para determinar si son inalienables, inherentes y esenciales a la persona humana tal como se desprende de lo estipulado por la Corte Constitucional en la sentencia T-002 de 1992, cuando dice:

El hecho de limitar los derechos fundamentales a aquellos que se encuentran en la Constitución Política bajo el título de los derechos fundamentales y excluir cualquier otro que ocupe un lugar distinto, no debe ser considerado como criterio determinante sino auxiliar, pues él desvirtúa el sentido garantizador que a los mecanismos de protección y aplicación de los derechos humanos otorgó el constituyente de 1991. El juez de tutela debe acudir a la interpretación sistemática, finalística o axiológica para desentrañar, del caso particular, si se trata o no de un derecho fundamental, lo que podría denominarse una “especial labor de búsqueda” científica y razonada por parte del juez (4).

Dentro del raciocinio de porqué considerar a Colombia como un Estado Constitucional de Derecho se incluye el hecho de que todo acto emanado del poder es susceptible de ser sometido a control judicial. Por lo tanto, no se le da cabida al ejercicio arbitrario del mismo (Estado de Derecho). El Estado en la potestad de su soberanía tiene el poder de castigar toda conducta ciudadana que vaya en contra de las reglas debidamente establecidas para la convivencia social. Para tal efecto, está en la facultad de desplegar todo su aparato investigativo con el fin de perseguir y sancionar a los infractores de la norma, pero esa acción estatal debe respetar parámetros que incluyan el respeto a los derechos fundamentales. Es una capacidad sancionatoria que no puede ser al antojo del ente estatal a cargo, por lo tanto, esta se ve limitada por la voluntad del constituyente, plasmada en la Constitución. Quiere decir que el poder legislativo solo puede actuar dentro del marco establecido por la Constitución y todo acto normativo que sea contrario a la Carta Magna tendrá el carácter de inaplicable por inconstitucional, tal como rezan los artículos 4, 241 y 243 de la Constitución Política de Colombia.

En ese sentido, al destacar la supremacía de la Constitución en el ordenamiento jurídico y en ella la importancia de la preservación de la dignidad y la libertad del individuo,

hay dos elementos que deben ser destacados en esta base argumentativa, al concebir a Colombia como un Estado Constitucional de Derecho. El primer punto es el afianzamiento dentro del estamento jurídico, de la figura del debido proceso y el segundo elemento es el de la instauración de la acción de tutela, como garantía de defensa de los derechos fundamentales.

## El Debido Proceso

El Debido Proceso es entendido como el conjunto de garantías y derechos que se le otorgan a toda persona que se encuentre inmersa en un proceso judicial. Si bien este es un elemento clave del Estado de Derecho, su desarrollo conceptual (vinculado con el principio de legalidad), refuerza su estrecha ligación con el constitucionalismo. Esto se ve plasmado en el artículo 29 de la Constitución de 1991 y en los pronunciamientos de la Corte Constitucional que, a través de su jurisprudencia, ha profundizado e interpretado en sentido amplio el alcance de este fundamento jurídico, catalogándolo en sí mismo como un derecho fundamental, porque al interior de la estructura de un Estado moderno tiene el carácter de inviolable.

Mediante la implementación del Debido Proceso se logra limitar y regular el poder del Estado (5). Su aplicación es una herramienta útil a la hora de garantizar el ejercicio completo o a plenitud de la libertad y los derechos fundamentales del ser humano al interior de una concepción estatal democrática, ejercida dentro de un marco constitucional garantista.

El Debido Proceso, como elemento jurídico de respeto a la dignidad humana, es parte esencial de la organización del estado moderno, a tal punto que es catalogado como una norma *ius Cogens*, por lo que no puede ser violado por el Estamento jurídico nacional. Según la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados, el *ius Cogens* es definido como “el conjunto de normas imperativas de derecho internacional general, establecidas por la comunidad internacional de Estados en su conjunto” (6).

Dice el artículo 53 de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados que están en oposición con una norma *ius cogens*:

Es nulo todo tratado que, en el momento de su celebración esté en oposición con una norma imperativa de derecho internacional general. Para los efectos de la presente Convención, una norma imperativa de derecho internacional general es una norma aceptada y reconocida por la comunidad internacional de Estados en su conjunto como norma que no admite acuerdo en contrario y que sólo puede ser modificada por una norma ulterior de derecho internacional general que tenga el mismo carácter.

Al ampliarse en Colombia el sentido interpretativo de la figura del Debido Proceso, el país se pone a tono con la importancia de los tratados internacionales en materia de derechos humanos, como fuente de Derecho. Este ha sido otro de los factores que ha impulsado la constitucionalización del derecho por vía del control de convencionalidad, pues es ampliamente aceptado que los tratados que versan sobre derechos fundamentales tienen una dimensión de supremacía constitucional internacional.

## La Acción de Tutela o Recurso de Amparo

Ha sido quizás el elemento más importante que trajo consigo la Constitución de 1991, en materia de defensa de los derechos fundamentales de las personas que habiten o estén en territorio colombiano (7).

La tutela es un recurso que puede interponerse contra todo acto de autoridad, y en situaciones excepcionales tiene cabida frente a decisiones judiciales, incluidas las sentencias de las Altas Cortes, incluso las de casación. Esta verdadera revolución en materia judicial está al alcance de cualquier ciudadano en Colombia. El artículo 2 del Decreto 2591 de 1991 sobre los derechos protegidos por la tutela, dice:

La acción de tutela garantiza los derechos constitucionales fundamentales. Cuando una decisión de tutela se refiera a un derecho no señalado expresamente por la Constitución como fundamental, pero cuya naturaleza permita su tutela para casos concretos, la Corte Constitucional le dará prelación en la revisión a esta decisión (8).

Durante algún tiempo los juristas quizás no llegaban a un consenso sobre qué era en sí un derecho fundamental. Ante esta indefinición, la sentencia T-227 de 2003 dice que lo que le imprime carácter de fundamental a un derecho es su concordancia con el principio de dignidad humana.

La acción de tutela busca justamente restablecerle al individuo su dignidad cuando esta se encuentra amenazada. Por ello, es un proceso autónomo, resultante de una acción constitucional que se ejerce justamente cuando alguien siente que se le vulneran sus derechos fundamentales y para el caso particular, no hay otros recursos o medios de defensa judicial a los cuales recurrir. Hay casos en que aun habiendo otros medios a los cuales recurrir, se puede acudir a la tutela como medida transitoria que busque evitar un perjuicio irremediable. En lo penal, la tutela se ejerce solo cuando se han agotado todos los recursos y opciones defensivas con que cuenta el proceso.

## Conclusión

El Estado colombiano a partir de la entrada en vigor de la Constitución de 1991 consagró en su ordenamiento jurídico garantías procesales y de defensa de los derechos fundamentales de las personas, incluyendo la ampliación del concepto del derecho al debido proceso, la protección especial a ciertos grupos particularmente vulnerables, como son las embarazadas, los niños, los ancianos, individuos desplazados de sus territorios, personas en situación de discapacidad, los privados de la libertad, las personas cabeza de familia, etc.

Sumado a lo anterior, también se podría decir de cierta manera que el Estado colombiano acogió el efecto globalizador del derecho, a través de su interacción con tribunales internacionales, de su respeto por el derecho internacional humanitario y a través de los tratados internacionales en materia de derechos humanos. Por lo tanto, sus actuaciones dejaron de tener un carácter netamente doméstico, para transformarse en procesos que están también bajo la lupa de órganos de control internacional.

Lo expuesto nos sirve de sustrato argumentativo para que hoy podamos afirmar que en Colombia, a pesar de las innumerables reformas constitucionales que se han implementado, el Estado sí se encuentra enmarcado en la estructura de un Estado Constitucional de Derecho.

## Bibliografía

- 1- de Bogotá, C. D. C. (1991). Constitución política de Colombia.
- 2- Herrera, T. C. (2010). Concepciones sobre el Juez Constitucional en la Reforma de 1910: una cuestión de confianza. *Diálogos de derecho y política*, (3), 68-83.
- 3- Aguilar, M. C. C. (2003). *La entidad constitucional del procedimiento legislativo: y los vicios formales en la elaboración de la ley*. Universidad Externado.
- 4- de Colombia, C. C. (1992). Sentencia T-002/1992, Magistrado ponente Alejandro Martínez Caballero.
- 5- Saavedra, E. El debido proceso constitucional. pág. 19 - 152. En: Gallego, O. A. (Ed.). (2016). *Temas de derecho procesal: fundamentos constitucionales del derecho procesal*. Universidad Libre, Instituto de Posgrados.
- 6- Acosta-López, J. I., Duque-Vallejo, A. M. (2008). Declaración Universal de Derechos Humanos, ¿norma de ius cogens? *International Law*, (12), 13-34.
- 7- Peña, G. B. (2011). El origen y desarrollo de la acción de tutela en Colombia. *Memorias para la democracia y la paz: veinte años de la Constitución Política de Colombia*, 255.
- 8- de Colombia, C. C. (1991). Decreto 2591. Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86.



# Endocrinología del estrés

Dr. Héctor Mario Rengifo Castillo \*

## ¿Qué es el estrés?

Hay dificultades en la definición del término estrés. Anglismo que viene del vocablo inglés *stress*, no tiene traducción equivalente en español. La palabra más cercana para expresar en nuestro idioma el mismo sentimiento podría ser angustia. Es una lástima que se haya abandonado por completo un término como angustia, que describe tan bien el miedo y desasosiego frente a situaciones en las que se acumulan preocupaciones cotidianas o sensaciones indeterminadas de riesgo inminente. Sin embargo, por ser ya de uso común y aceptado, usaremos aquí la palabra estrés.

Otro problema para definir el estrés es la dificultad para medirlo. A pesar de que existen algunos índices, estos con frecuencia fallan porque las respuestas y reacciones ante situaciones similares varían significativamente de una persona a otra. Por ejemplo, hay personas que se estresan interactuando socialmente, mientras otras se estresan administrando su soledad.

Ni siquiera la duración del estrés es fácil de determinar, ya que existen tipos de episodios de estrés muy agudos y fuertes, por ejemplo una violación, que pueden marcar de por vida, y otros crónicos que pueden durar toda una vida, pero presentar intensidad moderada. Entre estos extremos existe toda una gama de condiciones intermedias. Además, el estrés es difícil de valorar porque depende de factores como experiencias recientes o remotas de la persona, su entorno y estado de salud. Existen condicionantes de estrés, como problemas del embarazo, que puede ser de completa calma para el feto o convertirse en una pesadilla para él. Maltrato a la gestante, alcohol, drogas o malnutrición en el embarazo dejarán huella para generar susceptibilidad posterior al estrés. Hay una clara asociación entre maltrato

infantil y respuestas de mayor intensidad al estrés, más adelante en la vida.

En todo caso, desde una perspectiva más filosófica y existencial podríamos definir el estrés como *el precio que pagamos por vivir*. Es una especie de tensión mental y física generada por adversidades, sensaciones de peligro o simple cansancio y desgaste, necesarios para la supervivencia, pero que puede tener consecuencias funestas para la salud. Somos cuerpo y mente, materia y emociones, y el estrés provoca reacciones en el organismo que nos comprometen integralmente y nos maltratan física, psicológica y espiritualmente.

## Los distintos tipos de estrés

Hay muchos tipos de estrés y reacciones variables a él. Algunas causas son los duelos, las separaciones, las desavenencias afectivas, los conflictos familiares, la fiera competencia social y profesional de hoy, la sobrecarga emocional, el acoso laboral y las afugias económicas. Por supuesto, la violencia intrafamiliar y del entorno. También está el temor a situaciones cotidianas que implican riesgo, como los viajes, las cuentas por pagar, el manejo del tiempo y el desconcierto que produce el enfrentarse a un mundo cada vez más hostil y en el que hay discriminación, burla y desprecio hacia personas que tienen desventajas. En este contexto, uno de los detonantes más comunes del estrés es la dificultad de acceso a los servicios fundamentales, como la salud, la educación y el agua potable, las carencias económicas, el desempleo y la dificultad para acceder a un trabajo digno. Y entre otras causas de estrés, difíciles de superar, están las enfermedades de seres queridos y los

\* Médico endocrinólogo, Universidad del Valle, Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro. Presidente Asociación Colombiana de Endocrinología y Diabetes (2006-2009). Presidente, Congreso de Endocrinología Cali 2011. Presidente, Academia de Medicina del Valle del Cauca (Abril 2022 - Abril 2024). Presidente, Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

padecimientos propios, sobre todo las infecciones, las dolencias crónicas y prolongadas o que producen postración, secuelas permanentes o muerte. Acabamos de pasar una de las mayores pandemias que ha padecido la humanidad, el COVID-19, que produjo pánico mundial con el consiguiente estrés individual y colectivo, cuyas consecuencias de estrés postraumático están aún a la orden del día. No termina el mundo de recuperarse y los trastornos psicoafectivos son pan de cada día y siguen en aumento.

No debemos despreciar tampoco el estrés provocado por tragedias aparentemente ajenas, pero que nos tocan a todos, como las guerras, la migración, el desplazamiento, los conflictos nacionales e internacionales, las iniquidades, el cambio climático, la contaminación y otras manifestaciones de la degradación ambiental del planeta. Ni que decir de los medios de comunicación, en especial la televisión, que con su amarillismo mediático y objetivos predominantemente comerciales, dramatizan situaciones angustiantes y recrean necesidades de consumo.

## El estrés es una agresión a la que nuestro organismo responde

Ante el estrés el organismo activa todos sus mecanismos de defensa. Es lógico que ante una agresión haya una respuesta. Y una reacción que nos advierte sobre riesgos y nos protege, buena en el corto plazo, puede volverse perjudicial cuando es exagerada en intensidad y duración, o más aún, si se torna permanente. Este apasionante y preocupante tema ha dado origen a una rama de la ciencia que se llama Psico-neuro-inmuno-endocrinología, en la cual hay creciente interés e investigación.

Para ilustrar la respuesta desmesurada ante el estrés, tomemos tres sistemas del organismo que se activan ante su irrupción: el Sistema nervioso, el Sistema endocrino y el Sistema inmune. Cualquier agresión que afecte uno de estos sistemas altera a los otros. Es un mecanismo de doble vía. En respuesta a un estrés psicológico, por ejemplo, el sistema nervioso simpático se activa y envía señales de alarma mediante la producción de noradrenalina: se dilatan las pupilas, se acelera la respiración, el corazón late más fuerte, se sube la presión, hay piloerección, los músculos se tensan, se aumenta el riego sanguíneo cerebral, es decir, se movilizan las alarmas, se disparan los mecanismos de "huir o luchar". El sistema endocrino responde, se agita y produce las dos principales hormonas del estrés, cortisol y adrenalina, ambas de la glándula suprarrenal; además glucagón del páncreas, hormona del crecimiento; prolactina y vasopresina, de la hipófisis, entre otras. También afecta al sistema inmune puesto que bajo el efecto del cortisol

produce sustancias inflamatorias y disminuye la efectividad defensiva a través de citoquinas, interleuquinas, anticuerpos y células de defensa, conocidas como linfocitos, monocitos y granulocitos. Estos, a su vez, reaccionan y afectan a los sistemas nervioso y endocrino, y este último a los otros dos. Si el estímulo cesa, se detiene el proceso y retorna el organismo al equilibrio, pero si continúa se rompe el equilibrio, se perpetúa la respuesta y se establece además un círculo vicioso que empeora el cuadro de estrés.

La producción de estas sustancias agresoras provoca dentro del organismo cambios que se conocen como *estrés oxidativo*. Se producen los llamados radicales libres de oxígeno y nitrógeno, sustancias muy inestables cuya producción exagerada es tóxica y termina dañando la información contenida en el ADN, el metabolismo, las células, los diferentes órganos y causando enfermedad inmune, endocrina, nerviosa o en los demás órganos y sistemas. Es decir, en términos prácticos, nos oxidamos por dentro. ¿No es trágico?

Felizmente, como veremos luego, el organismo dispone de sistemas antioxidantes que contrapesan este efecto nocivo, pero que no se expresan mientras persista el estrés.

