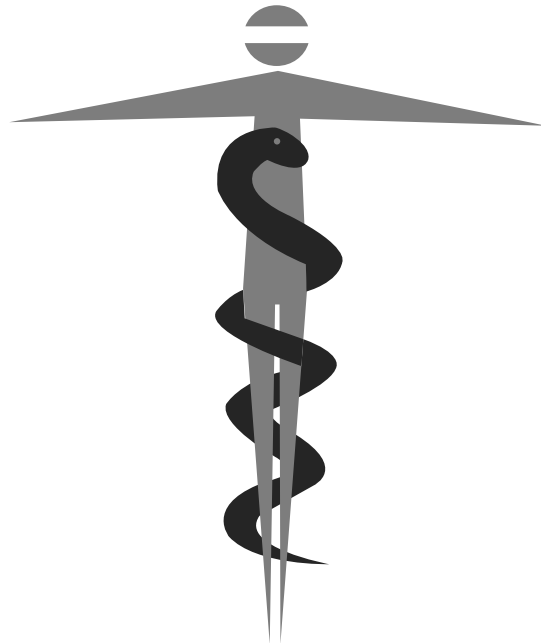


TRIBUNA ÉTICA MÉDICA

TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA Y AMAZONAS

TRIBUNA ÉTICA MÉDICA



Cali, junio de 2008

Comité Editorial**Magistrados**

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

Relator

Doctor Augusto Cuéllar Rodríguez

Secretaria - Abogada

Doctora Diana Julieta Olivo

Editores

Doctor Néstor Harry Amorocho Pedraza
Doctor Héctor Mario Rengifo C.

Asesoría Editorial

Oficina de Comunicaciones Unilibre
Doctora María Fernanda Jaramillo González

Imagen de portada Esculapio**Diseño, corrección de textos e impresión**

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

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

Contenido

Normas e instrucciones para publicación	7
Editorial	
A propósito de los seminarios del TEMVA	9
Por qué demandan a los médicos ante el Tribunal de Ética Médica en el departamento del Valle del Cauca	
Néstor H. Amorocho, Ney Guzmán Gómez.....	11
El consentimiento ante las instituciones de salud	
Rodrigo Triana Ricci	19
Incidencia de la ley de talento humano en salud en el contexto ético del médico	
Augusto Cuéllar Rodríguez	21
La responsabilidad del profesional de la salud	
Luis Gerardo Salcedo Prieto	25
Iatrogenias endocrinas Primera parte	
Héctor Mario Rengifo C.	31
Historia de la Mirada Bioética desde la periferia	
Floro Hermes Gómez Pineda, Orlando Politano Garcés	35
Procesos ético-disciplinarios	
Sentencias del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas	
Auto Interlocutorio No. 013-2007	43
Auto interlocutorio No. 027-2007	47
Auto interlocutorio No. 026-2008	53

Normas e instrucciones para publicación

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

Acepta contribuciones para la revista en varias categorías de artículos:

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

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

Artículo original

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

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

- A) Página de título
- B) Resumen

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

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

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

Texto: Debe ser dividido en secciones, así:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo de revisión

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

Presentación de casos

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

Comunicaciones breves

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

Artículos de reflexión

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

Perspectivas

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

Controversias

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

Editoriales

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

Memorias

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

Cartas al editor

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

Editorial

A propósito de los seminarios del TEMVA

Decíamos en noviembre de 2006, con ocasión de la publicación del número 2 de Tribuna Ética Médica: "...la Sala Plena aprobó la publicación de un folleto, con periodicidad semestral, para informar a la comunidad médica sobre aspectos ético-legales, casos ético/disciplinarios ventilados en este u otros tribunales, modificaciones a la norma legal, nuevas normas que tengan que ver con el actuar médico, y contribuciones de colegas de carácter tanto científico como ético-jurídico, aportes a una tribuna libre que sirva para expresar su pensamiento...".

Ese segundo número se presentó al tiempo con la iniciación del 7º Seminario organizado por el TEMVA (Tribunal de Ética Médica del Valle y Amazonas): "Mala praxis médica, consecuencias éticas y jurídicas".

Hemos crecido. Tomamos en serio nuestra labor de magisterio. Hemos logrado alianzas de carácter docente-corporativo universitario para llegar a los médicos en formación que inician el aprendizaje para sortear las posibles dificultades que tendrán que enfrentar más tarde en el ejercicio profesional, frente al efecto deontológico de la Ley 23/81, que además ordena en su artículo 47 que la enseñanza de la ética sea obligatoria en las facultades de Medicina.

En buena hora emprendió el TEMVA esa función educadora dictando charlas en las instituciones de salud (EPS, IPS, Asociaciones Científicas) y divulgando sus alcances en diversas publicaciones para que los responsables no fueran sorprendidos, como no lo fueron, por la Ley 1164 de octubre de 2007 sobre Talento Humano en Salud, de cuyo Capítulo VI, De la prestación ética y bioética de los servicios, en sus artículos 34 al 38, que directamente nos competen, transcribimos los siguientes apartes:

"...Los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano [...] Además de los principios rectores consagrados en la Constitución Política, son requisitos de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto".

"... El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta los siguientes valores: humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y secreto, aplicándolos a sí mismo, a las otras personas, la comunidad, la profesión u ocupación, y las instituciones [...] El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el derecho a la objeción de conciencia, a la protección laboral, al buen nombre, al compromiso ético y al ejercicio competente [...] El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el deber de la protección de los lazos afectivos del paciente, la promoción de una cultura ética, la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidos, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud."

"... El personal de salud debe difundir y poner en práctica los principios, valores, derechos y deberes mencionados en esta ley, *compete de modo especial a quienes conforman los tribunales de ética de cada profesión* (las cursivas son nuestras), a los comités bioéticos –clínicos asistenciales y de investigación–; a los profesores de ética y bioética de las carreras y ocupaciones en salud; a los comités ad hoc y demás grupos asesores y decisorios

de la ética y bioética en salud velar por la aplicación y difusión de estas disciplinas.”

Vendrán los decretos reglamentarios correspondientes y cuando ello suceda el TEMVA ya habrá recorrido gran parte del camino para cumplir con lo ordenado por el mandato legal.

Acorde con lo anterior, para guardar coherencia con nuestra función educadora, presentamos hoy, 24 de octubre de 2008, la revista No. 1, volumen 3, dentro del marco del 8° Seminario **Medicina Hu-**

manista vs Medicina Economicista, en su nuevo formato, con el ISSN que le fue asignado.

Una vez más sean todos bienvenidos a participar en este seminario: estudiantes de las ciencias de la salud, colegas médicos visitantes y locales, así como estudiantes y profesionales de otras disciplinas.

Néstor Harry Amorocho P.

Magistrado Presidente

Tribunal de Ética Médica del Valle y Amazonas

Por qué demandan a los médicos ante el Tribunal de Ética Médica en el departamento del Valle del Cauca

* Néstor H. Amorocho P. M.D. Ginec.

** Ney Guzmán Gómez. M.D. Ph. D

Resumen

Se hace una revisión de casos que se presentaron como quejas al Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca durante el quinquenio 2000 – 2004.

Durante el citado periodo se radicaron 308 quejas y de éstas se encontró que 219 denuncias fueron objeto de investigación por presunta violación a las normas sobre ética, por lo cual se inició el respectivo proceso ético disciplinario que ordenan la Ley 23/81 y el Decreto Reglamentario 3380/81.

Como resultado de la investigación fueron sancionados 75 profesionales (34.2% de los demandados) y por ello recibieron amonestaciones, censuras y suspensión del ejercicio profesional, de acuerdo con el fallo del Tribunal.

El 57.3% de las sanciones correspondieron a violaciones de normas que tienen que ver con el capítulo I de la Ley 23: “DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON EL PACIENTE”, especialmente los artículos 10, 12 y 15.

El 58.4% de los pacientes demandantes fueron mujeres y de éstas, 33.5% estaban entre los 15 y 44 años de edad; consecuentemente se encontró que 15% de los médicos demandados fueron ginecólogos. El 39.7% de las demandas fueron contra médicos generales y para los especialistas en ortopedia y cirugía general correspondió 10% para cada especialidad.

Los autores dan al final directrices para un ejercicio ético de la profesión médica y concluyen por recomendar que se construya un banco de datos que registre a los médicos en ejercicio que pertenezcan tanto al sector público como al privado en el Valle del Cauca.