## Las manifestaciones clínicas del estrés

La adaptación al estrés implica una serie de mecanismos que se manifiestan clínicamente. Es aquí donde se puede presentar o manifestarse una enfermedad, aquí donde el estrés, muchas veces menospreciado o poco valorado, puede ocasionar estragos. En casi todas las enfermedades hay dos condiciones: una susceptibilidad genética y un factor ambiental. Una persona puede tener, por ejemplo, los genes de susceptibilidad para la diabetes. Si permanece delgada y activa, estará libre de enfermedad, pero si se engorda y vuelve sedentaria (factores ambientales) y, además, padece de estrés, es muy posible que se manifieste la diabetes.

Es decir, que en muchos casos el estrés actúa como el disparador, como gatillo. Aprovecha la oportunidad de encontrar un organismo debilitado o inestable para expresarse. Altera la capacidad de tomar decisiones, puede convertir temores infundados en pánico, generar sudoración, temblor de manos y taquicardia con palpitaciones. La presión arterial puede aumentar y se acelera también la frecuencia respiratoria. Los músculos se tensan y duelen. Con la progresión se pueden presentar trastornos digestivos, urinarios y se presenta tendencia a infecciones, es decir se «bajan las defensas», como se dice popularmente. Los cambios oxidativos y en el ADN pueden incluso condicionar la manifestación o intensificación del cáncer en una persona susceptible, así como agravar enfermedades cardiovasculares y neurológi-

cas. El estrés también exhibe sus efectos perversos en otras patologías, como intestino irritable, reacciones alérgicas e inflamatorias y en las enfermedades autoinmunes. En resumen, el estrés no causa las enfermedades, pero las hace manifiestas, las agudiza y agrava.

## El estrés y las enfermedades autoinmunes

Las enfermedades autoinmunes son aquellas en las cuales se forman anticuerpos que atacan partes de nuestro propio organismo. Normalmente producimos anticuerpos para combatir agresiones externas, como virus, bacterias, hongos y cualquier agente o sustancia extraña que traspase nuestras barreras de defensa. Si se altera el sistema inmune por los mecanismos expuestos, se forman autoanticuerpos que agreden nuestros propios órganos y finalmente producen enfermedades denominadas autoinmunes. De esta forma reconocemos la artritis reumatoidea, la diabetes mellitus tipo 1 o autoinmune, el lupus eritematoso sistémico, el vitiligo, la enfermedad celiaca, la esclerosis múltiple y muchas otras, como las enfermedades de tiroides. En la producción de la autoinmunidad existe un componente genético y hereditario que lleva a un individuo sensible a presentar una de esas patologías, si se combinan con las condiciones ambientales. De eso se aprovecha el estrés, que actúa estimulando centros cerebrales altos, luego el hipotálamo y la hipófisis, y la producción de hormonas que hacen que las glándulas endocrinas trabajen más, como en el caso de la glándula adrenal que altera la producción de células del sistema inmune y sus productos, como las citoquinas, factores inflamatorios y los autoanticuerpos. Este ataque destruye finalmente parte o todo el tejido agredido y se produce la enfermedad autoinmune.

## El estrés y las enfermedades de tiroides

Como buen ejemplo por lo frecuente, veamos el estrés sobre la tiroides, blanco preferido de ataques autoinmunes. Con mucha frecuencia, cuando, como médicos clínicos hacemos un interrogatorio cuidadoso, encontramos que en la aparición de la enfermedad tiroidea hay un hecho estresante que antecede y marca el inicio de la patología. Dos enfermedades autoinmunes son reconocidas en tiroides: el hipertiroidismo de Graves y el hipotiroidismo autoinmune o de Hashimoto. Se altera la función inmune y, sustancias propias, el organismo no las reconoce como tales y se vuelven *antígenos*, es decir, *autoantígenos*, nombre con que se denomina a toda sustancia reconocida como extraña al organismo. Se producen entonces anticuerpos que atacan el antígeno, *autoanticuerpos* y en esta reacción *antígeno-anticuerpo* se produce la enfermedad tiroidea. En el *hiperti-*

*roidismo* esos anticuerpos estimulan la tiroides y la hacen funcionar en exceso. En el *hipotiroidismo* esos anticuerpos bloquean y dañan las células tiroideas, y baja la función de tiroides. Tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo empeoran con el estrés.

## Manejo del estrés

Es importante el manejo del estrés en toda enfermedad por la influencia deletérea que tiene en manifestar y perpetuar procesos que lo convierten en un círculo vicioso. En las enfermedades tiroideas es de especial atención este aspecto, pues es posible revertirlo. Las siguientes medidas son generales, ya que las medidas específicas de tratamiento deben ser discutidas con el médico tratante.

1. *Un adecuado tratamiento de la enfermedad.* Toda enfermedad requiere manejo, tanto no farmacológico, como con medicamentos. El cambio en los estilos de vida puede ser tan importante como el manejo medicamentoso o incluso superarlo. Hay tendencia generalizada a medicalizar todos los procesos patológicos. Muchos de ellos se benefician con mejoras en los hábitos diarios de alimentación, ejercicio, sueño y, por supuesto, con el manejo del estrés, lo cual calma el sistema endocrino, este al sistema nervioso, y los dos anteriores al sistema inmune. Y vuelve la calma. Manejo integral. Esta es una concepción más holística en el tratamiento de la enfermedad.
2. *Ejercicio.* Este es un principio fundamental en todas las patologías. El ejercicio es salud. Y es relajante. Produce sustancias antiestrés y antioxidantes. Con el ejercicio se produce óxido nítrico, endorfinas, dopamina, serotonina y sustancias antiinflamatorias que modulan la inmunidad y el sistema nervioso y reducen el estrés. Cualquier ejercicio es bueno y se debe hacer el que más guste a cada persona, pero el mejor ejercicio es caminar. No han podido inventar uno mejor. Han tratado pero no han podido. Y es barato. Antes de hacer ejercicio recuerde que inicialmente debe evitar los que son extenuantes y ser dirigido y discutido con su médico tratante. Si una persona tiene un hipertiroidismo activo y está descompensado, no puede hacer esfuerzos físicos pues corre riesgos de todo tipo, principalmente cardiovasculares. Primero debe compensar su hiperfunción tiroidea y entonces sí efectuar ejercicio.
3. *Alimentación adecuada.* Esto es fundamental. Una alimentación sana contribuye a mejorar las enfermedades. Se debe consumir frutas frescas, como cítricos, uvas, manzanas, peras, guayaba, brevas, papaya, piña, chontaduro, etc., pues contienen antioxidantes, resveratrol,

potasio, vitaminas C y E, caroteno, que ayudan a mitigar el estrés y mejorar la salud.

- *Hidratarse bien.* Nada mejor que el agua. Evitar bebidas energizantes, que además de ser innecesarias pueden tener efectos adversos. El consumo de café debe ser moderado. El exceso puede contribuir a sensación de nerviosismo y mayor estrés e insomnio en personas susceptibles.
- *Consumir nueces, maní, almendras, macadamias, pistachos, denominados frutos secos.* Son alimentos ricos en ácidos grasos benéficos, oligoelementos, antioxidantes, antiinflamatorios, vitamina B.  
*Ingerir buena proteína vegetal.* Como frijol, lenteja, arveja, garbanzos.
- *Tener un bajo consumo de carbohidratos.* Pocos azúcares refinados y moderadas harinas, panes, pastas, pasteles.
- *Alimentarse con proteína animal sana y verduras.* Incluye pescado, pollo y carnes pulpas. Por su parte, las verduras son fuente adicional de oligoelementos, vitaminas y minerales y deben estar en toda dieta anti-estrés.

- *Consumir pocas grasas saturadas.* Evitar frituras en exceso, grasas de origen animal, mantequilla y cualquier *grasa trans*. Evitar alimentos basura como toda clase de embutidos, emparedados y productos con preservantes, conservantes y colorantes. Entre más natural mejor, debe ser la consigna.
4. *Terapia psicológica.* Con frecuencia es necesario recurrir a especialidades para el manejo del estrés, como la psicología o la psiquiatría, sobre todo si es intenso o se vuelve inmanejable, pues en ausencia de un tratamiento los efectos sobre la salud general pueden ser irreversibles. No se debe negar el acceso a estos especialistas a pacientes que necesitan terapias, como psicoterapia o medicamentos, que deben ser formulados por especialistas.
  5. *Otras terapias.* Actualmente se está acumulando evidencia sobre los beneficios de algunas terapias para manejo del estrés, como la meditación, los ejercicios de relajación, la oración, ayudas de autocontrol o respiración y terapias de grupo, siempre guiadas por personas con solvencia ética y la debida competencia profesional.

# Límites al ejercicio de la objeción de conciencia en la actividad sanitaria en Colombia

Dra. Mónica Alexandra Puentes Araújo\*

## Resumen

La objeción de conciencia es una herramienta jurídica que le permite al profesional en salud declararse impedido para prestar un servicio que, siendo legal y encontrándose en la órbita de las competencias técnicas de su profesión, no le es posible prestar porque riñe profundamente con sus convicciones éticas, filosóficas, religiosas o morales. Este privilegio le permite eximirse de las consecuencias jurídicas o contractuales por su omisión, siempre y cuando cumpla con una serie de requisitos y procedimientos de forzoso cumplimiento, a los cuales se les denomina “límites”.

**Palabras clave:** Objeción de conciencia, Libertad de conciencia, actividad sanitaria, dignidad humana, derecho fundamental.

## I. Libertad de conciencia y objeción de conciencia: generalidades

La libertad de conciencia en Colombia es un derecho fundamental de aplicación inmediata, según mandato del artículo 85 de la Constitución de 1991, concebida como la facultad que poseen los sujetos individualmente considerados para obrar en un determinado sentido o abstenerse de hacerlo, direccionado por su propia forma de percibir el mundo que lo rodea (T-409, 1992), diferenciando con ello lo que es correcto de lo incorrecto, de acuerdo a sus propias convicciones (C-616, 1997). Esta libertad permite el reconocimiento del otro, de forma tolerante y pacífica (T-507, 2016) y trae aparejada una inmunidad de toda coerción exterior (que incluye tanto el sector público como el privado) que imponga actuar en contra de las propias convicciones (T-547, 1993).

Dicho en otros términos, la libertad de conciencia es la facultad que tiene cualquier individuo de actuar o abstenerse de hacerlo, de acuerdo a su convencimiento de lo que es correcto o no en una situación concreta y que tiene como garantía el hecho de no poder ser obligado a actuar

en contra de su propia ideología, en tanto su accionar u omisión no cause daños a terceros.

A partir de lo expuesto en precedencia, la objeción de conciencia nace como una prerrogativa propia del derecho a la libertad de conciencia (SU-108, 2016) que impone la premisa de que nadie puede ser obligado a actuar en contra de su conciencia.

En líneas generales, la objeción de conciencia (en adelante OC) es un derecho fundamental de aplicación inmediata, al igual que su matriz de la cual deriva, la libertad de conciencia, que se encuentra contenida en el artículo 18 de la Carta política. Es un derecho que se ejerce de forma excepcional, concebido para proteger unas minorías que bajo determinadas circunstancias consideran que cumplir con un determinado deber legal o contractual es actuar contra sí mismo.

Esta libertad que en principio propende por la protección de las convicciones morales, filosóficas, religiosas o ideológicas del objetor no es absoluta, pues su ejercicio tiene requisitos, deberes y límites, establecidos en los propios derechos

\* Médica y Abogada. Maestría en Derecho Médico. Maestrando en Bioética. Miembro de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica AEBl. Miembro de la World Medical Association. Miembro del Colegio Médico de Antioquia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2555-6158>

fundamentales de los terceros (T-209, 2008) y que, por demás, no requiere de desarrollo legal ulterior para ser reconocida de forma directa<sup>1</sup>, respetada y protegida (T-430, 2013).

A no dudar, la objeción de conciencia es un derecho subjetivo que puede ser utilizado por el individuo cuando el cumplimiento de un deber legal o reglamentario riña de forma intensa con las bases morales de su propia conciencia. Actúa como un límite al poder coercitivo del Estado y los particulares. A estas alturas conviene señalar que este derecho no se constituye en una evasión al ordenamiento jurídico (SU-108, 2016); por el contrario, es el cumplimiento cabal del mismo, que busca la protección de la opción moral diversa en sus ciudadanos.

## II. Objeción de conciencia en el ámbito sanitario

Los avances en ciencia y tecnología de las últimas décadas, la concreción, el desarrollo, la expansión, la interpretación y la reinterpretación de los derechos humanos en diferentes ámbitos; la reivindicación de derechos de las minorías y de sujetos históricamente oprimidos y menospreciados, han traído consigo fuertes tensiones en el ámbito sanitario. Temas como el aborto, la eutanasia, la manipulación genética, la clonación, la experimentación embrionaria, entre otros, ponen a prueba la moralidad individual del personal de salud de forma habitual en estos días. Por ello, resulta forzoso, desde el punto de vista ético, la protección del profesional en salud objetor en conciencia, pues sería un acto cruel hacer partícipe a un individuo en ejercicio de una profesión humanitaria, como la Medicina, de actos que hieran profundamente su moral; por ello, el código deontológico médico o Ley 23 de 1981 contiene de forma expresa en su artículo 2° la prerrogativa del ejercicio médico en conciencia.

## III. Límites al ejercicio de la objeción de conciencia en el ejercicio de la actividad sanitaria en Colombia

Descendiendo al caso concreto, podría decirse que los límites al ejercicio de la OC en salud consisten en una serie de requisitos y procedimientos indispensables que debe cumplir el objetor en conciencia, para derivar las consecuencias favorables de exención, de su deber legal o contractual, que es lo que procura el ejercicio de este mecanismo jurídico.

Partamos de la premisa que la OC es una acción personal, no colectiva ni institucional, por ello, uno de sus primeros límites al ejercicio de la OC en la actividad sanitaria en Co-

lombia es la titularidad, en la cual se distinguen dos niveles estrechamente vinculados entre sí, pero discernibles: el primero, consistente en que solo puede ser ejercido por las personas naturales y no jurídicas (C-355, 2006), en atención a que estas últimas no cuentan con conciencia, pues este es un atributo personal y, por tanto, no poseen por sí mismas íntimas e irrenunciables convicciones morales, filosóficas o religiosas, condición necesaria para el ejercicio de esta acción.

Con este telón de fondo, no puede existir ninguna Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), con cualquier denominación (clínicas, hospitales, centros de salud, etc.), del orden público o privado, confesional o laica, que pueda ejercerla. Huelga añadir que esta excepción al ejercicio de la OC por cuenta de las personas jurídicas se encuentra encaminada también a imposibilitar el constreñimiento institucional sobre los profesionales en salud que en ella prestan sus servicios.

El segundo nivel consiste en que solo son titulares de la OC sanitaria, y por tanto susceptibles de su ejercicio, los profesionales individualmente considerados que realizan de forma directa la intervención médica requerida. En el caso de un aborto no punible hasta la semana 24, por ejemplo, dependiendo del tipo de procedimiento, podrían serlo el ginecólogo y el anesthesiólogo. En este orden de ideas, no son titulares del ejercicio de esta acción quienes desarrollen actividades médicas preparatorias del procedimiento (p. ej. auxiliares de enfermería o bacteriólogos, etc.) ni aquellos que tengan a su cargo actividades posteriores a la intervención, ni el personal administrativo de las instituciones correspondientes (T-388, 2009).

El segundo límite que tiene el ejercicio de la OC es de forma, es decir, que siendo esta una acción pública, debe ser emitida una comunicación de la negativa por escrito ante la autoridad jurídica o contractual correspondiente, solicitando su intervención, en el sentido de lograr una exoneración, esto garantiza su rigurosidad y seriedad (SU-096, 2018). En la misiva, el prestador objetor expresa las razones serias, fijas, profundas, sinceras, explícitas, consistentes e inviolables que le impiden la realización del procedimiento encomendado y defiende su oposición a la realización de un determinado acto, propio de su desempeño profesional.

La aceptación en debida forma de la OC depende de que el objetor en conciencia tenga las condiciones morales que dice poseer, las cuales deben ser coincidentes con las decisiones que en diferentes sentidos adopta de forma cotidiana. Así las cosas, este mecanismo excepcional no puede ser utilizado para ocultar motivaciones espurias como el

1. Este derecho en Colombia no tiene desarrollo legal hasta el momento del presente artículo.

interés individual, la obcecación frente a una determinada opinión o la pretensión de universalización de una particular forma de pensamiento, que de probarse acarrearía al falso objetor en conciencia diferentes tipos de responsabilidades, que incluyen civiles, administrativas y/o éticas.

En estos términos, debe tenerse en cuenta que cuando se formula la OC puede tener implicaciones y, de hecho, desata consecuencias frente a los derechos fundamentales de terceras personas, es decir, los pacientes que esperan la efectivización del procedimiento motivo de objeción, como en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y el aborto no punible hasta la semana 24, que incluso puede involucrar menores de edad, o la asistencia médica al suicidio y la eutanasia como ejemplos, sin pretender agotar. No debe perderse de vista que con este accionar se produce una colisión de derechos fundamentales entre el profesional de la salud objetor y el paciente, asunto que debe resolverse a la luz de las exigencias de cada caso.

Para resolver el fenómeno de colisión de derechos fundamentales, viene enseñando la Corte Constitucional que se debe recurrir a la ponderación como instrumento de hermenéutica jurídica que bajo las circunstancias concretas del caso objeto de estudio permite determinar el mayor peso de un derecho sobre otro, en condiciones de precedencia, es decir, que su correcta aplicación determina qué derecho debe primar sobre el otro y cuál debe ceder, sin que ninguno de ellos pierda vigencia o quede anulado. En este orden de ideas, la ponderación permite determinar hasta dónde se considera legítimo afectar un derecho fundamental por otro de igual raigambre y facilita demostrar la razonabilidad de una determinada decisión, atendiendo a criterios de adecuación, necesidad y proporcionalidad.

Ejemplifiquemos el asunto para los casos de colisión de derechos fundamentales y la forma de solucionarlo a la luz del ordenamiento jurídico vigente, con criterio de ponderación. Supongamos que se presenta una fémina a su IPS municipal para que le sea realizado un aborto no punible en la semana 12 de embarazo y en la respectiva jurisdicción donde reside no hay más que un médico que pueda efectuarlo y este objeta por motivos de conciencia. En este caso, no es de recibo dicha OC y el médico debe practicar el procedimiento.

La justificación a la decisión del anterior ejemplo obedece a que cuando el deber jurídico o contractual del cual se pretende excusar el objetor en conciencia en salud involucra un detrimento apenas liminar en los derechos fundamentales de los pacientes o puede encontrarse un sustituto idóneo, disponible, que pueda realizar oportunamente con calidad y seguridad para la vida de la paciente, el procedimiento objetado, sin que exista perjuicio para

sus derechos, se permite el ejercicio de la OC. Si aplicamos la ponderación a esta decisión tenemos que es adecuada porque es una medida idónea para la protección de los derechos fundamentales de ambos sujetos, el médico y la paciente; además, cumple criterios de necesidad porque esta disposición protege las finalidades que ambos derechos fundamentales buscan satisfacer, es decir, tanto la protección de la conciencia moral del galeno, por un lado, como la satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos de la paciente, del otro, y finalmente, es proporcional porque de esta manera se satisfacen los fines perseguidos por el ordenamiento jurídico mediante el establecimiento de cada uno de los derechos de los sujetos involucrados.

Contrario a esto, siguiendo el hilo del ejemplo, cuando el ejercicio de la OC por cuenta del profesional sanitario pueda erigirse como una barrera de acceso al servicio esencial de salud, imponiéndole gestiones administrativas adicionales, juntas médicas, tiempos de espera injustificados, remisión a otros especialistas innecesarios, desplazamientos a otras instituciones o localidades o limitando de manera alguna o por demás injustificada los derechos sexuales y reproductivos a la salud, la integridad personal, la vida en condiciones de calidad y de dignidad de la paciente, se justifica restringir de forma legítima el ejercicio de la OC al profesional de salud, y entrarían a primar los múltiples derechos fundamentales conexos de la paciente (T-388, 2009).

## Referencias

- Constitución Política de Colombia [Const.] (13 de junio de 1991). <http://www.secretariasenado.gov.co/constitucion-politica>
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia T-409/1992 (Hernández, J.; 1992).
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia T-547/1993 (Martínez, A.; 1993).
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia C-616/1997 (Naranjo, V.; 1997).
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia C-355/2006 (Araujo, J.; 2006 y Vargas, C.; 2006).
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia T-209/2008 (Vargas, C.; 2008).
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia T-388/2009 (Sierra, H.; 2009).
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia T-430/2013 (Calle, M.; 2013).
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia SU-108/2016 (Rojas, A.; 2016).
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia T-507/2016 (Rojas, A.; 2016).
- Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia SU-096/2018 (Reyes, J.; 2018).
- Ley 23 de 1981. Por la Cual se Dictan Normas en Materia de Ética Médica. 18 de febrero de 1981. "D.O., N° 35.711".



# El impacto de la caída en pacientes en hospitales nivel 2

Dr. Alfredo Martínez Rondanelli \*

La osteoporosis se caracteriza por una disminución de la densidad mineral ósea y el deterioro de la microarquitectura del tejido óseo. En las mujeres el proceso de remodelación ósea se afecta por la menopausia. La deficiencia de estrógenos favorece la resorción ósea por los osteoclastos y se disminuye la construcción ósea por el osteoblasto, causando un 10 % de pérdida de la densidad mineral ósea durante la transición de la menopausia.

La sarcopenia es un término derivado de las palabras griegas 'sarx' (*flesh*) y 'penia' (*loss*), utilizado por primera vez en 1989 por Rosenberg. Actualmente sarcopenia se define como la pérdida de la masa muscular del esqueleto que se asocia con la edad. El término también se asocia con varios procesos patológicos, como la denervación, la disfunción de la mitocondria y cambios inflamatorios u hormonales.

Con la edad progresiva, tanto la osteoporosis como la sarcopenia van muy unidas, y los cambios que se producen en los tejidos óseo y muscular se caracterizan por debilidad muscular, pérdida de la fuerza, disminución de la densidad mineral ósea, favoreciendo las caídas y aumentando el riesgo de fracturas. Los músculos de los pacientes con osteoporosis y sarcopenia presentan alteraciones en el metabolismo celular, incluyendo un estrés oxidativo con alteraciones de la locomoción y la estabilidad. La Sociedad Europea define la combinación de osteoporosis y sarcopenia como una alteración generalizada y progresiva del sistema músculo esquelético, entendiendo que el músculo proporciona la alimentación o nutrición al hueso. Al presentarse la sarcopenia se incrementan las caídas, favoreciendo el riesgo de eventos adversos como debilidad, traumas o caídas, fracturas y muerte.

La seguridad de los pacientes en hospitales y clínicas es fundamental durante todo el proceso de atención. Sin embargo, se presentan diferentes tipos de eventos llamados *adversos*, como la caída de los pacientes dentro de la institución hospitalaria, los errores en la administración de medicamentos, las infecciones adquiridas en la institución, los diagnósticos equivocados y complicaciones no esperadas en cirugía. Estos eventos son especialmente graves en pacientes adultos mayores. En el mundo se reportan entre 3 % y 16 % de eventos adversos de los pacientes hospitalizados. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó en 2009 que entre 44.000 y 96.0000 pacientes fallecieron en hospitales como resultado de eventos adversos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *caída* como un evento que resulta cuando una persona en reposo inadvertidamente se cae al suelo o a un nivel inferior. Una de cada tres personas mayores de 65 años se cae al menos una vez al año y debe consultar a un servicio de urgencias. En los hospitales las caídas de los pacientes se presentan generalmente en las unidades geriátricas. Kobayashi reporta que las caídas de los pacientes en los hospitales son más frecuentes, el doble, en pacientes con problemas ortopédicos. Adicionalmente, las caídas se incrementan en los pacientes mayores de 80 años, con una incidencia de más del 50 % de presentar una fractura al caerse, siendo más frecuente la del radio distal.

En cualquier escenario no podemos considerar una caída como algo normal o fisiológico. La debilidad muscular y la osteoporosis, asociadas con la edad y las diferentes patologías, medicamentos y hábitos favorecen las caídas. Enfermedades como la degeneración macular, las polineuropatías,

\* Médico especialista en Ortopedia y Traumatología, Universidad del Valle. Coordinador, Servicio de Traumatología, Instituto de los Seguros Sociales (1992-1993). Jefe, Servicio de Ortopedia y Traumatología, Departamento de Cirugía, Universidad del Valle (2005 a 2014). Coordinador, Unidad de Ortopedia y Traumatología, Fundación Valle del Lili (2002 a la fecha). Profesor en Ortopedia y Traumatología, universidades del Valle e ICESI. 26 artículos publicados. Libros: *Fractura diafisaria de fémur y Conceptos en Traumatología y Ortopedia y Traumatología*, este último con el Dr. Jochen Gerstner.

las secuelas de accidentes cerebrovasculares, las secuelas en las extremidades por fracturas o patologías ortopédicas a nivel del pie, la rodilla, la cadera o la columna, los medicamentos como sedantes, excesivo control de la hipertensión arterial, bloqueo atrioventricular, hipoglicemiantes también contribuyen a estos accidentes. Adicionalmente, el consumo de alcohol u otras sustancias, la obesidad, las infecciones que debilitan el estado general de los pacientes, alteran la estabilidad de la marcha y favorecen las caídas. Las caídas de los pacientes en los hospitales se consideran un *evento centinela*, que se define como un evento no esperado que causa o puede potencialmente causar daño, riesgo mayor o muerte de los pacientes.

La incidencia de caídas de los pacientes en ciertas instituciones de salud es de 1 a 11 por cada 1000 pacientes hospitalizados. De ellos, aproximadamente entre el 25 % y el 34 % presentan alguna fractura o lesión de partes blandas y entre el 21 % y el 39 % están en riesgo de incurrir en una segunda caída. Todas las instituciones de salud deben tener un plan educativo para prevenir los efectos adversos —caídas— de los pacientes. Estos programas deben estar enfocados en tres aspectos fundamentales: 1) identificar el riesgo de caída de cada paciente, de acuerdo con su edad, patologías y medicaciones; 2) enseñar y explicar cómo se debe pedir ayuda y cuándo se requiere; 3) al esperar la ayuda se obtendrá un efecto positivo —guardar reposo, mantener la calma— para prevenir las caídas.

No solamente debemos prevenir las caídas de los pacientes, además es importante identificar las causas inherentes a la hospitalización que aumentan los riesgos de estas. Las caídas son más frecuentes en los pacientes mayores de 80 años y en aquellos que requieren un cuidado especial por su patología ortopédica. Por ejemplo, la edad avanzada, la obesidad y un bloqueo continuo o no del nervio femoral, como analgesia en el posoperatorio de cirugía de reemplazo articular total de rodilla, está considerado, y se han comprobado como factor de riesgo para una caída. Adicionalmente, pacientes mayores con trastornos cognitivos tienen mayor riesgo de caer. Los pacientes con trastornos neuropsiquiátricos generalmente en la tarde y en la noche presentan mayor confusión, agitación, ataxia, lo cual incrementa la posibilidad de caer. Barreras culturales de los pacientes y un lenguaje diferente pueden dificultar la comunicación e impedir la solicitud de ayuda necesaria en una actividad de movilidad, que requiere acompañamiento, para disminuir el riesgo de caídas e igual dificultad se presenta con los pacientes que tienen limitaciones físicas. Se considera que la educación y la información al paciente, su familia y a las personas que lo asisten son el verdadero componente primario de todos los programas para prevenir caídas. La literatura corriente difundida mediante folletos, programas

audiovisuales e información personal ha logrado disminuir el riesgo de caídas en un 30 % en muchos hospitales. Galbraith publicó el primer estudio examinando la eficacia de un programa para la prevención de caídas en una unidad de Ortopedia, que incluye suministrar información en un folleto, sostener una conversación con el paciente y su familia o el acompañante, para prevenirlos. Este programa disminuyó significativamente el porcentaje de caídas por día del 3,49 por 1000 pacientes al 2,6 por 1000 pacientes, con una reducción del riesgo de 30,6 %, y representó una disminución del costo en más de cien mil dólares. Diferentes estudios publicados han demostrado la eficacia de la educación de los pacientes y sus familias para disminuir el riesgo de caídas, y en los casos que se han presentado se trató de lesiones menores. Cada institución de salud debe contar con un programa educativo formal de prevención de caídas para los pacientes, teniendo en cuenta la enfermedad del paciente, su edad, sus patrones culturales y su nivel educativo. Cuando un paciente hospitalizado se cae y presenta una fractura de cadera que requiere tratamiento quirúrgico, este evento adverso se considera centinela. Estos eventos tienen implicaciones físicas, psicológicas, financieras y afectan el sistema de salud. Recientemente The Joint Commission reportó un incremento de caídas en hospitales del 450 % entre 2018 y 2022.

Un mensaje que se desprende de lo expuesto es que las caídas en todos los hospitales son más frecuentes en pacientes de Ortopedia y Traumatología, asociados con la edad avanzada y la presencia de comorbilidades. Aunque el riesgo de caídas existe, los programas de educación permanente a todos los pacientes pueden disminuir su incidencia. Los programas educativos deben consultar las características del paciente, su familia, sus patologías y creencias. Basados en diferentes reportes de literatura médica se concluye que los pacientes de Ortopedia y los mayores de edad presentan la mayor incidencia de caídas, por lo cual se recomienda la creación de unidades especiales dentro de los hospitales para prevenir las caídas: todas las camas deben contar con barandas y cámaras de videovigilancia y permitir el acompañante permanente a los pacientes durante las veinticuatro horas del día.

## Bibliografía

1. Modica, A. Bitterman, AD. "The Impact of Patient Education on Inpatient Fall Risk". *Journal Bone Joint Surgery Reviews*. 2024. 12. (5): 1-5.
2. Gillespie CW, Morin PE. "Osteoporosis-related health services utilization following first hip fracture among a cohort of privately-insured women in the United States, 2008-2014: an observational study". *Journal Bone Mineral Res*. 2017; 32 (5):1052-61.

3. Tarantino, U, Piccirilli, E, Fantini, M, Baldi, J, Gasbarra, E, Bel, R. "Sarcopenia and Fragility Fractures: Molecular and Clinical Evidence of the Bone-Muscle Interaction". *Journal Bone Joint Surgery*. 2015;97 (5):429-437.
4. Currie L. "Fall and injury prevention. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses". Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. Chapter 10. Accessed December 6, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2653/>.
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
6. Reid M, Estacio R, Albert R. "Injury and death associated with incidents reported to the patient safety net". *Am J Med Qual*. 2009; 24 (6): 520-4.
7. Bergen G, Stevens MR, Burns ER. "Falls and fall injuries among adults aged 65 years: United States 2014". *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016; 65 (37):993-8
8. Kobayashi K, Ando K, Inagaki Y, Suzuki Y, Nagao Y, Ishiguro N, Imagama S. "Characteristics of falls in orthopedic patients during hospitalization". *Nagoya J Med Sci*. 2018; 80 (3):341-9.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Sentinel Event Data 2022 Annual Review. Accessed December 7, 2023. [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/03162023\\_sentinel event annual review final](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/03162023_sentinel_event_annual_review_final)
10. Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, Nast PA, Costantinou E, Fraser VJ. "Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis". *Journal General Internal Medicine*. 2004; 19 (7):732-9.
11. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. "Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review". *Annals Internal Medicine*. 2013;158 (5):390-6.
12. Galbraith JG, Butler JS, Memon AR, Dolan MA, Harty JA. "Cost analysis of a falls-prevention program in an orthopaedic setting". *Clin Orthopedic Related Research*. 2011; 469 (12):3462-81.