Palabras clave

Normas sobre ética médica, sanción, quejas, TEMVA.

Abstract

This is an informative work that review a set of claims presented to the Ethical Medical Court of the Valle del Cauca and Amazons states in Colombia within five years, between 2000 and 2004.

During this period of time, 308 claims were presented and 219 of them were considered subject of research due to the violation of the Colombian Medical Ethic Code (Law 23/81) and Decree 3380/81, following the disciplinary process established by the law.

Seventy-five (34.2%) of the prosecuted professionals were sanctioned according to the Court being: warned, censured, or suspended from their professional practice.

57.3% of the sanctions corresponded to violations of articles regarding to the practitioner - patient relationship.

* Presidente del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Profesor Titular, Fundación Universitaria San Martín

** Médico, Epidemiólogo

From the total number of claiming patients more than a half were women 58.4% with two-thirds 33.5% of them in reproductive age (15 - 44 years old), and consequently treated by gynecologists 15% of the total demanded practitioners.

The authors give recommendations for an ethical medical practice and suggest to set up a data base to register all public or private practitioners in the Valle del Cauca State, in order to quantify the risk of inadequate medical practices

Key words

Ethical medical rules, sanctions, claims, EMCVA.

Introducción

Los profesionales de la salud en los últimos quince años han sentido la amenaza de ser demandados por razón de su ejercicio profesional. Varios hechos explican el problema:

1. La Constitución Política de 1991, que otorga el derecho de los ciudadanos de recibir los servicios de salud con calidad.
2. El compromiso del país ante la comunidad internacional (artículo 93 de la Constitución, sobre respeto a los derechos humanos y por ende el derecho de los pacientes).
3. La ley 100 de 1993 y a través de ella el sistema obligatorio de la calidad en salud.
4. La aparición de los seguros de responsabilidad aplicados al sector de la salud.
5. La actitud del paciente, usuario o cliente del sistema economicista de salud hacia la reclamación.
6. El interés económico como resultado de explorar un nuevo campo del Derecho en el país: "Derecho Médico", en desarrollo, como especialidad del abogado.

Lo cierto es que hoy en día cualquier profesional de la salud (médico, odontólogo, enfermera, óptica, laboratorista-bacteriólogo, etc.) debe entender que en cualquier momento un paciente

puede comprometerlo en un proceso de responsabilidad médico legal.¹

En Colombia se registran sentencias contra médicos desde 1936. Por esa época comenzó a mencionarse la responsabilidad del Estado cuando se presentaba una falla en la prestación del servicio médico a un particular, ya fuera porque no se prestara o porque se prestara de manera deficiente.²

A partir de la Ley 23 de 1981 (Art. 82) y la Constitución de 1991 se cuenta con normas sobre la responsabilidad médica desde el punto de vista ético, complementadas con las normas de los códigos penal y civil.

Los procesos de carácter administrativo se originan en el Art. 90 de la Constitución, sobre responsabilidad del Estado: "El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción u omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste".³

El Consejo de Estado de Colombia definió que la carga de la prueba la llevará el demandado en los procesos contencioso administrativos, cuando presume que la culpa es de las instituciones públicas en caso de responsabilidad médico legal.⁴ En procesos de responsabilidad médica estatal la carga de la prueba se traslada del paciente al médico. Para exonerarse de responsabilidad la entidad demandada debe demostrar diligencia y cuidado en los servicios de salud prestados.

Se consideran como factores que favorecen el aumento de reclamaciones jurídicas a los servicios de salud:

1. La inclusión del sector salud dentro del campo del consumismo, lo que califica al paciente como usuario o cliente y como tal tiene derechos de consumidor que le permiten reclamar cada vez que considere estos servicios no satisfactorios.
2. La alta tecnología (tecnología de punta) acarrea la exigencia de su uso, de acuerdo con los

1. Manrique, Jorge Iván. Aspectos característicos de responsabilidad médico legal. Revisión de cien casos. Revista Médico Legal. Año VI, septiembre - diciembre de 2000.

2. H y L Mazaud. Citado por Serrano Guillermo Luis (ibídem 1 Manrique Jorge Iván).

3. Asamblea Constituyente de Colombia. Constitución Política Colombiana. Bogotá, 1991.

4. Consejo de Estado. Sentencia agosto 13 de 1992.

avances científicos, a la luz de la “Lex Artis”, y por tanto no son aceptadas ciertas fallas en patologías comunes con el argumento de que con los equipos existentes es posible diagnosticar y curar cualquier patología por grave que ella sea.

3. Un buen número de médicos, frente a la posibilidad de verse envueltos en procesos jurídicos, reaccionan aplicando la “medicina a la defensiva”, que aparece en Estados Unidos en los años cincuenta como uno de los efectos frente al riesgo jurídico de la profesión médica.⁵
4. En general, la gente cree que los médicos tienen altos ingresos y por lo tanto se convierten en un grupo elegible para demandas con intenciones económicas, y existen abogados que se dedican a este tipo de negocios. Es suficientemente conocido que ya los médicos están protegidos por pólizas de seguros, y por tanto es otra motivación para demandar en busca de que las compañías de seguros paguen.
5. La ley 23 en su Art. 1º, numeral 7, dice: “El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico solo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente”. No obstante, la aparición de la Ley 100 cambió el sentido de este artículo para dar a las EPS la facultad de convertirse en intermediarias en el ejercicio profesional del médico y lucrarse con el negocio de la salud. Infortunadamente esas entidades con ánimo de lucro han convertido a los auditores médicos, colegas nuestros, en controladores del gasto de las corporaciones; colegas que tienen, muchos de ellos, una formación insuficiente, ya que esta es una actividad demasiado compleja y sería que debe contar con un buen bagaje académico para poder involucrar no solamente el control de gestión de la parte administrativa, sino también el control de calidad de la atención médica, pero tenien-

do en cuenta, básicamente, la parte humana y la parte ética del ejercicio médico por encima de cualquier otra consideración más prosaica o economicista.⁶

Participar en esta problemática ha sido una preocupación permanente del TEMVA. Si lográramos poner sobre el tapete los propósitos de las partes comprometidas e integrarlas, podríamos contribuir a darle un norte al ejercicio de la práctica médica y de las políticas de salud pública en el Valle del Cauca, y obtener resultados más eficaces y efectivos.

El TEMVA ha querido contribuir a este propósito manteniendo una función de magisterio, proactiva, formadora, paralela a la sancionatoria que le asignó la Ley 23 de 1981.

Material y métodos

La Ley 23/81, en su artículo 46, literal b, establece que para ejercer la profesión de médico se requiere registrar el título ante el Ministerio de Salud. El Art. 27 Conc. D. 3380/81 establece que “El Ministerio de Salud expedirá a cada médico una tarjeta profesional que acredite su calidad...”, y la resolución del Minsalud 12042 de 1989 adopta el nuevo sistema de inscripción de los profesionales médicos ante los servicios seccionales de salud.

Pretendimos tomar como universo de trabajo el número total de médicos habilitados de acuerdo con el registro del Grupo de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca,⁷ pero deficiencias que encontramos en la información nos impidieron considerar los datos suministrados como referente válido para un análisis estadístico.

En consecuencia, para el presente trabajo se analiza la base de datos del TEMVA sobre las quejas instauradas y archivadas, al cierre de cada proceso ético disciplinario, durante el quinquenio 2000 - 2004.