# Ética empírica y educación moral

María Santacoloma Rengifo \*

*El latido de la ética se siente en los ecos de nuestra educación, resonando con la armonía de la conciencia y la convicción.*

FILÓSOFO ANÓNIMO

Êthos, “lugar donde se habita, morada”, vocablo griego que deriva de hábitos o costumbres y da origen a la ética. Describe el lugar que lleva el hombre en sí mismo, su “residencia”, su actitud interior, raíz en donde nacen todos los actos humanos. Aristóteles, desde el siglo IV antes de Cristo, la reconoce como valor fundamental de la filosofía práctica, actitud individual y social ante la vida, inicio de la moral, relación con nosotros mismos y nuestro entorno. Es el estudio de la práctica humana para promover su mejoría, su felicidad, su moral. En el panorama ético, los dilemas morales son narraciones en las cuales se plantea una problemática con soluciones que retan los valores de un individuo. Posiblemente, las soluciones parecen todas viables, sean justificables o no desde un punto de vista ético. Los dilemas morales son muy comunes en diferentes ámbitos, como los del trabajo, los educativos, los políticos, hasta en los hogareños, y hacen parte de una porción fundamental de nuestras vidas, la de los valores.

La ética empírica<sup>1</sup> está basada o formulada e influenciada por las experiencias individuales. Afecta la percepción ética y los valores de las personas en la resolución de conflictos diarios. La ética empírica es anterior o inclusive, para muchos, opuesta a la ética formal. La primera no es impuesta, es natural, espontánea y dada por la razón. En la actualidad, nuestra sociedad se entrena para tomar decisiones rápidas que excluyen el pensamiento crítico, y consecuentemente olvidan sus valores, lo cual conduce a la toma de malas

decisiones o de decisiones poco éticas. No obstante, no todos los casos son influenciados por experiencias propias, sino por nuestra incapacidad para tomar decisiones críticas e informadas. Esto nos hace preguntar: ¿Cómo influye la educación de un individuo en la percepción de la ética y sus valores con relación a los conflictos que vive diariamente?

Podemos deducir que la falta de educación ética y de reconocimiento de cómo las experiencias personales influyen en la percepción ética pueden inducir a las personas a tomar malas decisiones o a decisiones poco éticas –como lo expresamos antes–, que a largo plazo pueden afectar el desarrollo de nuestra sociedad. En este sentido, las personas con escaso conocimiento ético pueden ser más vulnerables en la toma de decisiones críticas. La filósofa Martha Nussbaum sostiene que el desarrollo de la capacidad de juicio ético depende de las experiencias personales. Enfatiza que una comprensión superficial de la ética deja a las personas desprotegidas frente a dilemas morales complejos. La ética empírica se manifiesta en diversos entornos, como el del trabajo y el ambiente personal, donde las experiencias individuales influyen en la toma de decisiones éticas y resultan fundamentales para moldear la percepción ética y los valores, esenciales para aplicarlos en situaciones reales. Estas vivencias pueden ser comprendidas como un ambiente educativo que enseña sobre la ética, o la falta de esta, situaciones que proveen diferentes resultados. La ética empírica también se presenta en ambientes cotidianos en los cuales se pueden experimentar conflictos de interés,

\* Estudiante de noveno grado, Colegio Bolívar, Cali, Colombia. Editora de la página web *TuTiroides* y del pódcast *¿Sabías Qué?* en Spotify. Fundadora de los proyectos *FurnishMeNow* y *Civic Leaders of Tomorrow* que impulsa la creatividad y el liderazgo juvenil.

1. Ética basada o formulada a partir de la experiencia (Musschenga, 2023).

diferencias de opiniones, entre otros. Estos, en conjunto con sus experiencias educativas relacionadas con la ética, conducen a los individuos a contar con un concepto diferente sobre la ética y los valores, lo cual afecta la toma de decisiones. Por ejemplo, en conjunto un grupo escolar puede tener un concepto errado sobre cómo enfrentar una situación en la cual se involucran algunos o todos los compañeros de clase, en la que pretenden ocultar una acción imprudente o culposa. Algún estudiante con una vivencia previa, así sea empíricamente, puede utilizar esta para hacer caer en la cuenta al grupo sobre su falta de ética e iluminarlo para enfrentar la situación en forma ética, en aras a una solución que beneficie a todos. En el ámbito laboral, un trabajador que ha experimentado comportamientos éticos en su entorno tiende a replicarlos en su práctica profesional, puesto que ha desarrollado un conocimiento ético y, por ende, está capacitado para tomar decisiones críticas. Otra situación es la de una persona hábil en una materia, que al enterarse del deseo de algunos de sus compañeros de obtener fraudulentamente un examen sobre el tema les explica su falta de ética y además, en forma espontánea, conforma un grupo de estudio para beneficiar a los compañeros que tienen dificultades para comprender la materia, acción mediante la cual aplica la ética empírica personal para un propósito colectivo.

De este modo, las experiencias individuales que fundamentan la ética empírica afectan a las personas por el hecho que quienes han tenido experiencias significativas pueden comprender mejor la ética y los valores, y viceversa. Por tanto, reconocer cómo las experiencias personales influyen en la percepción ética nos posibilita la construcción de una sociedad más ética y reflexiva.

A modo de conclusión, es evidente que las experiencias individuales juegan un papel importante en la creación de la ética y los valores, pues tienen un impacto relevante y significativo en la forma como las personas perciben los dilemas morales en el día a día. A pesar de que este mecanismo puede generar una variedad de perspectivas éticas,

reconocer el impacto de las experiencias individuales nos brinda la oportunidad de crear una sociedad más consciente y reflexiva. La ética empírica es pues esencial para adaptarse a circunstancias extremas y promover la toma de decisiones éticas en entornos complejos.

## Bibliografía

- Capítulo 3. Los dilemas morales. (n.d.). Recuperado en May 30, 2024, de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/23548/capitulo3dilemasmorales2015omarleon.pdf>
- Cortés, N. (2023, April 11). *Cinco dilemas morales y sus soluciones éticas: ¿Salvar una o cinco personas? ChatGPT responde los dilemas morales más famosos*. El Tiempo. Recuperado en May 30, 2024, de <https://www.eltiempo.com/tecnosfera/novedades-tecnologia/cinco-dilemas-morales-y-sus-soluciones-eticas-chatgpt-responde-758274>
- Educrea. (2019, March 9). Los dilemas morales. Educrea. Recuperado en May 30, 2024, de <https://educrea.cl/los-dilemas-morales/>
- Los dilemas morales: Algunos ejemplos de dilemas morales.* "I) El caso del preso evadido. Un hombre fue sentenciado a 10 años de prisión". (n.d.). Gobierno de Canarias. Recuperado en May 30, 2024, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoblog/johergon/files/2013/04/Ejemplos-de-dilemas-morales.pdf>
- Pérez, J. (n.d.). *Dilema moral: Qué es, clasificación, definición y concepto*. Definición recuperada en May 30, 2024, de <https://definicion.de/dilema-moral/>
- Realpe, S. *Dilemas morales*. (n.d.). SciELO Colombia. Recuperado en May 30, 2024, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-59232001000300004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232001000300004)
- Sánchez, C., & Wyatt, C. (n.d.). *Dilemas morales*. ESO4-ÉTICA: Recursos. Recuperado en May 30, 2024, de <https://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/29010201/moodle/mod/resource/index.php?id=17>
- Segundo, J. P. (n.d.). *Moral. Concepto*. Recuperado en May 30, 2024, de <https://concepto.de/moral/>
- Ética empírica*. (n.d.). Wikipedia. Recuperado en May 30, 2024, de [https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica\\_emp%C3%ADrica](https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica_emp%C3%ADrica)
- Musschenga, A. W. (2023, June 16). *Empirical Ethics, Context-Sensitivity, and Contextualism*. Oxford Academics. Recuperado en May 30, 2024, de <https://academic.oup.com/jmp/article-abstract/30/5/467/922582?redirectedFrom=PDF>

# Argumentación en la ética médica

Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo \*

Al interior del semillero de investigación sobre Discurso y Argumentación, ofrecido por la Cátedra Unesco y dirigido por la doctora María Cristina Martínez y la profesora Graciela Góngora de la Universidad del Valle, se incursionó en el mundo de la argumentación como campo de acción fundamental de lo lingüístico y lo jurídico. Y en este ámbito podemos mencionar tres grandes investigadores y referentes: Stephen Toulmin, Chaïm Perelman y Frans van Eemeren. Es importante resaltar que estos dos últimos realizaron su labor investigativa con Lucie Olbrechts-Tyteca (como con Chaïm Perelman) y Rob Grootendorst con Frans van Eemeren. Estos autores fueron los continuadores de la obra magna *La retórica* de Aristóteles. El advenimiento de la modernidad como etapa cultural de la humanidad hizo necesario que los enfoques de estos autores se adaptaran a nuestros días, en razón de la mayor información digital y los avances de las ciencias jurídicas.

La argumentación, conocida por múltiples autores dedicados a esta ciencia, no privativa de la filosofía, el lenguaje y el ámbito jurídico, también impacta a la academia, la historia, la ciencia, lo cotidiano y la ética médica, que es lo que hoy nos convoca.

Por su valor pragmático iniciamos este texto con una descripción básica de los aportes de los investigadores mencionados. El primer referente, Toulmin, garantiza un enfoque con su teoría argumentativa. Por su parte, Perelman nos permite descubrir un amplio repertorio de argumentos que pueden colmar un texto, como si de un diccionario o glosario de términos argumentativos se tratara, que pueden en muchas situaciones describir en forma precisa los argumentos que se podrían exponer. Y Eemeren, autor innovador dentro de la pragma-dialéctica, posibilita que sus planteamientos argumentativos ejemplifiquen problemas de la cotidianidad en muchos ámbitos del conocimiento humano, y puedan aplicarse en la academia y la libre expresión.

Van Eemeren, situado en la diferencia de opinión, resalta posibilidades de que se presenten opiniones únicas o múltiples frente a dos puntos de vista divergentes, lo cual permite intercambios de opiniones mediante los cuales dos interlocutores puedan alcanzar acuerdos prácticos para solucionar conflictos. Por lo anterior, el enfoque pragmatialéctico de este autor se destaca como metodología práctica y validable para afrontar y solucionar problemas en la academia y la vida cotidiana.

Presentamos a continuación los principios metodológicos del enfoque de Van Eemeren:

1. La argumentación como *acto comunicativo complejo*, utilizado en la comunicación diaria.
2. La argumentación como *acto interaccional complejo*, que se manifiesta en el diálogo explícito o implícito.
3. En la argumentación se toma una *posición* que compromete al *hablante responsable*.
4. La argumentación en su *enfoque constructivo* llama a la *sensatez*.

En Van Eemeren “la argumentación es un acto de habla comunicativo e interaccional complejo, dirigido a resolver una diferencia de opinión para un juez razonable, proponiendo una constelación de razones de las que el argumentador puede considerarse, para justificar la aceptabilidad del (o de los) punto(s) en cuestión”.

En la teoría de Perelman, también en la *Nueva retórica*, se da un giro positivo al concepto inicial que Aristóteles propone en su obra, en la cual también existe un auditorio que recibe información. Perelman plantea dos auditorios, uno personal o interno y otro universal, el primero obligado y a la vez participante del auditorio universal. “El discurso razonable pretende obtener la aceptación de las personas razonables que forman parte del auditorio universal”.

\* Médico especialista en Medicina Interna y Cardiología. Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

El criterio de razonabilidad es fundamental en Perelman: "El enfoque novedoso de su libro, *Nueva retórica*, consiste en que no se desprende, prioritariamente, de encontrar una verdad demostrable sino, más bien, 'razonabilidad' que es el objetivo de la aceptación". Perelman afirma que la desviación de los precedentes debe ser justificada, principio que se reconoce en la justicia formal, por el cual los iguales tienen que ser tratados de igual manera. En su libro de unas ochocientos cincuenta y siete páginas, Perelman presenta un glosario o tipificación de los esquemas argumentativos, conformado por diferentes grupos: 1) los casi-lógicos; 2) aquellos basados en la estructura de lo real; 3) los que establecen la estructura de lo real; 4) las disociaciones. Se trata de agrupaciones argumentativas que nos facilitan la selección de las versiones más adecuadas a nuestros propósitos e intenciones.

Por su parte, Toulmin propone tres componentes de la argumentación: *la conclusión*; *los datos*, que son explícitos, y *la garantía*, presente entre los datos y la conclusión. Este autor incluye siete componentes en su teoría argumentativa:

1. *Los datos o hechos*, que justifican el enunciado general. Estos pueden ser explícitos con las pruebas o argumentos que justifican la conclusión.
2. *La conclusión* o enunciado general, que surge a partir de datos o argumentos.
3. Entre la relación del dato y la conclusión existe *la garantía o ley de paso*.
4. Con la garantía se buscan compartir el universo discursivo y las reglas generales.

5. Los fundamentos y los soportes apoyan la garantía.
6. La modalidad manifiesta la fuerza o certeza alcanzada en el argumento manifestado.
7. Por último, *la reserva* representa la restricción o la objeción a la conclusión determinada.

De esta manera, el propósito de este escrito es presentar un esbozo de las teorías de argumentación desarrolladas por estos tres interesantes investigadores del discurso, Van Eemeren, Perelman y Toulmin, que por su universalidad pueden ser aplicadas en la resolución de conflictos en el ámbito de la ética médica, en la academia y además en la vida cotidiana.

## Referencias bibliográficas

- Martínez, M.C. *Análisis del discurso*. Artes gráficas Universidad del Valle. 2015.
- Martínez, M.C. *La argumentación en la enunciación*. Editorial Universidad del Valle, Colombia. 2015.
- Rodríguez, Bello, L. "El modelo argumentativo de Toulmin en la escritura de artículos de investigación educativa". *Revista digital universitaria* vol. 5 n. 1. 2004.
- Van Eemeren, F.H., "Maniobras estratégicas combinando lo razonable y lo efectivo en el discurso argumentativo". *Acta poética* 33.1. 2012, pp 19-47.
- Wintgens, L. *Retórica, razonabilidad y ética*. Un ensayo sobre Perelman. Doxa-14 1993.

# De la epidemia de disentería en Cali (1809-1810)

## Por la época de la independencia

Dr. Luis Antonio Cuéllar \*

En el estudio de la historia como en el Derecho siempre se requiere indagar sobre la relación entre causa y efecto. Esta relación es sencillamente de mera lógica.

En este ensayo o artículo, que desde el punto de vista histórico tiene por objeto exponer las causas que trajeron como resultado la solicitud al virrey Amar y Borbón de Santafé de Bogotá la creación de una Junta Superior de Seguridad Pública, que tanto encono como desazón causó al señor gobernador de Popayán, el coronel español Miguel Tacón y Rosique, tuvo sus causas propias, irrefutables, con muchos fundamentos razonables, que justificaban al Cabildo de Justicia y Regimiento de Cali a convocar extraordinariamente, con la presencia esta vez de representantes de las Ciudades Amigas, Caloto, Buga, y Cartago, de la banda derecha del río Cauca, y de la izquierda, Cali, Toro y Anserma.

¿Cuáles fueron aquellas causas que indujeron al Cabildo de Cali a convocar una sesión extraordinaria con representantes de las Ciudades Amigas, nombradas? Estas tuvieron origen en dos acontecimientos políticos de gran magnitud:

1. La abdicación de la Corona Española del rey Carlos IV en el movimiento de Aranjuez, en favor de su hijo Fernando VII y el retiro del ministro y valido del reino, Manuel Godoy.
2. La entrega de la Corona Real española de Fernando VII a su padre en los hechos de la Asamblea de Bayona, para que este la entregara al emperador francés Napoleón Bonaparte y este, a su turno, coronara a su hermano José I Bonaparte, como rey de España e Indias.
3. El espionaje organizado desde antes de los acontecimientos de Bayona de un cuerpo de detectives que actuaban secretamente en las islas del Caribe y en la Nueva

Granada, Cartagena y Santafé de Bogotá. Sobre esta actividad los cabildantes de Cali tenían conocimiento.

4. El movimiento rebelde de Quito contra el presidente de la Real Audiencia en 1809, que dio al traste con el régimen monárquico y, en cierta forma, atizó los ánimos independentistas del Cabildo de Cali, que se materializó en la sesión extraordinaria del 3 de julio de 1810.
5. La alianza de Carlos IV con el emperador francés Napoleón Bonaparte hizo que España declarara la guerra a Inglaterra, no sólo en defensa del comercio marítimo del Atlántico sino también como aliado de Napoleón, que pretendía hostilizar a Inglaterra, y sobrevino la batalla naval de Trafalgar.
6. Las consecuencias de Trafalgar fueron más funestas para la Armada Española (que perdió más barcos que el imperio francés), pues la Marina Española bajo el reinado de Carlos III igualaba en número a la inglesa y se preciaba en ser la "Reina de los Mares".
7. Otra causa que preocupó al pueblo español, tanto en la península como en sus posesiones americanas, conocida esta por algunos cabildantes de la Nueva Granada, se refiere a las escandalosas relaciones sentimentales de la reina María Luisa de Parma con el valido del reino, Manuel Godoy, quien había sido retirado de su cargo, de quien se presumía que era un afrancesado, amigo de Napoleón.

No fueron pocas las causas que atormentaron a los cabildantes de Santiago de Cali, que aludió en su arenga el presidente, doctor Joaquín de Cayzedo y Cuero, antes de abrir la sesión del 3 de julio de 1810.

Y a todas estas circunstancias terribles, a las cuales alude con tanta precisión el presidente del Cabildo de Cali

\* Abogado, Universidad Libre de Cali; Magister en Historia, Universidad del Valle. Juez Promiscuo Municipal de Roldanillo, por encargo del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Buga (1957, y más tarde con carácter interino); Fiscal de los Juzgados Superiores de Buenaventura (1968-1969). Profesor, Facultad de Derecho, Universidad Libre (por más de treinta años). Secretario, Facultad de Derecho, Universidad Libre. Coordinador de Postgrados; Decano, Facultad de Derecho, y Secretario (con funciones de Decano), Facultad de Derecho, Universidad Cooperativa de Colombia, Seccional Cali.

en su arenga, como si fuera poco el acervo de desgracias y desventuras, falta una por comentar que hizo estragos en la población humilde, desamparada, de los sectores criollos de mestizos, pardos, zambos, esclavos y libertos, como fue la epidemia de disentería en Cali (1809-1810), con sus consecuencias sociales y demográficas de la cual habla Luz Amparo Vélez Villaquirán, doctora en Historia del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de la Universidad de Caldas, Manizales, Colombia, en cuyo resumen nos informa:

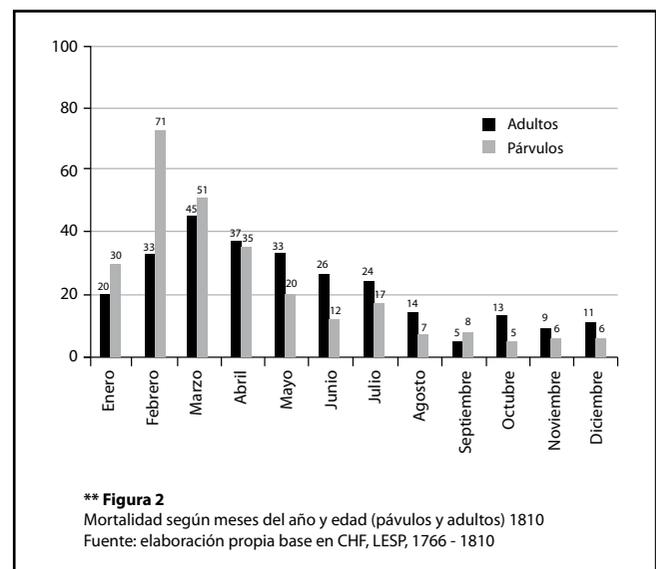
En el primer decenio del siglo XIX los habitantes de Cali sufrieron una epidemia de disentería que diezmó a la población más vulnerable. En este artículo nos proponemos describir una crisis demográfica, que fue detectada a través de las curvas de defunciones obtenidas de los libros de entierros de la Santa Iglesia Parroquial de San Pedro de Cali. Un hallazgo significativo fue que este contagio afectó principalmente a los párvulos y a la población de las castas y que también mermó el tamaño de las familias, especialmente de pardos y montañeses.<sup>1</sup>

Ya en la introducción, la doctora Luz Amparo Vélez Villaquirán se centra sobre el objetivo principal de su artículo, así:

El objetivo principal de este artículo es describir un episodio epidémico de Santiago de Cali entre los años de 1809 y 1810, cuando la ciudad experimentaba una serie de tensiones sociales ocasionadas por el proceso revolucionario de Quito y la insurrección de negros, pardos y mulatos en la “otra banda” del río Cauca. La estrategia de investigación será principalmente cuantitativa. Las fuentes de información para el análisis cuantitativo las ofrecen los registros vitales, así como los padrones de población de Cali en 1808. Analizaremos de manera particular, las actas de defunciones que se encuentran en los libros de entierros de la Santa Iglesia Parroquial de San Pedro de Cali, los cuales brindan la siguiente información: Fecha del deceso; sacerdote que realizó el registro; nombre del difunto; edad del fallecido (párvulo o adulto); condición del hijo (legítimo, con padre desconocido o con padres desconocidos, expósito o hijo de la Iglesia); estado civil al momento de morir (soltero, casado o viudo); calidad (noble, pardo, mestizo, indio, mulato); condición (esclavo o libre) y nombre de los amos de los esclavos. La principal limitación de esta fuente de información es que las actas de entierro no contenían la causa de muerte ni otros aspectos relevantes relacionados con la crisis demográfica de 1810. Para ello, consultamos otros documentos en el Archivo

Histórico de Cali, Colombia, en el Archivo General de la Nación de Bogotá, Colombia, y en el Archivo General de Indias de Sevilla, España.<sup>2</sup>

El rigor en la búsqueda de fuentes estadísticas no puede ser mejor, porque consulta las más serias de la época, iniciando con las de tipo religioso, para confrontarlas con otros datos previstos en los archivos locales, nacionales y aún en el Archivo Histórico de Sevilla, España, declarado patrimonio universal de historia. Sobre su representación aritmética bástenos transcribir la figura número 2 del interesante artículo, para tener una idea clara sobre este particular estadístico.



**Fuente:** Vélez Villaquirán L. A. (2019, p. 181).

Dice la autora Luz Amparo Vélez Villaquirán que:

La Epidemia de Disentería, que diezmó a la población de Cali, generó modificaciones en las estructuras sociales y económicas de la ciudad. La pérdida de población dependiente posiblemente modificó el crecimiento natural de la población, así como la estructura según grupos de edad; y la reducción de la población activa (gran parte de los grupos sociorraciales más vulnerables) probablemente alteró las actividades económicas por la disminución de la fuerza laboral apta para el trabajo.<sup>3</sup>

1. Vélez Villaquirán, L.A. (2019). “Epidemia de disentería en Cali, 1809-1810. Consecuencias sociales y demográficas”. *Fronteras de la Historia*, Vol. 24 (2), 162. <https://revistas.icanh.gov.co/index.php/ffh/article/view/612/649>.

2. Ibidem.

3. Ibidem.

Esta cita tiene un contenido muy interesante sobre las incidencias de la pandemia en la ciudad de Cali, y explica razonablemente las alteraciones que en forma natural sufrió la estadística en cuanto hace relación al crecimiento de la población, que necesariamente disminuye por la muerte de la población en su capacidad de gestación, sino también en la estadística de la mano de obra laboral en la economía de la ciudad.

No está por demás comentar el temor de la población cuando los cadáveres de las víctimas fueron sepultados en la Iglesia Parroquial de San Pedro, cuando sus cuerpos

en descomposición produjeron miasmas fétidos que la población consideró contagiosas, con la protesta social generalizada.

En materia de salud por causas epidémicas nos queda por considerar las que sufrieron durante la época de la conquista los habitantes vallecaucanos, como fue la de la viruela, enfermedad que se atribuyó a los conquistadores, pues los aborígenes americanos no la padecieron antes del descubrimiento de América. En otra ocasión quizás, podríamos ocuparnos de este interesante tema en plena conquista española.

# No

No permitas que el oso pase  
sin probar la dulce miel de tus deseos.  
No dejes de rociar la flor que en tu jardín despunta  
anhelando desceñir sus pétalos  
fuente nutricia del sediento colibrí.  
No niegues al viento ser transportador de tu fragante  
feromona, inspiradora de sueños,  
pues el humo que vuela alto  
difícilmente recuerda el fuego  
que arde en su propia hoguera.  
Se llevará el aroma y quizás una ceniza  
pero deja atrás la esencia que derrite,  
se despide sin ceremonia.  
No conviertas la soledad de la palabra  
en fortaleza refugio de tu cuerpo,  
no admitas que el tiempo fluya incólume  
sin construir historia,  
sin abrir y recorrer caminos,  
sin imprimir la huella de un pasado feliz.

El autor de este poema es el doctor William Libardo Murillo, actual magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, que además de su labor profesional es cultor de larga data de la lectura y la escritura.

# Sanción disciplinaria por intrusismo como especialista en Ortopedia y Traumatología

**Resolución No. 040-2023**

**Proceso Disciplinario No. 2848-21,  
Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca**

Santiago de Cali, a los veintiséis (26) días del mes de abril de dos mil veintitrés (2023)

## Objeto de la decisión

Se procede a resolver si existe mérito para sancionar al médico J. A. C. A., por hechos relacionados con la atención médica como especialista en ortopedia y traumatología en el Hospital Tomás Uribe Uribe de la ciudad de Tuluá, por los cuales se abrió investigación formal el día 2 de junio de 2021.

## Antecedentes

### Queja y hechos

El 14 de noviembre de 2020 se recibió en este Tribunal queja por correo electrónico de quien se identificó como "J. F. G. V.", en contra del Dr. J. A. C. A., de quien afirma que sin observar los requisitos legales, desde hace más de dos años ejerce la especialidad de ortopedia y traumatología en el hospital Tomás Uribe Uribe de la ciudad de Tuluá.

Dice el quejoso que:

1. El Dr. C. no tiene registro de Rethus como ortopedista.
2. No está registrado como ortopedista en la Secretaría de Salud del Valle del Cauca.
3. No es miembro de la Sociedad de Ortopedia del Valle del Cauca.
4. No aportó en la hoja de vida la convalidación de la especialización en ortopedia y traumatología.

El "Sr. G." también elevó su queja ante la Supersalud y la Secretaría Departamental de Salud del Valle, sin embargo, estas entidades le manifestaron al quejoso su carencia de competencia para investigar al profesional de la salud. A pesar de esto, la Supersalud dio traslado de la queja y sus anexos a este Tribunal, y al mismo Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, a través de su representante legal Dr. F. J. T. Z., le pide que verifique los requisitos del profesional J. C. para el ejercicio de la especialidad de ortopedia y traumatología y que en caso de incumplimiento, se tomen las medidas correctivas inmediatas, tendientes a garantizar que

los servicios relacionados con dicha especialidad, cuenten con personal idóneo debidamente acreditado.

La respuesta inicial de la IPS a la Supersalud se limitó a decir que todo el personal cuenta con las debidas competencias y al quejoso solicita "aclarar la razón por la cual para la presentación de la queja usted obtuvo documentación que reposa en los archivos de la ESE y la cual se encuentra sometida a reserva, advirtiéndole desde ya que por ser información clasificada de una entidad pública, se procederá a presentar la correspondiente denuncia ante la Fiscalía General de la Nación por posibles conductas punibles en la que pudo haber incurrido y se determinen los responsables de las mismas." Más adelante, aparece una retractación de esta respuesta (folio 53 y reverso).

Así las cosas, la Supersalud requirió de la IPS Hospital Tomás Uribe Uribe los siguientes documentos respecto del Dr. J. A. C.:

- Título profesional de médico general.
- Título de especialista en ortopedia y traumatología.
- Programación de los turnos de consulta externa, hospitalización, cirugía y urgencias, de los últimos seis meses, de medicina general y especialidades médicas.
- Documentos que acrediten la forma de vinculación.
- Inscripción o registro emanado de la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca
- Cinco historias clínicas de pacientes donde conste la atención brindada por J. A. C. A.

## Historia clínica

El Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe remite a Supersalud copia de cinco historias clínicas en las que aparece firmando el doctor J. C., Reg. xxxxxxxx como ortopedista y traumatólogo (folios 44-48).

Son las de:

D. L. - atención ambulatoria, fecha: Octubre 16 / 2019

R. S. L. - atención ambulatoria, fecha: Noviembre 27 / 2019

L. A. M. A. – atención ambulatoria fecha: Diciembre 10 / 2019

J. J. P. D. – atención ambulatoria, fecha: Enero 1 / 2020

J. H. L. V. – atención ambulatoria fecha: Febrero 6 / 2020

## Auto de apertura de investigación

El 2 de junio de 2021, se dispuso abrir investigación ético-disciplinaria contra el médico J. A. C. A., por hechos denunciados por el “señor J. F. G. V.” y ocurridos en el Hospital Tomás Uribe Uribe de la ciudad de Tuluá.

En dicho proveído se ordena:

- Téngase como prueba sumaria la documentación anexada a la queja.
- Solicítese al Hospital Tomás Uribe Uribe informe a este Despacho si el médico C. A. se encuentra vinculado a la institución, en caso positivo, qué clase de vinculación tiene, fechas de la misma, cargo y funciones realizadas en la entidad hospitalaria.
- Notifíquese la apertura de la Investigación al médico investigado y solicítese copia de sus títulos profesionales y datos de contacto.
- Comuníquese la apertura de la investigación al señor J. F. G. V., quien posteriormente será citado a diligencia de ratificación de queja y a la Secretaría Departamental de Salud del Valle a quien además se le solicitará que en el marco de su competencia verifique, acorde a la denuncia presentada, qué profesional se encuentra a cargo del servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe.

## Suspensión de términos

Cabe anotar que en el estallido social que se produjo en Cali dentro del marco del paro cívico del 28 de abril de 2021, con varios meses de duración, el TEMV fue objeto del hurto de sus equipos de cómputo y se decretó una suspensión de términos del 15 de julio al 16 de agosto de 2021.

El 30 de septiembre de 2021 mediante oficio No. 440-21 se solicitó al director médico del Hospital Tomás Uribe Uribe informara a este Despacho si el médico J. A. C. A. se encuentra vinculado a la institución, en caso positivo, qué clase de vinculación tiene, fechas de la misma, cargo y funciones realizadas en la entidad hospitalaria. El 8 de octubre siguiente se recibió respuesta del Jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno, doctor J. R. P. en la que

sorpresivamente manifiesta a este despacho que hay una indagación preliminar en curso por denuncia realizada contra el doctor C. A. y que las actuaciones disciplinarias están sometidas a reserva conforme a la Ley 734 de 2022, a pesar que en ningún momento se solicitó copia de ninguna actuación adelantada por dicha oficina.

Se envió entonces el oficio No. 200 del 4 de marzo de 2022 dirigido al gerente del Hospital Tomás Uribe Uribe, en el cual además de advertir que ninguna solicitud se hizo respecto a las actuaciones disciplinarias adelantadas por la oficina de control disciplinario de esa entidad; se solicitó y se reiteró en este segundo oficio que se informe a esta autoridad disciplinaria, el tipo de vinculación que tiene el doctor C. A. con el hospital, informar desde que fecha se encuentra vinculado y las funciones que éste realiza, aportando el documento donde esto conste. Adicionalmente, se les solicitó aportar con destino a esta investigación:

- Título profesional de médico general del doctor J. A. C. A.
- Título profesional de especialista del doctor J. A. C. A.
- Programación de turnos en servicios de consulta externa, hospitalización, cirugía, servicio de ortopedia y traumatología, y urgencias de los últimos 6 meses donde conste la participación del doctor J. A. C. A.
- Inscripción o registro de la Secretaría de Salud Deptal. del Valle y/o del Colegio Médico colombiano.
- Cinco (5) historias clínicas de pacientes en las que haya brindado atención médica el doctor J. A. C. A.