El análisis de los datos se organizó para responder fundamentalmente a tres preguntas:

5. Aristizábal Marín Harold. Efectos prácticos del incremento de demanda por mala práctica. Revista Médico Legal. Vol.1 No. 4 Octubre Diciembre de 1995

6. Prieto Ávila, César. Palabras en ceremonia de condecoraciones con motivo del Día Panamericano del Médico. Herald Médico Volumen XII No. 227, marzo de 2000

7. Henao Cardozo A. El proceso Ético Disciplinario. ASPECTOS ÉTICOS EN AUDITORÍA MÉDICA. Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Edit. Feriva S.A., Santiago de Cali, septiembre de 2002

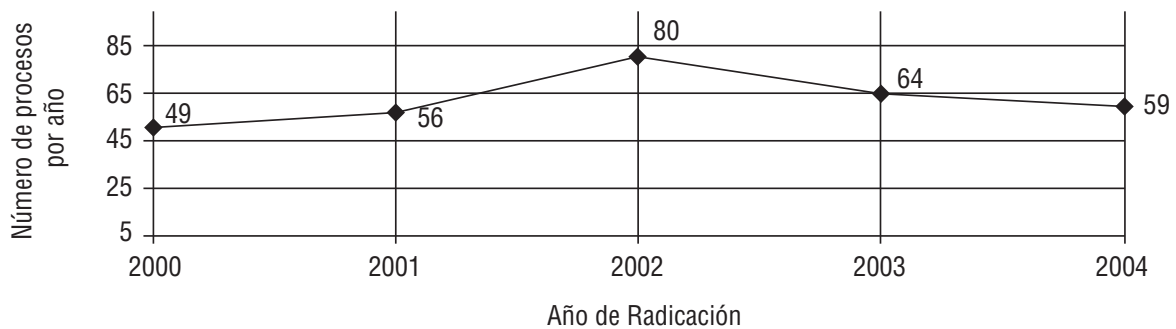
1. ¿Por qué demandan a los médicos ante el TEMVA?
2. ¿Quiénes son los médicos más demandados en el ejercicio de su profesión?
3. ¿Quiénes demandan a los médicos?

Resultados

Diagrama 1

Quejas radicadas
2000 - 2004

Total Quejas radicadas: 308

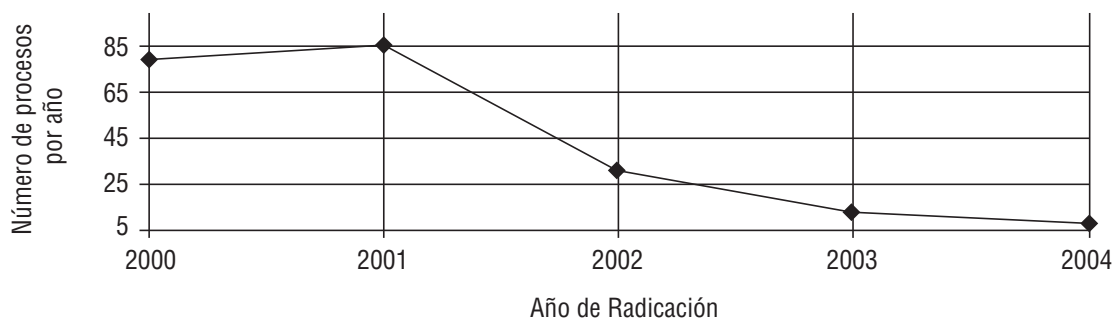


El Diagrama 1 muestra las quejas interpuestas (recibidas y radicadas: 308) en el quinquenio considerado, año por año. Obsérvese la tendencia a disminuir el número de quejas a partir de 2002.

Diagrama 2

Año	No.	%
2000	77	35.2
2001	88	40.2
2002	33	15.1
2003	14	6.4
2004	7	3.1
Totales	219	100.0

Procesos radicados y archivados por médico vinculado
2000 - 2004



Durante el quinquenio 2000-2004 estudiado se radicaron y archivaron 219 procesos por médico vinculado, en práctica de la medicina, por presuntas violaciones a las normas contenidas en la Ley 23 de 1981.

Obsérvese en el Diagrama 2 el comportamiento de los procesos radicados año por año desde el 2000, que muestran una clara tendencia a la disminución a partir del 2001.

La acción se inicia con la instauración del proceso ético disciplinario – profesional hasta la calificación de méritos para formular cargos. Si existen méritos se inicia el proceso de diligenciamiento de los descargos y se continúa hasta concluir en el proceso con resolución absolutoria o sancionatoria, caso este último en que habrá de aplicarse sanción que será desde amonestación o censura hasta suspensión del ejercicio profesional. En caso de recurso de reposición o apelación, la Sala deberá decidir.

Cuadro 1. Distribución del número de médicos sancionados según género y artículos infringidos de la Ley 23 de 1981. TEMVA. Quinquenio 2000-2004

Infracciones a la norma	Médicos		Total	
	Hombres	Mujeres	No.	%
Declaración de principios y del juramento (arts. 1 al 2)	6	0	6	8,0
De las relaciones del médico con el paciente (arts. 3 al 26)	37	6	43	57,3
De las relaciones del médico con sus colegas (arts. 27 al 32)	0	0	0	0,0
De la prescripción médica, la H.C., El secreto profesional, algunas conductas (arts. 33 al 41)	17	0	17	22,7
De las relaciones del médico con las instituciones (arts. 42 al 45)	0	1	1	1,3
De las relaciones del médico con la sociedad y el Estado (arts. 46 al 54)	5	1	6	8,0
Publicidad y Estado (arts. 55 al 61)	2	0	2	2,7
Totales	67 (89,3%)	8 (10,6%)	75	100

Infracciones a la Ley 23/81

Durante el quinquenio 2000 – 2004 se radicaron y archivaron 219 procesos por médico vinculado, aun cuando es posible que en un proceso existan dos o más médicos vinculados. En el mismo período se sancionó a 75 profesionales, es decir, el 34.2% de los demandados.

En realidad esto no es exactamente cierto, puesto que por la duración del proceso es posible que en estos 75 sancionados haya casos cuyos procesos se iniciaron al menos dos años atrás, en 1998.

Casi las dos terceras partes (el 57,3%) de las sanciones se hicieron por infracción a uno o más de los artículos de ley que se refieren a las relaciones del médico con el paciente (Cuadro 1). Nótese que el 86% de estas faltas son cometidas por profesionales masculinos; la mayoría de ellas contra los artículos 10, 15, y 12 que respectivamente se refieren al tiempo necesario que debe dedicarse al paciente; los riesgos injustificados y el uso de medios diagnósticos no aceptados debidamente por instituciones científicas legalmente reconocidas.

De otro lado, una cuarta parte de los sancionados infringió uno o más de los artículos de la ley con referencia a la prescripción médica y a la elaboración y calidad de la historia clínica.

Llama la atención el hecho de seis médicos que fueron sancionados por incurrir en faltas que se refieren a su título profesional, a irregularidades en la presentación de la documentación exigida para su registro o en la expedición de certificados médicos.

El 89,33% de los sancionados fueron varones.

Cuadro 2. Distribución de los tipos de sanción según género de los médicos demandados. TEMVA, quinquenio 2000-2004

Sanción	Médicos		Total	
	Hombres	Mujeres	No.	%
Amonestación	17	4	21	28,0
Censura				
Escrita y privada	9	0	9	12,0
Escrita y pública	26	4	30	40,0
Verbal y pública	10	0	10	13,3
Suspensión en el ejercicio de la medicina	5	0	5	6,7
Totales	67 (89,3%)	8 (10,6%)	75	100,0

Sanciones: La censura fue la sanción más común (65%). Obsérvese en el Cuadro 2 que la censura escrita y pública fue la reprobación más frecuente hecha al infractor por la falta cometida (40%). En estos casos, 30 en total, la lectura de la decisión se hace en Sala Plena del Tribunal y se fija en lugar visible de los tribunales por 10 días hábiles.

Nótese, también, que el 28% de las sanciones se hicieron a través de una reprobación privada y verbal, que corresponde a amonestación.

Hubo, además, cinco profesionales con suspensión en el ejercicio de la medicina por la gravedad de los hechos ocurridos. Como en los casos de censura escrita, esta sanción es transcrita al profesional sancionado, a los tribunales seccionales y al Tribunal Nacional.

En todo caso, las faltas cometidas fueron siete veces más frecuentes en hombres que en mujeres (relación hombre / mujer 8:4).

Cuadro 3. Distribución de progresos médicos radicados en el quinquenio 2000-2004 según género y especialidad. TEMVA.

Especialidad	Médicos		Total	
	Hombres	Mujeres	No.	%
Medicina general	71	16	87	39,7
Ginecología y obstetricia	27	6	33	15,1
Cirugía general	20	2	22	10,0
Traumatología y ortopedia	22	0	22	10,0
Anestesiología	9	4	13	5,9
Urología	7	0	7	3,2
Medicina interna	5	0	5	2,3
Cirugía plástica	4	0	4	1,8
Radiología	2	1	3	1,4
O.R.L.	5	0	5	2,3
Pediatría	3	0	3	1,4
Neurocirugía	4	0	4	1,8
Cirugía vascular	2	0	2	0,9
Neurología	2	0	2	0,9
Cardiología	2	0	2	0,9
Oftalmología	2	0	2	0,9
Perinatología	1	0	1	0,5
Cirugía de la mano	1	0	1	0,5
Bioenergética	1	0	1	0,5
Totales	190 (86,8%)	29 (13,2%)	219	100,0

Especialidades médicas: Como puede observarse en el Cuadro 3, durante el quinquenio 2000

– 2004 se radicaron 219 procesos. El 39.7 % de las quejas se hicieron contra profesionales que ejercían la medicina general. Las especialidades más frecuentemente demandadas fueron ginecología y obstetricia, cirugía general, traumatología y ortopedia y la anestesiología (41% del total). Es decir, que cuatro quintas partes de las demandas (el 80.7%) se hicieron contra profesionales que ejercían la medicina general y estas cuatro especialidades, lo cual no significa que estos profesionales corran más riesgo de ser demandados, puesto que esto dependerá del número de médicos, hombres y mujeres, que ejercen en las respectivas reparticiones geopolíticas del departamento.

Llama la atención la proporción mayor de hombres demandados en comparación con las mujeres (86.8% contra 13.2%).

Cuadro 4. Distribución de médicos demandados según Grupos de edad y genero. TEMVA 2000-2004

Edad	Médicos		Total	
	Hombres	Mujeres	No.	%
29	7	3	10	4.6
30 - 34	23	6	29	13.2
35 - 39	46	5	51	23.3
40 - 44	48	5	53	24.2
45 - 49	22	7	29	13.2
50 - 54	21	0	21	9.6
55 - 59	12	0	12	5.5
60	10	0	10	4.6
Sin dato	1	3	4	1.8
Todas	190 (86.76%)	29 (13.24%)	219	100.0

Edad de los médicos demandados: Nótese en el Cuadro 4 que más de la mitad de los médicos demandados (el 56.6%) son hombres con edades menores de 45 años. No se registran demandas en mujeres por encima de los 50 años de edad. Sólo el 11.9% de las demandas se hicieron a mujeres en edades menores de 50 años. El 41.1% de las quejas se hicieron a profesionales en ejercicio relativamente jóvenes (≤ 39 años), cuando es dado suponer tienen poca experiencia profesional.

Experiencia profesional: Como hipótesis a priori podría pensarse que la impericia, la imprudencia y la negligencia en la atención médica deberían estar asociadas a una poca experiencia profesional.

Cuadro 5. Distribución de médicos demandados, según género y años de experiencia profesional. TEMVA. Quinquenio 2000-2004

Experiencia (años)	Género		Total	
	Hombres	Mujeres	No.	%
4 años	8	2	10	4,6
5 – 9 años	27	8	35	16,0
10 – 14 años	56	9	65	29,7
15 – 19 años	45	5	50	22,8
20 años	54	5	59	26,9
Totales	190 (86,8%)	29 (13,2%)	219	1000

Sin embargo, esto no parece deducirse del Cuadro 5. Por el contrario, parece que las demandas aumentarían con la mayor experiencia, lo que podría encubrir razones diferentes de las de una falta de conocimientos, destrezas y habilidades necesarios para un acto médico eficiente, eficaz y efectivo.

Obsérvese que el 49.8% de los médicos demandados tenían más de 15 años de ejercicio profesional como médicos generales o especialistas. El supuesto incremento de esta tendencia es más evidente en hombres (45.2% contra 4.6%). De nuevo, esto no puede afirmarse sin disponer de denominadores válidos sobre el número de médicos que ejercen con estos períodos de experiencia.

Cuadro 6. Distribución de los médicos demandados según lugar de ejercicio profesional TEMVA. Quinquenio 2000 - 2004

Municipio	Género		Total	
	Hombres	Mujeres	No.	%
Cali	139	22	161	73,5
Palmira	10	1	11	5,0
Buga	6	0	6	2,7
Tuluá	22	3	25	11,4
Cartago	1	0	1	0,5
Buenaventura	0	0	0	0,0
Otros	12	3	15	6,8
Totales	190 (86,8%)	29 (13,2%)	219	100,0

Lugar donde ejerce el médico demandado. El 73.5% de los médicos demandados ejercían en la ciudad de Cali. Nótese que el 90% del total de profesionales demandados ejercían en tres ciudades principales: Cali, Palmira y Tuluá, donde se supone existen la disponibilidad de recursos y la

capacidad resolutoria de los servicios para garantizar la calidad de la atención médica. Vale la pena resaltar que sólo siete mujeres fueron demandadas fuera de Cali, en comparación con los hombres.

Cuadro 7. Distribución de los pacientes demandantes según grupos de edad y género. TEMVA. Quinquenio 2000-2004

Edad	Género		Total	
	Hombres	Mujeres	No.	%
4	20	9	29	11,3
5 – 14	3	4	7	2,7
15 - 24	7	29	36	14,0
25 - 34	15	24	39	15,2
35 - 44	14	33	47	18,3
45 - 54	10	12	22	8,6
55 - 64	7	7	14	5,4
65	20	14	34	13,2
Sin dato	11	18	29	11,3
Totales	107 (41,6%)	150 (58,4%)	257	100,0

Edad de los pacientes, hombres y mujeres, que demandan. Obsérvese en el Cuadro 7 que las mujeres demandan un poco más que los hombres (58.4% contra 41.6%), en especial entre los 15 y 44 años de edad (33.5% contra 14.0%). No sabemos cómo los SIN DATO pueden afectar las frecuencias de hombres y mujeres. Si éstos se distribuyeran proporcionalmente en cada grupo de edad podría decirse que la mayor proporción de los demandantes está entre las edades de 15 a 54 años de edad (56.1 %).

Cuadro 8. Distribución de los pacientes demandantes según género y sistema de aseguramiento TEMVA. Quinquenio 2000-2004

Régimen	Género		Total	
	Hombres	Mujeres	No.	%
Contributivo	99 (38,5%)	138 (53,7%)	237	92,2
Subsidiado	7	9	16	6,2
Vinculados	0	1	1	0,4
Sin dato	1	2	3	1,2
Totales	107 (41,6%)	150 (58,4%)	257	100,0

Sistemas de aseguramiento: El 92.2 % de los pacientes que demandan pertenecen al régimen **contributivo**. Unos pocos (16 en total) al régimen subsidiado. Este resultado no deja de ser llamativo, desde luego que la diferencia en la realidad de estos dos regímenes no es tan marcada. Nótese que más de la mitad de los demandantes (53.7%) fueron mujeres que tenían afiliación a una EPS/POS.

El comportamiento observado en la Fig. 1, que muestra un descenso en la radicación de quejas contra médicos en ejercicio; la incorporación de la enseñanza de la ética médica en las escuelas de Medicina en el Valle del Cauca y el énfasis en educación continua que ha puesto el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, pueden estar contribuyendo a la calidad del cuidado médico y al cumplimiento de las normas legales.

Discusión: En resumen, los hechos más sobresalientes del presente análisis muestran que:

1. Los médicos más demandados son aquellos que laboran en medicina general, ginecología y obstetricia, cirugía general, traumatología y ortopedia y anestesiología. En efecto, el 80.8% de las demandas ocurrieron en pacientes atendidos por profesionales ubicados en estas áreas. La mitad de estos galenos son médicos generales. Nótese que son estas disciplinas las que exigen, además del conocimiento, una gran destreza y habilidad para realizar una práctica médica eficaz, de conformidad con la Lex Artis. En estas disciplinas la mayoría de los errores médicos se cometen no por impericia sino por imprudencia, la cual con frecuencia conduce a la negligencia u omisión de lo que debió hacerse.
2. ¿Por qué demandan a los médicos? Principalmente por fallas en la relación médico-paciente que manifiesta el distanciamiento y frialdad del profesional con el enfermo y su núcleo familiar, y el poco acatamiento y respeto a las normas

de procedimiento clínico - administrativas. De hecho, el 80% de las infracciones se concentraron en los artículos 3° al 26 y 33 al 41 de la ley 23/81.

3. ¿Quiénes demandan? Casi en la totalidad, hombres y mujeres afiliados al régimen contributivo de seguridad social (92.2% de los demandantes), y en particular mujeres en su mayor proporción (53.7%).