A esta nueva solicitud se recibió respuesta suscrita por el doctor F. J. T. Z. gerente del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe argumentando, curiosamente, que conforme el artículo 21 de la Ley 1437 de 2011 no era el competente para responder la solicitud la cual remitió por competencia a la asociación sindical Asosindisalud, entidad que en su respuesta además de aportar los títulos profesionales del investigado indica: “el doctor J. A. A. por ser coordinador de cirugía No brinda atención médica y no está en cuadro de turno en consulta externa, hospitalización, cirugía, servicio de ortopedia y traumatología y urgencias”

## Ratificación de queja

El 11 de marzo de 2022 (Folio 123), el abogado de descongestión del TEMV dirige correo electrónico al “señor J. F. G. V.” para solicitar informara su disposición para llevar a cabo la ratificación de su queja, ofreciéndole 4 fechas y horarios disponibles. A dicha solicitud se recibió respuesta el 15 de marzo siguiente, donde manifiestan al despacho, por primera vez, que se trata de una denuncia anónima y que se realizó de esta forma por temor a que sus vidas corran peligro.

## **Inspección, vigilancia y control de la Sría. Deptal. de Salud**

El día 25 de mayo de 2022, por solicitud de esta Corporación, la Secretaría Departamental de Salud realizó visita de inspección al servicio de ortopedia y traumatología de la E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá ESE Empresa Social Del Estado, en la cual se evidenció que, para la fecha de la visita, el mencionado prestador cumplía con el estándar de talento humano para el servicio de ortopedia y traumatología, de acuerdo con lo registrado en el acta 20220525-0701. Igualmente se reporta que, para la fecha de dicha visita, el Dr. J. A. C. ya no laboraba en dicha institución.

Por su parte, el Ministerio de Educación Nacional a nuestra solicitud remitió copia de las siguientes Resoluciones:

- No. 21311 de 15 de noviembre de 2016 que negó la convalidación del título de ortopedia y traumatología aportado por el doctor C. A.
- No. 14547 de 26 de julio de 2017 que resolvió recurso de reposición confirmando la resolución anterior.
- No. 29975 de 29 de diciembre de 2017 que resolvió recurso de apelación confirmando en todas sus partes las Resoluciones Nos. 21311 de 2016 y 14547 de 2017.
- No. 23918 del 13 de diciembre de 2021 por la cual se niega la revocatoria directa de la Resolución No. 29975 de 2017.

El médico J. A. C. A., luego de múltiples requerimientos enviados a diferentes direcciones, aportó por correo electrónico, con destino a esta investigación copia de sus títulos profesionales y un escrito.

## **Primer informe del Magistrado Instructor**

En informe presentado en Sala Plena el 7 de septiembre de 2022, el doctor W. L. M., solicita a los restantes Magistrados formular cargos contra el profesional de la medicina investigado. Informe aprobado en su integridad en Acta No. 1860.

### **Formulación de cargos**

En Auto Interlocutorio No. 236 de 26 de octubre de 2022, la Sala Plena analizando las pruebas recaudadas al plenario y conforme a concepto del Instructor, determina formular cargos contra el investigado en la siguiente forma:

ARTÍCULO 1.-. La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica:

1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y

el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad ni de orden económico-social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

El Dr. C. A. al parecer no tuvo en cuenta que todo acto médico tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes y que éstas no pueden ser desconocidas por el profesional de la medicina.

4. La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en el compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional."

En esta importante relación médico-paciente, las personas que fueron atendidas por el doctor C. consideraban estar siendo valorados por un especialista en ortopedia y traumatología con sus títulos en regla para ejercer legamente en este país, lo que se corroboraba con la historia clínica electrónica del Hospital Tomás Uribe Uribe por lo que faltó a la responsabilidad y a la lealtad que exige esta relación.

ARTÍCULO 7. Cuando no se trate de casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios, en razón de los siguientes motivos:

a) Que el caso no corresponda a su especialidad; (...)"

Conc. "Artículo 4 del Decreto 3380 de 1981. Con excepción de los casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios por las siguientes causas:

a) Si se comprueba que el caso no corresponde a su especialidad previo examen general. (...)

Revisadas las historias clínicas que obran en el plenario, no se trataba de casos de urgencia sino de consultas ambulatorias de cinco pacientes que acudían en procura de ser valorados por un profesional médico con la especialidad de ortopedia y traumatología y por tanto el doctor C. A., conocedor como era que su especialización no había sido homologada por el Ministerio de Educación, debió excusarse de atender a estos pacientes, con el agravante que la institución Hospital Tomás Uribe Uribe cuenta con servicio de ortopedia y con profesionales, eso esperamos, que cumplan con los requisitos de habilitación del talento humano en salud.

ARTÍCULO 46. Para ejercer la profesión de médico se requiere:

- a) Refrendar el título respectivo ante el Ministerio de Educación Nacional.
- b) Registrar el título ante el Ministerio de Salud.
- c) Cumplir con los demás requisitos que para los efectos señalen a las disposiciones legales.

Se encuentra acreditado en el plenario que el doctor C. A. solicitó la convalidación de su título en ortopedia y traumatología al Ministerio de Educación Nacional y se produjeron los siguientes actos administrativos, que fueron remitidos con destino a la investigación que demuestran no solo la negativa a la convalidación del título de ortopedia y traumatología otorgado por el Instituto de Pos-graduação Médica C. Ch. al doctor J. C., sino también los recursos de reposición y apelación y la acción de revocatoria directa incoados por el galeno, los cuales confirmaron en todas sus partes la negativa a convalidar dicho título por parte de Min. Educación.

“ARTÍCULO 48. El médico egresado de universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión en nuestro país, revalidará el título de conformidad con la Ley”

Conc. “Artículo 18. Ley 1164 de 2007. Requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud. Las profesiones y ocupaciones del área de la salud se entienden reguladas a partir de la presente ley, por tanto, el ejercicio de las mismas requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas: (...)
- c) Convalidación en el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero de acuerdo a las normas vigentes. Cuando existan convenios o tratados internacionales sobre reciprocidad de estudios la convalidación se acogerá a lo estipulado en estos. (...)

Artículo 22. Ley 1164 de 2007. Del ejercicio ilegal de las profesiones y ocupaciones del área de la salud. Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizada sin los requisitos establecidos en la presente ley.

De la misma manera, el Dr. C. al no tener registrado su título de ortopedia y traumatología obtenido en el exterior, desconoce el artículo 48 de la Ley 23 de 1981 y los artículos 18 y 22 de la Ley de talento humano en salud, lo que derivaría en el ejercicio ilegal de la especialidad médica de ortopedia y traumatología.

En conclusión, en este caso se observa que el Dr. J. C. intenta sobreponer sus intereses personales a los deberes

que debe observar delante de los pacientes, las instituciones y la sociedad en general. Lo que en sí constituye una práctica de intrusismo médico, puesto que todo acto médico debe estar respaldado por el ejercicio legítimo de un derecho y el cumplimiento de un deber por parte del profesional médico debidamente graduado y habilitado por la legislación nacional.

El doctor C. A. no cumple con ninguno de estos requisitos exigidos por la Ley y no acreditó educación formal convalidada conforme a la ley que lo habilite para ejercer la especialidad de ortopedia y traumatología, por lo cual la Sala Plena considera que se ha trasgredido la Lex Artis por lo que procede a formular cargos.

Se fijó como fecha de descargos el día 16 de noviembre de 2022 pero por solicitud del abogado P. J. V. P., apoderado del doctor C., la diligencia de descargos se realizó el 7 de diciembre de 2022.

## Diligencia de descargos

El día 7 de diciembre del 2022 se hizo presente de manera virtual ante este Tribunal, el Dr. J. A. C. A., quien estuvo acompañado de su apoderado jurídico, el Dr. V. P.

El Dr. C dejó la narrativa de sus descargos, en poder del Dr. V., quien comenzó diciendo que a su apoderado no se le dio la posibilidad de asistir a una versión libre para que pudiera expresarse con relación a los hechos, previo a la formulación de cargos, para haber ejercido su derecho a réplica y contradicción. Afirmó que este tipo de diligencia es importante para la defensa de derechos fundamentales como son el debido proceso, el ejercicio libre de la profesión y el derecho al trabajo.

El apoderado jurídico del Dr. C. afirma no haber presentado previamente pruebas ante este Tribunal, por esperar a que su defendido hubiera sido llamado para ser escuchado en versión libre. A continuación, aseguró que aunque el CONACES dio vía libre a la convalidación del título del Dr. C., el Ministerio, por alguna extraña razón que hasta hoy se desconoce, negó dicha convalidación. Dice que el médico en mención aportó más documentación que la normalmente requerida para la convalidación, debidamente traducida de acuerdo al Artículo 251 de la Ley 1564 de 2012. Dijo que este proceso que debía durar 4 meses demoró casi tres años, culminando con la negativa de convalidación.

Afirmó el Dr. V. que, por causa de un anónimo enviado a varias entidades; incluido este Tribunal, se puso en tela de juicio el ejercicio profesional y la ética del Dr. C., a quien considera víctima de maltrato por parte del Ministerio de Educación; por quien interpuso la queja y también por parte de este Tribunal. Agrega que una queja producto de un

anónimo, cuyo autor según dice, se tiene plenamente identificado como E. S. D. –y contra quien ya se ha interpuesto demanda ante la Fiscalía General de la Nación–, podría ser espuria si esta persona no es escuchada en este Tribunal y contrainterrogada por él (Dr. V.), para conocer los móviles de la demanda y para que diga en qué momento el investigado ha puesto en riesgo la vida de los pacientes.

Refiere la defensa que sobre el pliego de cargos no mencionará los numerales 1 y 4 del Artículo 1 de la Ley 23 de 1981 porque son parte de una misma norma; ni el Artículo 4 del Decreto reglamentario 3380 de 1981, porque al ser reglamentario de la Ley 23 de 1981, la convierte en una misma norma; ni a los Artículos 18 y 22 de la Ley 1164 del 2007 porque estos se encuentran inmersos en las conductas planteadas por la Ley 23 de 1981. Que, si el Tribunal decide entrar a estudiar los artículos que se están descartando, incurriría en violación al principio de non bis in ídem, lo que según él, podría ser causal de nulidad.

No obstante lo anterior, comienza la defensa haciendo alusión justamente a los numerales 1 y 4 del Artículo 1 de la Ley 23 de 1981. Diciendo que no existe una sola prueba de que el Dr. C. A. haya desconocido estos principios. Afirma incluso que las historias clínicas aportadas por él, dan cuenta del buen ejercicio médico del disciplinado. Que estas historias están mejor elaboradas que otras de otros médicos, las cuales si generan preocupación. Que en ellas están plasmados el buen trato y los conocimientos como ortopedista del Dr. C., lo cual es desconocido por el despacho. También refiere la defensa, que prueba de lo dicho, es que no hay ninguna solicitud de reparación directa en contra del Dr. C., ni en contra de la ESE Tomás Uribe Uribe, por la labor de este como médico ortopedista. Que al contrario, la acción del Dr. C. hizo que el servicio de ortopedia de este hospital fuera reconocido a nivel regional. Finaliza esta parte la defensa diciendo que a este respecto no hay pruebas en contra del Dr. C. y que, si hay dudas, estas deben ser resueltas a su favor.

Sobre el Artículo 7 de la Ley 23 de 1981, que contiene el Artículo 4 del Decreto reglamentario 3380 de 1981, dice la defensa que resulta extraña la interpretación que de éstos hace este Tribunal, ya que de una conducta permisiva como es la posibilidad de que el médico se pueda excusar de la prestación de un servicio, deduce una prohibición. Argumenta la defensa que la norma dice “el médico puede excusarse y no que debe excusarse”; o sea que se trata de una conducta discrecional del médico, por lo cual no se puede imponer una sanción por ello y se apoya en decir que, aunque el Ministerio caprichosamente no lo quiera reconocer, ocasionando con ello un gran perjuicio al Dr. C., este sí es especialista en ortopedia y Traumatología por lo tanto no puede imponer una sanción de tipo profesional que a su vez resulta totalmente injusta.

De los cargos por violación de los Artículos 46 y 48 de la Ley 23 de 1981 que incluyen los artículos 18 y 22 de la Ley 1164 de 2007; dice la defensa que la norma es clara en sancionar la no convalidación del título de médico, pero que en ningún momento habla de títulos de especialistas, por lo que considera que no se puede sancionar al Dr. C. por ejercicio ilegal de la especialidad ya que según él no existe norma que reglamente las especialidades médicas en Colombia. Agrega que las únicas especialidades reglamentadas son la anestesiología con la Ley 6 de 1991 y la radiología con la Ley 657 de 2001.

La defensa argumenta que prueba de que el Dr. C. sí es especialista en ortopedia está el hecho de tener reconocimiento estatal al ser portador de una visa como estudiante, por lo cual trasladó su residencia a Río de Janeiro; que posee notas meritorias y que representó a su institución educativa en un congreso en Colombia. Afirma que una vez terminados sus estudios, el Dr. C. regresó a Colombia e intentó convalidar sus estudios, con resultado negativo.

Alega también la defensa que, dado que la decisión definitiva en contra del Dr. J. C. se emitió en el 2018, éste habría podido ejercer la ortopedia hasta el año 2021, pero que solo lo hizo hasta el año 2020 cuando fue contratado como coordinador de salas de cirugía y no volvió a ejercer como especialista. Esto lo dice basado en el enunciado del Art. 18 de la Ley 1164 del 2007, que en su parágrafo 2º dice: “Quienes a la vigencia de la presente ley se encuentren ejerciendo competencias propias de especialidades, subespecialidades y ocupaciones del área de la salud sin el título o certificado correspondiente, contarán por una sola vez con un período de tres años para acreditar la norma de competencia académica correspondiente expedida por una institución legalmente reconocida por el Estado”.

La defensa solicita la práctica de pruebas documentales, testimonios y hace alusión a actos ilegítimos que el Dr. C. ha debido soportar en su contra.

El Dr. C. tomó la palabra y mencionó la existencia de amenazas en contra de él y de su familia. Llegó incluso a afirmar que este Tribunal es solidario en todo lo que le está pasando, llevándolo a alejarse de la medicina, de sus amigos y de Cali en donde pensaba realizar cosas buenas (sic). Dice sentirse satisfecho porque a pesar de todo sigue siendo consultor internacional y que todo su conocimiento y su experticia no se la podrán quitar.

En su intervención, el Dr. C. mostró documentos que exponen la favorabilidad dada inicialmente a su proceso por parte del CONACES y dice estar convalidado pero que hay una especie de complot en su contra para que su convalidación no se haga efectiva. Dice como su caso existen otros

tres mil en Colombia y que este Tribunal en lugar de verlos como competencia, debería estar ayudándolos.

Finaliza el Dr. C. diciendo que con o sin el concurso de este Tribunal, él va a recuperar su dignidad.

## Segundo informe del Magistrado Instructor

Presentado en Sala Plena el 8 de febrero de 2023. En el mismo solicita que no se decreten las pruebas solicitadas por el investigado y su abogado en diligencia de descargos. Informe aprobado por unanimidad en Sala Plena.

### Auto negando las pruebas solicitadas

Mediante Auto Interlocutorio No. 16 de 15 de febrero de 2023, se negaron las pruebas solicitadas en el escrito de descargos, se dio traslado de diez días hábiles para presentar alegatos de conclusión conforme al artículo 48 de la Ley 1437 de 2011 y se comunicó la decisión al médico investigado y a su apoderado, advirtiéndole que contra la misma no procedían recursos acorde al artículo 40 ibidem.

Pese a lo advertido por el despacho, contra dicho auto tozudamente el abogado V. interpuso recurso de reposición y subsidiario de apelación y solicitó la suspensión del término para alegar de conclusión.

Por Auto Interlocutorio No. 19 del 8 de marzo de 2023 se rechazaron por improcedentes los recursos indebidamente interpuestos y se indicó al recurrente que se negaba además la suspensión de términos solicitada indicando que dicho término transcurrió desde el 21 de febrero hasta el 6 de marzo de 2023.

De manera obstinada el abogado P. J. V. interpuso recurso de queja ante el Tribunal Nacional de Ética Médica, solicitando que se declare mal denegado el recurso de apelación y “aclarar a nivel nacional la presente situación pues reitero, se vienen vulnerando los derechos fundamentales de los médicos en algunos Tribunales Seccionales del país”. La respuesta de nuestra superioridad mediante Providencia No. 42 del 22 de marzo de 2023, fue la de ratificación de las determinaciones tomadas por este despacho y en consecuencia negar el recurso de queja interpuesto.

Pese a la clara advertencia al togado por parte de este Tribunal Seccional en Auto No. 19 del 8 de marzo de 2023 ante su solicitud de suspender el término para alegar de conclusión, que éste ya había transcurrido; el 14 de abril de 2023, el abogado V. de manera extemporánea adjuntó escrito al que tituló alegatos de conclusión.

## Tercer informe del magistrado instructor

Presentado en Sala Plena el 19 de abril de 2023, en el mismo solicita que no se acepten los descargos presentados por el médico investigado en asocio con su apoderado judicial, e imponer en consecuencia sanción disciplinaria por violación al Código de Ética Médica.

### Consideraciones

El proceso Ético-Disciplinario puede ser instaurado por el paciente, sus familiares, por una entidad pública o privada, mediante denuncia anónima, así como el Tribunal abrir una investigación de oficio, como claramente lo enuncia el artículo 74 de la Ley 23 de 1981.

Al examinarse la denuncia y si ésta es aceptada, el Presidente del Tribunal Seccional correspondiente designa a uno de los Magistrados para que lleve a cabo la investigación, el cual decretará y practicará las pruebas conducentes y procedentes para el esclarecimiento de los hechos. Entre los medios probatorios usuales se encuentran la ratificación de la denuncia, las declaraciones de los testigos, la solicitud de Historias Clínicas, la constancia de registros profesionales, y en oportunidades la declaración del Médico denunciado y los dictámenes de peritos.

Una vez se ha llevado a cabo la investigación, el Magistrado Instructor presenta ante los demás miembros del Tribunal un informe de conclusiones donde analiza el caso correspondiente y posteriormente el Tribunal en pleno se ocupa de su conocimiento.

Estudiado y analizado el informe de conclusiones, el Tribunal mediante una providencia puede aceptar o rechazar total o parcialmente, los conceptos del Magistrado, declarando si existen o no méritos para formular cargos por violación de la Ética Médica señalando en caso afirmativo los actos imputados, o sea, los cargos y las normas infringidas.

Posteriormente se lleva a cabo la diligencia de descargos donde el Médico acusado presenta su defensa a los cargos, y finalmente se hace el pronunciamiento de fondo que sería la sentencia que declara si se aceptan o no los descargos por las presuntas vulneraciones a la Ley 23 de 1981 citadas en el pliego de cargos, y en este último caso se le impondrá una de las sanciones disciplinarias contempladas por el Código de Ética Médica.

Se consagra el derecho del profesional acusado de solicitar la práctica de pruebas, así como la facultad de asesorarse de abogado titulado para su defensa.

Descendiendo al caso de autos, y presentados los descargos por su apoderado, Dr. P.V. y escuchado enseguida el Dr. J. A. C. A. por los Magistrados; la Sala Plena se ratifica en cada

uno de los cargos imputados en el Auto Interlocutorio No. 236-2022 y que fueron motivo de la diligencia de descargos.

El principio constitucional “non bis in ídem” se encuentra estipulado en el inciso 4º del artículo 29 de la Constitución política de Colombia. En él se establece que “quien sea sindicado tiene derecho (...) a no ser juzgado dos veces por el mismo hecho”. En varias ocasiones, la Corte Constitucional ha establecido que los fundamentos de existencia del principio non bis in ídem son la seguridad jurídica y la justicia material. En la sentencia T-537 de 2002, la Corte sostuvo que:

Este principio implica que el Estado se halla legitimado para imponer, luego de los procedimientos legales respectivos, sanciones penales o disciplinarias cuando demuestre la ocurrencia de delitos o de faltas y concurra prueba que acredite la responsabilidad de quienes en ellos intervinieron pero que una vez tomada una decisión definitiva sobre el hecho constitutivo del delito o de la falta y sobre la responsabilidad o inocencia del implicado, no puede retomar nuevamente ese hecho para someterlo a una nueva valoración y decisión.

En virtud de ese principio, cualquier persona cuenta con la seguridad de que las decisiones definitivas que se han proferido en los procesos tramitados en su contra, con miras a establecer su responsabilidad penal o disciplinaria, realizan la justicia en cada caso particular e impiden que los mismos hechos puedan ser objeto de posteriores debates. Por ello se dice que el principio non bis in ídem es una manifestación de la seguridad jurídica y una afirmación de la justicia material.

Acorde a lo que tan diáfananamente explica la Corte Constitucional acerca del principio del *non bis in ídem*, es indudable que existe una errónea interpretación del mismo por parte del togado cuando afirma que no mencionará los numerales 1 y 4 del Artículo 1 de la Ley 23 de 1981 porque son parte de una misma norma; ni el Artículo 4 del Decreto reglamentario 3380 de 1981, porque al ser reglamentario de la Ley 23 de 1981, la convierte en una misma norma; ni los Artículos 18 y 22 de la Ley 1164 del 2007 porque éstos se encuentran inmersos en las conductas planteadas por la Ley 23 de 1981; y que, si el Tribunal decide entrar a estudiar los artículos que se están descartando, incurriría en violación al principio de non bis in ídem, lo que en su criterio, podría ser causal de nulidad.

Como argumentación contra los cargos imputados por violación del Artículo 1 numerales 1 y 4 de la Ley 23 de 1981, la defensa plantea la excelente calidad de las historias clínicas elaboradas por el Dr. C. y las compara con las realizadas por otros médicos. Cabe aquí decir que, al Dr. C. no se le investiga por faltas en el cumplimiento de los requisitos para elaborar una historia clínica. Sin embargo, lo que en

este caso particular se está juzgando, es el componente humanista del ejercicio profesional.

El Dr. J. C. al desconocer la determinación de no convalidación de su título como especialista, por parte del Ministerio de Educación Nacional, sí intentó sobreponer sus intereses personales a los deberes que debe observar delante de los pacientes. Este acto, independientemente de qué tanto conocimiento científico o técnico se tenga, constituye en sí una práctica de intrusismo médico. Es cierto que todo acto médico está respaldado por el ejercicio legítimo de un derecho como es el del trabajo. Pero también es cierto que éste debe estar complementado por el cumplimiento de un deber por parte del profesional médico, como es el estar debidamente graduado y habilitado por la legislación nacional para ejercer en el ámbito de una especialidad.

Al analizar las razones del Ministerio de Educación para negar la convalidación del Dr. C., se observa que esta se basa en la ausencia de un registro calificado de la institución educativa y del programa cursado, ante el Ministerio de Educación y Cultura y ante la Comisión Nacional de Residencia Médica en el país de origen del título presentado. Ante la argumentación sobre los conocimientos médicos del Dr. C., resulta razonable creer que quizás no hubo vulneración de la integridad de los pacientes pero tampoco hubo un compromiso responsable, leal y auténtico del galeno hacia los pacientes, quienes desconocían la falta de convalidación de su título de especialista, por ello, no se pueden aceptar los descargos con los cuales se intenta validar el ejercicio de una especialidad médica sin la debida convalidación del título de especialista.

Sobre el Artículo 7 de la Ley 23 de 1981, que contiene el Artículo 4 del Decreto reglamentario 3380 de 1981, dice la defensa que resulta extraña la interpretación que de estos hace este Tribunal, ya que de una conducta permisiva como es la posibilidad de que el médico se pueda excusar de la prestación de un servicio, deduce una prohibición.

Desde luego, aquí se habla justamente de la posibilidad que tenía el disciplinado de excusarse de llevar a cabo procedimientos para los cuales si bien se siente capacitado, no está habilitado para ejercer. El haber realizado el acto médico habiendo tenido la facultad de negarse; ante la carencia de una habilitación y sin encontrarse inmerso en situaciones de excepción, sí es violatorio del Artículo 7 de la Ley 23 de 1981. Por lo tanto no se aceptan los descargos.

Sobre los cargos por violación de los Artículos 46 y 48 de la Ley 23 de 1981 que incluyen los artículos 18 y 22 de la Ley 1164 de 2007; dice la defensa que la norma es clara en sancionar la no convalidación del título de médico, pero que en ningún momento habla de títulos de especialistas, por lo que considera que no se puede sancionar al Dr. C.

por ejercicio ilegal de la especialidad ya que según él no existe norma que reglamente las especialidades médicas en Colombia. Agrega que las únicas especialidades reglamentadas son la anestesiología con la Ley 6 de 1991 y la radiología con la Ley 657 de 2001.

Ante esto podemos decir que, es cierto que la anestesiología y la radiología son las únicas especialidades médicas que cuentan con leyes específicas de reglamentación en Colombia. Sin embargo, contrario a lo que argumenta la defensa, con la entrada en vigor de la Ley 1164 de 2007 se reglamentan todas las profesiones y ocupaciones del área de la salud y se exige:

- a) la acreditación de las condiciones académicas soportadas en un título otorgado por instituciones legalmente reconocidas.
- b) la convalidación de los títulos obtenidos en el exterior.
- c) la inscripción en el Registro Único Nacional.

Requisitos no cumplidos por el disciplinado, por tanto no se aceptan los descargos.

Alega también la defensa que, dado que la decisión definitiva en contra del Dr. J. C. se emitió en el 2018, este habría podido ejercer la ortopedia hasta el año 2021, pero que sólo lo hizo hasta el año 2020 cuando fue contratado como coordinador de salas de cirugía y no volvió a ejercer como especialista. Esto lo dice basado en el enunciado del Art. 18 de la Ley 1164 del 2007, que en su parágrafo 2° dice:

Quienes a la vigencia de la presente ley se encuentren ejerciendo competencias propias de especialidades, subespecialidades y ocupaciones del área de la salud sin el título o certificado correspondiente, contarán por una sola vez con un período de tres años para acreditar la norma de competencia académica correspondiente expedida por una institución legalmente reconocida por el Estado.

Este argumento de la defensa del Dr. C., malinterpreta el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, pues quienes a la vigencia de esta ley estaban ejerciendo actividades propias de una especialidad, o subespecialidad sin el debido título (aquí se reconoció la necesidad de un título), tuvieron a partir de ese momento y por única vez un periodo de tres años (o sea, hasta el año 2010), para acreditar la norma académica correspondiente. Por lo tanto, no se trató de una permisividad de tracto continuo perdurable en el tiempo, sino de una facilidad de regularización, con plazo perentorio. Por esta razón, no se aceptan los descargos planteados.

El Dr. C. mencionó la existencia de amenazas en contra de él y de su familia. Llegó incluso a afirmar que este Tribunal es solidario en todo lo que le está pasando. De otra parte

dice sentirse satisfecho porque a pesar de todo, sigue siendo consultor internacional y que todo su conocimiento y su experticia no se la podrán quitar.

En su intervención, el Dr. C. mostró documentos que muestran la favorabilidad dada inicialmente a su proceso por parte del CONACES y dice estar convalidado pero que hay una especie de complot en su contra para que su convalidación no se haga efectiva. Dice como su caso existen otros tres mil en Colombia y que este Tribunal en lugar de verlos como competencia, debería estar ayudándolos.

Naturalmente las amenazas en contra del Dr. C. son un hecho preocupante que merece el repudio por parte de toda la sociedad. Sin embargo, es menester aclarar que este Tribunal no es el ente idóneo para conocer y tramitar el desarrollo de esta lamentable situación. De otra parte, resulta desafortunada y carente de sentido la afirmación del Dr. C. al decir que este Tribunal es solidario con su situación y en tono desafiante pide que todos los presentes abran sus cámaras (de hecho estaban todas abiertas). Esto denota su desconocimiento de lo que significa la labor de los Tribunales de Ética Médica.

Este Tribunal como órgano que conoce de las quejas en contra de los profesionales de la medicina por ocasión de la ejecución de actos médicos, reconoce las bondades del ser humano, pero no puede desconocer los criterios de la ley y en este momento el Dr. C. no cumple dichos criterios. El Ministerio de Educación ha planteado de manera reiterativa que ni la institución educativa donde estudió el Dr. C., ni el programa formativo por él realizado contaban al momento del análisis de títulos, con el aval de la autoridad competente en el país en donde se llevaron a cabo los estudios.

En el presente proceso se considera que hay notable y documentada falta a la ética médica, ya que el actuar profesional del Dr. C. A. se caracterizó por la desobediencia a las determinaciones administrativas tomadas en su contra. El Ministerio de Educación Nacional decidió no convalidar su título como ortopedista por considerar que no cumplía con la normatividad vigente.

Corolario de lo anterior, en criterio de esta Sala Plena, ni en el escrito de descargos, ni en las preguntas absueltas en su respectiva diligencia por parte del doctor J. A. C. A. se encuentran elementos que le den un rumbo diferente a los cargos imputados, por el contrario, es necesario imponer sanción disciplinaria acorde al artículo 83 de la Ley 23 de 1981.

## **Sanción disciplinaria**

La Sala Plena estima que el doctor J. A. C. A. es merecedor a sanción consistente en SUSPENSIÓN EN EL EJERCICIO DE

LA MEDICINA POR TRES (3) MESES, acorde al artículo 83 literal c. de la Ley 23 de 1981 en concordancia con el artículo 53 del Decreto 3380 de 1981.

Esta sanción se impone atendiendo los antecedentes personales y profesionales del infractor, y las circunstancias atenuantes y agravantes de la falta, de conformidad con el artículo 54 del Decreto 3380 ibídem, por cuanto se afirma que el Dr. C. A. no volvió a ejercer la especialidad médica de ortopedia y traumatología después del año 2020, no registra a la fecha antecedentes ético disciplinarios, pero los hechos denunciados son de gravedad y desdican, acorde a las normas vulneradas, de un correcto y ético ejercicio profesional.

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 en sesión de Sala Plena por el doctor J. A. C. A. en asocio de su apoderado judicial, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO.-** Imponer sanción disciplinaria de SUSPENSIÓN EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR EL TÉRMINO DE TRES (3) MESES al médico general, doctor J. A. C. A., identificado con la cédula de ciudadanía No. xxxxxxxx de yyyyyy, tarjeta profesional zzzzz de la Secretaría de Salud Departamental del Valle, por violación a los artículos 1.1, 1.4, 7, 46 y 48 de la Ley 23 de 1981, en concordancia con el artículos 4 del Decreto 3380 de 1981 y los artículos 18 y 22 de la Ley 1164 de 2007, acorde a lo detallado en la parte motiva de esta providencia.

**TERCERO.-** Notifíquese personalmente la decisión al médico investigado y a su abogado, contra la cual proceden los recursos de reposición y apelación dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

**CUARTO.-** En firme, comuníquese la decisión, haciendo transcripción de la parte resolutive, al Tribunal Nacional y Seccionales de Ética Médica, al Ministerio de Salud, a la Federación Médica Colombiana, al Colegio Médico del Valle del Cauca, a la Supersalud y a la Secretaría Departamental de Salud del Valle.

**QUINTO.-** Cumplido lo anterior, dispóngase el archivo del proceso.

### **Notifíquese y cúmplase**

FIRMADO: Dr. Héctor Mario Rengifo, Magistrado – Presidente; Dr. Otoniel Franco Ágredo, Magistrado; Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo, Magistrado; Dr. Fernando Manuel Mejía López, Magistrado; Dr. William Libardo Murillo Moreno, Magistrado Instructor; Dr. Augusto Cuéllar Rodríguez, Abogado Asesor; Dra. Diana Julieta Olivo Ospina, Abogada Secretaria.



# Sanción disciplinaria por expedición irregular de certificado médico

## Resolución No. 059-2023

### Proceso Disciplinario No. 2793-19. Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca

Santiago de Cali, a los veintiún (21) días del mes de Junio de dos mil veintitrés (2023)  
Aprobado en sesión de Sala Plena de 10 de mayo de 2023, Acta N°. 1891

#### Objeto del pronunciamiento

Se procede a resolver si existe mérito probatorio para sancionar disciplinariamente por los cargos formulados contra el Dr. D. A. H. A., por hechos relacionados con la expedición de certificado de incapacidad médica a favor de la señora C. V. M. L..