Finalmente los autores reiteran una vez más el valor relativo de un estudio de casos como el presente. Ante la imposibilidad de utilizar tasas que midan el riesgo de cometer errores en el ejercicio de la profesión, los porcentajes deben mirarse con mucho cuidado. Nos parece que el número de médicos sancionados y aun el número de procesos radicados son mínimos, habida cuenta de la población médica por calcular que labora en el departamento del Valle del Cauca.

Recomendaciones

(Tomadas de la revista Current Problems in Surgery)

1. Escuche al paciente
2. Trátelo con respeto, su dignidad y su privacidad
3. Sea cortés
4. Sea puntual
5. Tome las decisiones en conjunto
6. Prepárelo para las eventualidades
7. Si hay un problema no lo oculte, ni culpe a otros
8. Evite riesgos (Ejemplo: hacer procedimientos sin los elementos adecuados o necesarios o en instituciones sin la infraestructura requerida)
9. Trate a sus pacientes y familiares de ellos como le gustaría ser tratado.^{8,9,10}

8. Hernández, H. "20 recomendaciones para evitar acciones penales". Médico - Legal, Vol. 7 No. 1-22, 2001.

9. Nagan, J. "Medicina legal para el cirujano". En Way, L. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. Editorial Manual Moderno, 1995.

10. Pézzela A.T. *et al.* "Complications in thoracic surgery" Curr Probl Surg. 2000. Vol 37 No. 11, 734 - 858.

El consentimiento ante las instituciones de salud

Rodrigo Triana Ricci M.D. Ortopedista*

El consentimiento para el paciente se debe caracterizar por:

El deber de información

La aceptación del paciente

El secreto profesional

El deber de información: Es el vulnerado con mayor frecuencia en las instituciones de salud, pues la información al paciente suele ser mínima.

“El deber de información es el principio del consentimiento del paciente. El facultativo no debe actuar sobre el cuerpo del enfermo más que cuando éste haya consentido libremente, pero tal consentimiento carecerá de validez y de eficacia si el paciente desconoce los elementos esenciales de aquello sobre lo que consiente”.

El deber de información obliga a que el paciente conozca el resultado de su examen, su estado de salud, el diagnóstico, el tratamiento terapéutico y quirúrgico, para lo cual debe el médico emplear un lenguaje al alcance del paciente y sus familiares, haciéndolos partícipes de la evolución de su enfermedad. Debe advertir sobre los riesgos específicos, además de lo que el interesado quiera saber.

Si el enfermo es un menor o incapacitado el destinatario de la información será el padre, la madre o quien ejerza la patria potestad.

El consentimiento del paciente: El papel relevante que en el Derecho actual ha tomado el consentimiento del paciente en sus relaciones con el profesional médico, muestra con claridad la propia evolución que han experimentado estas relaciones

a consecuencia de la diferente configuración de los roles del médico y del enfermo.

Una concepción desfasada de la medicina atribuía al médico el derecho a la salud de sus pacientes, y además en exclusiva, por entender que en él radicaba el conocimiento y, por ende, la decisión; la relación profesional-enfermo no era, por consiguiente, una relación entre iguales sino que *por mor* de la sabiduría del uno y la ignorancia en el ámbito médico del otro, aquél se elevaba y se convertía en un tutor de la salud, incluso en un padre benéfico que siempre, eso sí, actuaba en el interés del incapaz enfermo, despojado así del más fundamental derecho: el derecho a sí mismo y sobre sí mismo.

El secreto profesional: Se considera así, el secreto profesional en el ámbito médico como un derecho del paciente y como un **derecho-deber** para el profesional. El secreto se extiende tanto respecto de los pacientes vivos como de los ya fallecidos, y a todos cuantos datos se deriven de la enfermedad o tratamiento, incluido el de la propia existencia de la enfermedad, del tratamiento o de la estancia en una institución sanitaria; en definitiva, a todo aquello que el profesional conoce en razón de su profesión, garantizándole al paciente el secreto del historial clínico.

Por todos nosotros son conocidas estas prescripciones, pero no alcanzaremos a vislumbrar sus implicaciones médico-jurídicas si no las seguimos en forma precisa y ordenada.

Dentro de nuestro ejercicio profesional como magistrados de este Tribunal de Ética Médica he-

* Docente adjunto Universidad del Valle del Servicio de Ortopedia Univalle. Coordinador de Ortopedia y Traumatología en el Hospital San Juan de Dios de Cali hasta septiembre de 1999. Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle y Amazonas.

mos visto con sorpresa cómo el hecho de no obtener el consentimiento –término que proviene el vocablo *consensus*, que al descomponerlo quiere decir *con-sentire*, o sea un acuerdo de voluntades– puede llevar a un colega a sanciones ético-disciplinarias.

El consentimiento es un requisito legal; es una transgresión si no se obtiene y hay negligencia si la información es inadecuada.¹

Los componentes que debe incluir son: Declaración, Disposición y Voluntad. Además, debe ser autónomo (disposición médico-paciente), lo cual descarta el consentimiento obtenido mediante coacción y fraude.

Para actuar en el consentimiento debe hacerse de acuerdo con la Lex Artis y la Normopraxis, dándoles a conocer a los familiares los riesgos. En caso de no estar presentes ha de procederse de acuerdo con la gravedad del caso, dejando constancia en la historia clínica (en todo momento) del actuar médico y las circunstancias que lo rodean.²

Conociendo las partes hospitalarias (urgencias, cirugía y hospitalización), creo que con esta pequeña información las entidades de salud deben implementar en el software de las mismas todo lo referente al consentimiento, porque a veces hay omisión por olvido en cirugía, por ejemplo, cuando son electivas se debe pedir al paciente el consentimiento del médico que ordena la programación del caso.

En las universidades hacer énfasis sobre este aspecto durante el proceso de aprendizaje en las áreas de salud, y así crear la conciencia de su adecuada aplicación.

Bibliografía

- 1 Dr. Julio Peña. Responsabilidad médico legal
- 2 Manuel García Velásquez, Manuel García Blázquez, Juan J. Molinos Cobo. Manual Práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica. (Aspectos jurídicos y médicos forenses). Editorial Comares - Segunda Edición.

Incidencia de la ley de talento humano en salud en el contexto ético del médico

Augusto Cuéllar Rodríguez*

Es incuestionable que en materia de normatividad médica la expedición de la Ley 1164 de 2007, más conocida como del Talento Humano en Salud, repercute en gran medida en la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981, pilares de la práctica profesional del médico, de los órganos de control y del régimen ético–disciplinario.

No solamente los médicos, los odontólogos y los profesionales de enfermería que están sometidos a un régimen disciplinario de contenido ético o deontológico, sino todo el personal que dentro de la estructura de la organización de prestación de servicios de salud interviene hoy en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, han quedado cobijados por las disposiciones de la nueva ley.

La Ley 1164 de 2007 crea el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud como un organismo asesor de carácter y consulta permanente. Una de las funciones del Consejo Nacional es promover la actualización de las normas de ética de las diferentes disciplinas, apoyando a los tribunales de ética. De ahí el porqué uno de los Comités que integran el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud sea el de Ética y Bioética.

Se avecina para los Tribunales de Ética Médica una palpitante intervención, ocasión propicia si se quiere ser actor en el amplio objeto de esta ley, sin duda una ley marco, cual es la de “establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes

actores que intervienen en estos procesos” (Art.1°). Por el momento se ha previsto el deber de informar sobre las sanciones que se produzcan al sistema del también creado Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Art. 23), el cual todavía no ha sido reglamentado.

El otro deber señalado en esta ley es el de aplicar y difundir los principios, valores, derechos y deberes mencionados en la Ley de Talento Humano en Salud.

El capítulo VI de la Ley de Talento Humano establece las pautas del contexto ético de la prestación de servicios. Principios, valores, derechos y deberes tienen como marco referencial el cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideológica, y de un medio ambiente sano, orientado a promocionar su desarrollo existencial, procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual (Art. 34 Ley 1164 de 2007).

El legislador colombiano fija en este artículo un derrotero muy amplio para todo profesional o para quien ejerza una ocupación en la salud. En el caso de los médicos es palpable que los numerales 1°, 2°, 3° y 4° del artículo 1° de la Ley 23 de 1981 resultan complementados con disposiciones de la Ley de Talento Humano, aclarando que estos numerales se refieren a principios mas no a valores, deberes o derechos.