#### Consideraciones

##### 1. Antecedentes de la investigación

###### 1.1. La queja

El 21 de enero de 2020 se recibe en el Tribunal Seccional escrito de queja de la abogada señora M. E. M. L. en contra del Dr. D. A. H. A., por hechos que considera faltas a la ética profesional.

Refiere que como abogada presentó querrela contra la Sra. C. V. M. L. ante la Inspección Urbana de Policía Categoría Especial, Comuna 2 de Santiago de Cali, pero que como no asistió a la primera audiencia, se fija nueva fecha para el 6 de noviembre de 2019, a la que la Sra. C. V. tampoco asistió, presentando excusa en la que alega como prueba incapacidad médica proferida por el médico D. A. H. A. Esta incapacidad es por treinta (30) días, tiene fecha de 04/11/2019 y está en papelería de la Clínica de Occidente de Cali, bajo el diagnóstico de contusión lumbosacra, recomendando reposo total y acudir a urgencias en caso de dolor (folio 006). Tanto ella como la Inspectora Urbana de Policía decidieron investigar la veracidad de dicha incapacidad, ante la Clínica de Occidente, y el 25/11/2019 recibió un escrito firmado por la doctora E. M. T. M., en calidad de representante judicial de la clínica, quien respondió que para la época de los hechos el doctor H. A. no laboraba en dicha institución y que, además, no hay constancia de atención a la señora C. V. M., por lo tanto, no hay una historia clínica.

###### 1.2. Apertura de investigación disciplinaria y trámite

El 19 de febrero 2020 el Magistrado Instructor dispuso abrir formal investigación disciplinaria contra el Dr. D. A. H. A., y decretó la práctica de pruebas, ordenando entre otras que fuera escuchada en diligencia de ratificación de queja la abogada M. E. M. L.

El disciplinado fue enterado de la apertura de investigación y solicitó copias de la queja instaurada, aportando datos de localización y correo electrónico (Fl. 025).

El 30 de marzo de 2020 la Clínica de Occidente responde a lo solicitado sobre historia clínica de la paciente y vinculación del Dr. D. A. H. A. con la entidad de servicios de salud (Fl. 027 a 039), en donde se informa que historia clínica de la paciente C. V. M. L. del mes de noviembre del año 2019 no existe, sino de agosto de 1994, de otra parte, que el Dr. H. A. asistió como ayudante quirúrgico del Dr. E. D. hace más de 2 años y nunca ha estado vinculado a la Clínica de Occidente de manera directa o por prestación de servicios.

El 4 de marzo de 2022 el Dr. D. A. H. A. envió copia de sus créditos profesionales. Es médico general de la Universidad San Martín (2018). El 10 del mismo mes y año solicitó copia del proceso y se accedió a este derecho (Marzo 16/2022).

El 4 de mayo de 2022 el señor abogado de descongestión remite correo electrónico a la quejosa para programar diligencia, la cual no se realizó el 13 de mayo por cuanto manifestó que no era su deseo declarar en este proceso, según constancia visible al folio 056.

Para el momento del informe de conclusiones (Arts. 75, 79 Ley 23/1981) no se había allegado por el disciplinado copia de la historia clínica de la paciente.

### 1.3. Formulación de cargos

Mediante auto interlocutorio N°. 186-2022 de 31 de agosto de 2022, la Sala consideró que presuntamente el Dr. D. A. H. A. violó los artículos 50, 51 y 52 de la Ley 23 de 1981, concordantes los dos primeros con los artículos 28 y 29 del Decreto 3380 de 1981, al expedir el certificado médico objeto de investigación disciplinaria, por lo que sería citado a diligencia de descargos, señalando como fecha el 28 de septiembre de 2022, hora 10:00 a. m.

## 2. Diligencia de descargos y pruebas aportadas y practicadas

El día 28 de septiembre de 2022 se escuchó en diligencia de descargos al Dr. D. A. H. A. quien se encontraba acompañado de su apoderado. Al ser preguntado sobre en qué consistió su atención a la Sra. C. V. M., respondió que el 4 de noviembre del 2019 fue llamado por la paciente, quien es amiga de su madre. La Sra. C. le dijo que había sufrido una caída y que no se podía mover. Dice haber llegado a la casa de la paciente y que luego de haberle realizado un examen clínico, la medicó. También dijo contar con una historia clínica de la paciente y aporta al expediente un pantallazo de esta historia. Con relación al comunicado de la representante legal de la Clínica de Occidente en el sentido de que él no había trabajado en esa institución, dijo que tenía en su poder contrato de prestación de servicios, correos electrónicos y pantallazos que mostraban vínculos anteriores con dicha entidad. Igualmente dijo ser el asistente del Dr. E. D. V. quien tiene una IPS llamada Fundación Centro Vascular de Occidente, la cual dice estar adscrita a la Clínica de Occidente. Agregó el disciplinado que el Dr. D. emitió un documento en el cual relaciona sus funciones como ayudante quirúrgico entre las que destaca la descripción de notas quirúrgicas, la elaboración de epicrisis, recomendaciones y generación de incapacidades médicas.

En la lectura de descargos se dijo que la historia clínica se hizo en unas hojas en blanco y como prueba de su existencia esta la tiene archivada en la nube en la fecha de ocurrencia de los hechos. También se afirmó que a solicitud de la paciente se dio incapacidad para justificar su posterior inasistencia al gimnasio debido a su lesión y de esta manera no tener que pagar la mensualidad. Dijo haber usado papelería de la clínica de Occidente pues es la que utiliza en la IPS donde labora.

El disciplinado menciona de su vínculo laboral con la IPS Fundación Centro Vascular y aduce que esta vinculación justifica el uso de la papelería de la clínica de Occidente. Detalla una serie de funciones que realiza como médico de dicha entidad y relata sobre una solicitud para vincularse nuevamente a la Clínica de Occidente como ayudante del Dr. D. V., con honorarios médicos a cargo de la Clínica de Occidente.

El Dr. H. A. solicitó que se escuche en testimonio al Dr. E. D., a la Dra. C. M. B., a la Sra. C. V. M. L. y a J. R. R. P. (entrenador personal). Estas pruebas, con excepción del testimonio de la implicada, la Sra. C. V. M., fueron negadas por improcedentes mediante auto interlocutorio N°. 239-2022 de 2 de noviembre de 2022. Se aclara que se aceptó como prueba aportada la historia clínica de la paciente.

### 2.1 Testimonio de C. V. M. L.

Esta diligencia se practicó el día 24 de febrero de 2023, a la que asistió el señor apoderado del disciplinado.

Preguntada sobre el motivo de la atención médica, refirió lo ya señalado de su caída desde su propia altura mientras realizaba entrenamiento físico personalizado. Relató haber llamado al Dr. H. quien la atendió aproximadamente dos horas después de ocurridos los hechos. Manifestó que el Dr. H. la medicó y le dijo que si había persistencia del dolor debía ir por urgencias a tomarse una radiografía. Agregó que por esos días le había pagado la mensualidad a su entrenador personal y como el Dr. H. le había sugerido no hacer deporte por los próximos 30 días, ella le solicitó que se lo dejara por escrito, para poder justificar la prórroga de la mensualidad para el mes siguiente.

Refiere la declarante que al día siguiente de su caída, recibió una citación de una casa de paz y ella no teniendo como comparecer mandó el "papelito" (la incapacidad) para que fuera tenido en cuenta como excusa para que le dieran una nueva fecha. Sin embargo, para su sorpresa el proceso continuó y ella fue sancionada y dijo haber pagado para que el problema que era de índole familiar terminara. Manifestó que ella había solicitado la incapacidad para justificarse ante el instructor y no con la finalidad de evadir una cuestión judicial.

Negó que se haya realizado alguna radiografía o recibir atención médica en la Clínica de Occidente. Aseguró que el Dr. H. no le cobró honorarios, y finalizó diciendo que él hizo una historia clínica pero como eso sucedió hace tanto tiempo, ella la perdió.

## 3. Alegatos

El señor apoderado del médico investigado, abogado L. C. R. V., dentro del término de ley, presentó escrito de alegatos que concluyó con solicitud de fallo absolutorio a los cargos formulados.

Argumentó el por qué tenía su poder el médico Dr. H. A. papelería de la Clínica de Occidente, en la cual se elaboró la incapacidad médica para la paciente que atendió en su casa, una amiga personal que lo llamó alrededor de las 11:30 de la mañana del 4 de noviembre de 2019, la señora V. M.

Sobre la historia clínica, sostiene que sí se elaboró y se hizo el mismo día de los hechos, y que fue almacenada

digitalmente en la cuenta personal de Google, en la que se evidencia fecha, hora y lugar, la cual presentó con ocasión de los cargos formulados, prueba que se dio por aceptada, cuando el Tribunal Seccional se pronunció sobre las pruebas aportadas y solicitadas por el señor defensor.

En defensa de su poderdante argumentó que el Dr. H. A. siempre actuó de buena fe, dentro de los límites de la Lex Artis, identificándose con el actuar real, honesto, probo, correcto, ausente de obras fraudulentas o de engaño, conforme lo ha reconocido la Corte Suprema de Justicia en varias sentencias en la rama civil.

El señor apoderado considera que al cumplir el Dr. H. A. con el deber de asistir a una persona lesionada y elaborar la respectiva historia clínica no transgredió el deber funcional como médico, no afectó los intereses patrimoniales de la Clínica de Occidente ni los de la quejosa, estimada que cuando esto se da en el derecho disciplinario se aplica la ley 734 de 2002, invocando para el caso que se trata de una conducta atípica.

#### 4. Análisis y conclusiones

La prueba recaudada con ocasión de los descargos permite a la Sala considerar que los hechos que se examinaron y permitieron la formulación de cargos contra el Dr. D. A. H. A. han sufrido variaciones sustanciales, por cuanto sí existió una historia clínica de la paciente, la señora C. V. M., que registran la atención dada y las condiciones de salud de la paciente, hecho relevante por cuanto el certificado de incapacidad médica expedido tiene real sustento al existir historia clínica.

El Tribunal Seccional estima que el cargo imputado como falta disciplinaria a la Ley 23 de 1981 consagrado en el artículo 50, concordante con el artículo 28 del Decreto 3380 de 1981, ha sido desestimado con la prueba documental allegada al proceso. Por tanto, no hay razones para imponer sanción al aceptar los descargos sobre este específico hecho.

De igual manera, la Sala considera que el cargo elevado como falta ética a la Ley 23 de 1981 y establecido en el artículo 52, que trata de la expedición de certificados cuando se compruebe su falsedad, no tiene ya ningún efecto de responsabilidad legal por cuanto el expedido por el Dr. H. A. está sustentado con la historia clínica elaborada, contiene fecha y hora ciertas, nombre identificación de la paciente, está motivado, y se conoce su autor que está plenamente identificado como médico. En conclusión, se aceptan los descargos expuestos sobre este punto y no habrá motivo para imponer sanción.

Lo anterior permite decir que el disciplinado en su condición de médico, al realizar una atención médica de manera particular, está facultado para elaborar una historia clínica y

emitir un documento de incapacidad de manera particular soportado en dicha historia clínica. Aquí se pudo acreditar que el Dr. H. A. sí elaboró una historia clínica y un certificado de incapacidad. Lo que no resulta aceptable desde el punto de vista ético es que en este caso optó por emitir una incapacidad en una papelería que no correspondía a su fuero privado.

Se observa que en la diligencia de descargos el Dr. H. A. intenta justificar el uso de un papel con membrete de una clínica de la ciudad. Sin embargo, el dicho de la señora paciente es claro cuando afirmó que en su atención clínica el médico no representaba a ninguna entidad de salud.

La propia Clínica de Occidente no ha reconocido al disciplinado como profesional vinculado directa o indirectamente con la institución. El uso inadecuado de papelería de entidad que no autorizado su empleo para una atención médica o certificación es irregular desde la óptica ética.

Por estas razones, la Sala estima que el cargo formulado por el artículo 51 de la Ley 23 de 1981, concordante con el Art. 29 del Decreto 3380 de 1981 se mantiene, lo que conlleva a que se diga que sí incurrió en falta disciplinaria y hay lugar a sanción disciplinaria.

#### 5. Sanción disciplinaria

Teniendo en cuenta que en materia disciplinaria los Tribunales de Ética Médica ya no acuden a normas de Código de Procedimiento Penal por cuanto el artículo 82 de la Ley 23 de 1981 fue considerado derogado de manera tácita al entrar en vigencia el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), o Ley 1437 de 2011, según concepto del Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil de 15 de noviembre de 2016, porque el CPACA contiene un procedimiento administrativo sancionatorio (Artículo 47 a 52) aplicable a los tribunales creados por la Ley 23 de 1981, en este caso se tendrá en cuenta el artículo 50 del CPACA para su graduación.

En el caso presente la utilización de un medio que entraña confianza en el ámbito de la relación médico paciente, como lo es que la incapacidad médica esté soportada en membrete de una entidad de salud reconocida en esta localidad de tiempo atrás en la prestación exclusiva de servicios de salud, en la conducta que se estima carente de ética por parte del disciplinado, así no se califique como fraudulenta en la parte considerativa de esa providencia ya que no tiene los alcances de una conducta dolosa para contemplar la comisión de un delito porque no hubo daño o peligro a intereses jurídicos tutelados por la ley.

Hechas estas estas consideraciones, la conducta realizada se estima, para efectos de graduación, contenida en el artículo 50 numeral 5, predicándose en favor del

investigado que no obtuvo un beneficio económico, no registra antecedentes éticos-disciplinarios, no impidió la acción investigativa del Tribunal Seccional, fue diligente en la prestación del servicio de salud y está sustentado su actuar profesional en documentos de contenido legal probatorio. Por estas circunstancias, el Dr. D. A. H. A. será sancionado con Censura Escrita y Pública (Art. 83 Ley 23 de 1981, concordante con el artículo 51 del Decreto 3380 de 1981), lo cual significa que deberá asistir a sesión de Sala Plena donde se dará lectura de la decisión.

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

### **Resuelve:**

**PRIMERO.-** Imponer sanción disciplinaria de CENSURA ESCRITA Y PÚBLICA al médico general, doctor D. A. H. A., identificado con la cédula de ciudadanía No. XXXXXXXX, tarjeta profesional XXXXXX/XX del Ministerio de Salud, por violación al artículo 51 de la Ley 23 de 1981, concordante con el Art. 29 del Decreto 3380 de 1981, acorde a lo detallado en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO.-** Aceptar los descargos presentados en sesión de Sala Plena respecto a los artículos 50 y 52 de la Ley 23 de 1981 y normas concordantes.

**TERCERO.-** Notifíquese personalmente la decisión al médico investigado y a su apoderado, contra la cual proceden los recursos de reposición y apelación dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de la notificación.

**CUARTO.-** Se cita al Dr. D. A. H. A. para la lectura de la decisión a la sesión de Sala Plena del día 28 de junio del 2023, hora 11:00 a. m. mediante la modalidad de videoconferencia a través de la plataforma de Google Meet.

**QUINTO.-** Comuníquese la parte resolutive a la Sra. M. E. M. L. para su información.

**SEXTO.-** En firme, comuníquese la decisión, haciendo transcripción de la parte resolutive, al Tribunal Nacional y Seccionales de Ética Médica, al Ministerio de Salud, a la Federación Médica Colombiana, al Colegio Médico del Valle del Cauca, a la Supersalud, a la Secretaría Departamental de Salud del Valle y a la Secretaría de Salud Pública del Distrito de Cali.

**SÉPTIMO.-** Cumplido lo anterior, dispóngase el archivo del proceso.

## **Notifíquese y cúmplase**

FIRMADO: Dr. Héctor Mario Rengifo, Magistrado – Presidente; Dr. Otoniel Franco Ágredo, Magistrado; Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo, Magistrado; Dr. Fernando Manuel Mejía López, Magistrado; Dr. William Libardo Murillo Moreno, Magistrado Instructor; Dr. Augusto Cuéllar Rodríguez, Abogado Asesor; Dra. Diana Julieta Olivo Ospina, Abogada Secretaria.

**Nota: Esta providencia no fue objeto de recursos.**