Los conceptos que la Ley de Talento Humano en Salud trae en el artículo 35 sobre principios éticos y bioéticos (veracidad, igualdad, autonomía,

* Asesor Jurídico del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas.

beneficencia, del mal menor, no maleficencia, totalidad y causa de doble efecto) representan para el profesional médico una guía a observar sobre el actuar con responsabilidad. No basta tener un conocimiento básico de ellos o ampliar el concepto que sobre los mismos se posee si no se actúa con convicción, a conciencia. La norma escrita suele ser rígida, inflexible y su desconocimiento no justifica acciones u omisiones cuando en el curso de un proceso disciplinario se reprocha el actuar del profesional médico.

Sobre estos principios la Ley trae las siguientes definiciones:

De veracidad: El personal de salud debe ser coherente con lo que se es, piensa, dice y hace con todas las personas con las que se relaciona en el ejercicio de su profesión u ocupación.

De igualdad: Se debe reconocer el mismo derecho a todos, por ser igualmente humanos, a la buena calidad de atención en salud, y a la diferencia de atención conforme a las necesidades de cada uno.

De autonomía: El personal de salud debe ejercer su capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y a los demás, deberán ser respetadas.

El afectado en lo referente a este principio o, de no poderlo hacer, su representante legal es quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia o no y la oportunidad de actos que atañen principalmente a intereses y derechos del afectado.

De beneficencia: Se debe hacer lo que conviene a cada ser humano, respetando sus características particulares, teniendo más cuidado con el más débil o necesitado y procurando que el beneficio sea más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituyen motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano; se debe abogar por que se respeten de modo especial los derechos de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

Del mal menor: Se deberá elegir el menor mal, evitando transgredir el derecho a la integridad, cuando hay que obrar sin dilación y las posibles decisiones puedan generar consecuencias menos graves que las que se deriven de no actuar.

De no maleficencia: Se deben realizar los actos que, aunque no beneficien, puedan evitar daño. La omisión de actos se sancionará cuando desencadena o pone en peligro de una situación lesiva.

De totalidad: Se deben eliminar las partes de un individuo humano siempre que sea necesario para su conservación, teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

- a. Que el órgano o parte, por su alteración o funcionamiento, constituya una seria amenaza o cause daño a todo el organismo;
- b. Que este daño no pueda ser evitado o al menos disminuido notablemente sino con la mutilación en cuestión;
- c. Que el porcentaje de eficacia de la mutilación, según el avance científico y recursos del momento, haga deducir que es razonable la acción;
- d. Que se prevea, por la experiencia y los recursos con que se cuenta, que el efecto negativo, es decir, la mutilación en cuestión y sus consecuencias, será compensado con el efecto positivo.

De causa de doble efecto: Es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo, si:

- a. La acción en sí misma, es decir, sin tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente;
- b. La intención es lograr el efecto bueno;
- c. El efecto bueno se da al menos con igual inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo;
- d. Debe haber una razón urgente para actuar y el bien que se busca debe superar el mal que se permite. No es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor;
- e. Si el efecto bueno pudiera obtenerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.

En materia de valores la Ley de Talento Humano en el artículo 36 señala que en el ejercicio profesional se tendrán en cuenta:

Humanidad: El valor de la humanidad es superior a cualquier otro y debe reconocerse su prioridad respecto a los demás valores. Cada ser humano debe ser tratado por el personal que ejerce una profesión u ocupación en salud de acuerdo con una jerarquía razonablemente sustentada de sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Dignidad: Debe reconocerse la dignidad de cada ser de la especie humana, entendida como mayor excelencia entre los seres vivos, por la que no puede ser maltratado por sí mismo ni por otro, ni ser instrumentalizado o discriminado, sino ser promovido dentro de sus características.

Responsabilidad: Se debe analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al ejercicio de la profesión u ocupación.

Prudencia: Se debe aplicar la sensatez a la conducta práctica no sólo en cuanto a ponerse fines, sino en cuanto a una valoración acertada de los medios y de los mismos fines, ponderando previamente qué fin se desea alcanzar, con qué actos, cuáles son sus consecuencias positivas y negativas para sí mismo y para los demás, y cuáles los medios y el momento más adecuado para alcanzarlos.

El secreto: Se debe mantener la confidencialidad, confiabilidad y credibilidad en el cumplimiento de los compromisos.

En relación con los derechos la Ley de Talento Humano expresó (Art. 37) que el ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el derecho a la objeción de conciencia, a la protección laboral, al buen nombre, al compromiso ético y al ejercicio competente, entendiendo sobre cada uno lo siguiente:

Del derecho a la objeción de conciencia: El personal de salud puede presentar objeción de conciencia ante todo lo que la pueda violentar.

De la protección laboral: Debe garantizarse en lo posible al personal que ejerce una profesión u ocupación en salud la integridad física y mental, y el descanso que compense los posibles riesgos que se asuman en el trabajo y permita atender dignamente a quien recibe sus servicios.

No será causal de inhabilidad para el ejercicio laboral en administración pública la sanción que haya sido declarada extinta por cualquiera de las causales señaladas en la ley.

Del derecho al buen nombre: No se mencionarán las limitaciones, deficiencias o fracasos del equipo de trabajo para menoscabar sus derechos y estimular el ascenso o progreso laboral, excepto cuando sea necesario y justo, por el bien de terceros. También se evitará todo tipo de conductas lesivas, tales como ultrajes físicos o psicológicos,

injurias, calumnias, falsos testimonios o críticas nocivas.

Del compromiso ético: El Talento Humano en Salud rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la ética profesional cuando existan condiciones que interfieran su libre y correcto ejercicio.

Del ejercicio competente: El Talento Humano en Salud debe ser ubicado de acuerdo con sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad.

Como deberes del Talento Humano en Salud consagró:

De la protección de los lazos afectivos del paciente: Se protegerá el derecho de cada ser humano a la privacidad, la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos, dentro de sus circunstancias de salud.

De la promoción de una cultura ética: Debe promoverse la participación en la creación de espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en el trabajo de educación, organizaciones empresariales y gremiales relacionadas con la salud.

De la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidos: Se debe denunciar y abstenerse de participar en propaganda, promoción, venta y utilización de productos, cuando se conocen los daños que producen o se tienen dudas sobre los efectos que puedan causar a los seres humanos y al ambiente.

De la formación de los aprendices: En el desarrollo de la actividad académica respectiva, el personal de salud contribuirá a la formación integral del estudiante estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente.

De la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud: El personal de salud debe difundir y poner en práctica los principios, valores, derechos y deberes mencionados en esta ley; compete de modo especial a quienes conforman los tribunales de ética de cada profesión, los comités bioéticos: clínicos asistenciales y de investigación, los profesores de ética y bioética de las carreras y

ocupaciones en salud, los comités ad hoc y demás grupos, asesores y decisorios de la ética y bioética en salud velar por la aplicación y difusión de estas disciplinas.

El Tribunal de Ética Médica al cual estoy vinculado emprende por este medio impreso la divulgación del espectro ético inherente a la noble profesión médica.

Comentario:

Dentro de los principios éticos y bioéticos se encuentra el de beneficencia. Pero ¿qué debe entenderse cuando se dice en la Ley de Talento Humano en Salud “procurando que el beneficio sea más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos”?

Un contrato social que se ha venido perfeccionando por dos mil quinientos años, registra desde hace cinco décadas talanqueras económicas con la presencia de terceros pagadores.

En los últimos cincuenta años el profesional médico dejó de ser el poseedor de los bienes de ca-

pital, dados los altos costos de los avances tecnológicos de la ciencia médica. El inversionista es hoy el dueño de los medios de producción, que sumó al médico como un empleado.

El gran problema que enfrentan las economías donde el tercero pagador interviene en la relación médico-paciente consiste en que el centro de toma de decisiones es el médico. La ley, en mi sentir, pretende que los médicos ubiquen el principio de beneficencia en un contexto político, y de paso resuelvan un conflicto de intereses.

Bibliografía

Medicina, Ética y reformas a la salud, Ramón Abel Castaño López, ECOE Ediciones, Segunda Edición año 2000.

Temas de Ética Médica, Fernando Sánchez Torres, Giro Editores, 1995.

Ley 23 de 1981, título I.

Ley 1164 de 2007 (Octubre 3).

La responsabilidad del profesional de la salud

Luis Gerardo Salcedo Prieto*

La responsabilidad por la prestación de servicios de salud, tanto personal como institucional, ha experimentado un desarrollo muy marcado en los últimos años.

En Colombia han existido normas jurídicas que nos permiten plantear diferentes clases de responsabilidad por la prestación de servicios de salud. Presentaremos inicialmente un bosquejo general de la misma para enmarcarnos en la responsabilidad del servidor público.

De acuerdo con el régimen aplicable y la sanción legal por el incumplimiento de las normas podemos clasificar la responsabilidad de manera general así:

Ético disciplinaria

La ley 23 de 1981, en materia médica y la ley 35 de 1989, en odontología, promulgaron en nuestro país códigos de ética profesional que consagran deberes para el ejercicio de tales disciplinas, al tiempo que establecen el funcionamiento de tribunales para el conocimiento de los procesos por su violación. Los sujetos pasivos de la acción ético disciplinaria son personas naturales que posean título profesional, razón por la cual no es de competencia de dichos tribunales la investigación de las instituciones como tales, ni tampoco el ejercicio ilegal de una profesión. La acción ético disciplinaria prescribe en cinco años y existe una remisión expresa al Código de Procedimiento Penal para complementar la ritualidad del proceso ético, al que son aplicables las normas que no contraríen su naturaleza, haciendo claridad en cuanto a que no sería procedente la constitución de parte civil en el proceso ético.

Las leyes de ética establecen sanciones de naturaleza profesional, que pueden ser impuestas por los tribunales y que van desde una amonestación privada hasta la suspensión del ejercicio de la profesión por un término máximo de cinco años. Existen recursos que proceden en contra de dichas sanciones, lo cual garantiza el derecho de defensa y el debido proceso, aplicables también en virtud de principios constitucionales y legales.

Disciplinaria

En aquellos casos en los cuales el profesional de la salud posee el carácter de funcionario público, ciertas conductas pueden dar lugar a la realización de un proceso disciplinario por parte de la instancia interna de una institución o de la Procuraduría General de la nación. La ley 734 de 2002 y los mismos regímenes disciplinarios internos deben definir las acciones u omisiones prohibidas, y ha de efectuarse igualmente un proceso con plenas garantías tanto en la etapa instructiva como en la formulación de cargos, práctica de pruebas e interposición de recursos. Las sanciones consisten, entre otras, en multas, suspensión, destitución e inhabilidad para desempeñar cargos públicos por 7 a 10 años, e incluso permanentes para aquellos cargos en donde esté de por medio el patrimonio público. Igualmente puede tener consecuencias prácticas para otros procesos legales contra el profesional.

Estatutaria o laboral

Ante la existencia de reglamentos en cooperativas, empresas, sociedades científicas, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras

* Médico Especialista en Anestesiología y Reanimación. Abogado Especialista en Derecho Administrativo. Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas

de servicios de salud de carácter privado, que regulan en un determinado momento los deberes de los profesionales, así como prevén sanciones de diversa índole, resulta esencial la implementación de procedimientos con las correspondientes garantías al debido proceso y al derecho de defensa.

Administrativa

Además de las responsabilidades personales que surjan para el personal médico y paramédico, existe un sinnúmero de disposiciones de carácter administrativo de obligatorio cumplimiento por las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios, que pueden dar lugar en cualquier momento a investigaciones por parte de las direcciones seccionales y locales de salud y de la misma Superintendencia Nacional de Salud. Las sanciones aplicables pueden consistir en multas o cierres temporales o definitivos de establecimientos.

Penal

El Código Penal colombiano sanciona con penas una serie de conductas que afectan los valores más altos que exigen protección de la sociedad denominados bienes jurídicos, entre los cuales se encuentran la vida y la integridad personal, razón por la cual algunos delitos son aplicables al profesional de la salud siempre y cuando se reúnan los requisitos exigidos por la ley penal y se demuestre la culpabilidad del médico. Entre los delitos cometidos en la práctica médica pueden incluirse el homicidio culposo, el homicidio por piedad, la inducción o ayuda al suicidio, las lesiones personales culpables, el aborto, las lesiones al feto, la omisión de socorro, la manipulación genética y la falsedad de documentos en los casos de adulteración de historias clínicas.

Civil

Consiste en la indemnización de los perjuicios ocasionados a un paciente o sus familiares en la prestación de un servicio de salud que ha afectado su salud, su vida o su integridad personal. La acción puede dirigirse tanto contra personas naturales como contra personas jurídicas, tales como cooperativas, sociedades y grupos de trabajo que presten servicios de salud. Tiene un término de caducidad de 10 años.

Contencioso administrativa

Cuando el servicio salud es prestado por un hospital o un funcionario público, la competencia pertenece al Tribunal Administrativo y en segunda instancia al Consejo de Estado, lo cual sucede igualmente por fuero de atracción, y si la demanda se dirige contra varias personas o instituciones, se denomina **acción de reparación directa** y tiene un término de caducidad de 2 años. Constituye una demanda del paciente o sus familiares por la prestación defectuosa de un servicio de salud. Lo que se denomina falla o falta en el servicio público hospitalario. De conformidad con el artículo 90 de la Constitución nacional, el Estado debe responder por el daño antijurídico causado por la acción o la omisión de las autoridades públicas, y en los eventos de dolo o culpa grave del funcionario público el Estado puede repetir en su contra. Mediante la ley 678 del 2001 se reglamentó **la acción de repetición y el llamamiento en garantía**, indicándose que es deber de las entidades ejercer el llamamiento en garantía cuando el daño causado haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de sus agentes.

Responsabilidad del profesional de salud como servidor público

Los servidores públicos, por definición, son personas que prestan servicios al Estado como miembros de las corporaciones públicas, como empleados o trabajadores del mismo y de sus entidades descentralizadas. El servidor público es un ser privilegiado porque goza de tener un trabajo revestido de una gran trascendencia social; es artífice del bienestar de la comunidad, se halla a disposición de la comunidad; no obstante, se encuentra sometido a circunstancias adversas tales como bajos ingresos salariales y a la desconsideración de los ciudadanos por las vicisitudes en la prestación del servicio, lo que otorga mayor mérito a los agentes estatales.

Es tan trascendental el papel de los servidores públicos y tan importante su actuación en el marco de lo social, que de ellos se exige una especial entrega; tienen además un particular catálogo de interdicciones dirigidas a proteger los altos valores jurídicos de la ética, de la transparencia, del patrimonio público, y de moralidad administrativa

En materia médica tendríamos entonces que se trata de la responsabilidad que les compete a las instituciones de salud de naturaleza pública y a los profesionales de la salud que allí laboran, por los daños causados a los pacientes en virtud de la prestación de los servicios de salud que les es propia.

La finalidad de la acción es preservar los principios de la moralidad, de la eficiencia en la función pública y de la protección del patrimonio público de los colombianos y obtener la declaratoria de responsabilidad correspondiente, la cual consecuentemente implica la imposición de una condena de contenido eminentemente patrimonial a favor del afectado. Por eso la acción iniciada para tal fin se denomina **acción de reparación directa**.

Usualmente esta acción la inicia el paciente afectado, o si ha fallecido son sus herederos quienes están llamados a reclamar los perjuicios causados a su pariente así como los que ellos como familiares de éste hayan padecido.

La acción se instaura en contra de la institución de salud o directamente contra el médico tratante. Puede interponerse a la vez en contra de la institución y del médico.

Si la acción es iniciada únicamente contra la institución, ésta puede solicitar la vinculación del médico al proceso mediante lo que se denomina **Llamamiento en Garantía**, herramienta procesal cuya finalidad es lograr que en caso de condena a la institución el médico tenga la obligación de reembolsar lo pagado, debido a que en últimas la mayoría de las veces el daño causado al paciente tiene estrecha relación con la ejecución del acto médico, caso en el cual el médico deberá procurarse su propia defensa en relación con las solicitudes del demandante.

Si la institución resulta declarada responsable debido a una conducta dolosa (intencional), o gravemente culposa, siendo condenada al pago de una indemnización pecuniaria, puede posteriormente iniciar una **Acción de Repetición** en contra del funcionario que originó esa declaratoria de responsabilidad para que reembolse a la entidad lo pagado a quien o quienes resultaron afectados. Esa responsabilidad tiene un límite temporal, que implica que la acción correspondiente solo puede iniciarse dentro de los 2 años siguientes a la ocurrencia del hecho dañoso.

Los requisitos o presupuestos de necesaria existencia y concurrencia para que esa declaratoria de responsabilidad proceda son:

1. Debe existir un daño al paciente. Por daño se entiende la alteración de una situación preexistente. Ese daño debe ser cierto y actual. Esa certeza incluye también el daño futuro que se sepa va a presentarse pero que aún no despliega sus efectos.
2. Debe tratarse de un hecho culposo. Para la administración pública esto se entiende como la denominada falla del servicio. Hay falla del servicio cuando el servicio no se presta, se presta tardíamente o se presta oportunamente pero de forma defectuosa.
3. Debe existir una relación de causa a efecto entre la falla del servicio en la que se incurrió y el daño causado.

La acreditación de estos elementos implica necesariamente una intensa actividad probatoria que en principio debe asumirla el demandante porque es parte del principio según el cual quien afirma debe probar. Es lo que técnicamente se conoce como carga de la prueba.

Sin embargo, a pesar de que por las reglas propias del proceso es el demandante quien ostenta esa carga probatoria, actualmente se aplica la teoría de la carga dinámica de la prueba, según la cual la parte que esté en mejores condiciones de probar un hecho debe ser solidaria con su contraparte y facilitar así la investigación. De allí que en materia médica se ha concluido que es el profesional de la salud quien por ser conocedor de la ciencia y el arte médico está llamado a colaborar activamente en la producción de la prueba.

Esto es lo que ha permitido a los funcionarios judiciales llegar a conclusiones equivocadas en el sentido de afirmar que si el profesional de la salud no demuestra su ausencia de culpa se le declara responsable.

Hasta aquí tenemos entonces que la falla que se le atribuya a la entidad o funcionario debe ser una falla probada por quien la alegue.

Pero debe tenerse en cuenta que en ocasiones puede ocurrir que pese a estar la falla demostrada no proceda la declaratoria de responsabilidad, porque esa falla se relativiza en el entendido de que a lo imposible nadie está obligado. Esto quiere decir

que si se presentan dificultades de orden económico, técnico o de capacidad funcional en la institución de salud que impidan la adecuada prestación del servicio y que no dependan de la propia institución o del médico ni sean atribuibles a ellos, no será procedente la declaratoria de responsabilidad en contra de éstos.

Tampoco habrá lugar a declarar la responsabilidad médica cuando se demuestre que el daño al paciente se debió a una causa extraña, ajena a la actuación del profesional de la salud y ajena al cumplimiento propio de las obligaciones derivadas del contrato hospitalario.

Constituyen para este efecto causa extraña la Fuerza Mayor y el Caso Fortuito (es el hecho imprevisto e imprevisible al que no es posible resistir, como un hecho de la naturaleza, un accidente, etc.) la Culpa Exclusiva de la Víctima (paciente), o el Hecho de un Tercero.

Si se declara la responsabilidad administrativa, procede una condena de naturaleza patrimonial consistente en el pago de una determinada suma de dinero a título de indemnización de los perjuicios sufridos por el paciente y / o sus familiares en virtud del acto médico defectuoso.

Esos perjuicios indemnizables deben ser probados por quien alega haberlos sufrido, y son los siguientes:

1. Daño material (aquel que posee un valor económico por naturaleza).
 - 1.1. Daño emergente: Corresponde a los egresos, gastos o desembolsos que han debido efectuarse con ocasión de la afectación del paciente, tales como gastos de hospitalización, pago de personal auxiliar, compra de aparatos ortopédicos o equipos especializados, gastos de viaje por desplazamiento desde o hasta otra población, gastos de honras fúnebres y entierro, y similares.
 - 1.2. Lucro cesante: Corresponde a los no ingresos, es el no embolso, es lo que ha dejado de percibirse o ganarse debido a ese daño. Por ejemplo, pérdida de un ascenso, ganancias dejadas de percibir por tener que cerrar un establecimiento comercial, disminución salarial por cambio de trabajo, etc.
2. Daño inmaterial (aquel no susceptible de valoración económica).

Dada su naturaleza su valoración se efectúa en gramos oro.

- 2.1. Daño moral: Consiste en el dolor, la afeción, la congoja, tristeza, depresión o sentimiento de angustia, etc., que puede causar el hecho dañoso a la persona. Por ejemplo el sentirse postrado en una cama, verse desfigurado; ver a su ser querido en cama o desfigurado o sujeto a una silla de ruedas.
- 2.2. Daño fisiológico o daño a la vida de relación: Éste implica la pérdida del agrado de vivir. Ocurre cuando, por ejemplo, la persona era aficionada al fútbol y ya no va a poder volver a jugar por quedar inválida; cuando el niño va a tener que crecer sin su padre o madre; cuando la persona debe servirse de otra para satisfacer sus necesidades básicas, etc.

Recomendaciones

Es necesario mejorar los canales de comunicación entre los actores del sector y los usuarios, no sólo para disminuir las quejas y demandas sino como medida de protección del paciente. Igualmente la comunicación debe surgir entre los directores o administrativos de las instituciones y los profesionales en salud.

Por otra parte, acorde con la normatividad de habilitación (resolución 1448 de 2006) es necesario crear procedimientos, instructivos y protocolos, pero es igualmente importante asegurarse de que los miembros de la institución los conozcan, los comprendan y los apliquen.

Capacitar a los miembros de la institución para que puedan detectar las falencias, dar una respuesta óptima, informarlo a la institución y al paciente y, por último, que puedan tomar medidas para evitar la repetición de la falla.

Una historia clínica adecuadamente diligenciada, además de ser el soporte para los fines de diagnóstico y tratamiento, constituye el elemento principal de prueba para la defensa de la institución en caso de verse abocada a reclamación por la prestación de servicios de salud. Por lo tanto, en la historia clínica debe estar registrado lo realizado por cada miembro del equipo médico que tuvo contacto con el paciente; al tiempo, la institución y el equipo médico deben ser conscientes de la importancia de hacer registros en la historia clínica. Por tal motivo,

se sugiere a las instituciones tomar medidas para contar con un comité de historias clínicas que capacite, vigile y genere políticas para mejorar el diligenciamiento, uso y control de la historia clínica y sus componentes. Esto no sólo ayuda a cumplir con las leyes y normas que la rigen, sino que sirve como mecanismo de protección al paciente, pues colabora con la reducción de errores comunes en salud.

Mantener la supervisión constante del personal y generar sistemas eficientes y eficaces de intercomunicación entre los servicios en tiempo real. También, se exhorta a la digitalización de la historia clínica y sus componentes. Se sugiere el desarrollo de un departamento de comunicaciones que genere los espacios propicios y capacite al personal asistencial con relación a la comunicación de eventos a los pacientes y familiares, que se encargue de mejorar la comunicación entre los miembros del equipo de trabajo, así como de entregar los comunicados públicos en el caso de ocurrir un accidente.

Bibliografía

- Yepes Restrepo, Sergio. La responsabilidad civil médica. 6 Edición, 2004 Biblioteca Jurídica Dike.
- Ruiz Orejuela, Wilson. Responsabilidad médica estatal. 1 Edición, 2004. Librería Jurídica Sánchez R. Ltda.
- Tamayo Jaramillo, Javier. La responsabilidad del Estado. Reimpresión, 2000. Editorial Temis S A.
- Torres Acosta, Alexandra. Responsabilidad contencioso administrativo para la actividad del profesional de la salud. Revista Médico Legal, Vol. VI No 1 Enero-abril 2000. Publicación oficial Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Colombia.
- Galindo Vacha, Juan Carlos. La responsabilidad del agente estatal, la acción de repetición y el llamamiento en garantía. Memorias del segundo seminario internacional. 2005 Alcaldía Mayor de Bogotá, dirección jurídica.

Iatrogenias endocrinas

Primera parte

Héctor Mario Rengifo C.*

Introducción

Siempre que se somete un paciente a procedimientos o tratamientos medicamentosos, existe el riesgo de que se presenten efectos secundarios indeseados. Unas veces son secuelas inherentes al medicamento; otras, a sus dosis; en ocasiones se deben a motivos de idiosincrasia y en un inusitado número de casos al desconocimiento de estos efectos cuando se hace la formulación.

Debido a que desde el punto de vista ético-legal esto puede tener implicaciones a la luz de la ley 23 de 1981 en sus artículos 10, 16 y 17, es necesario conocer los riesgos de formulación.

En la endocrinología, como rama de la ciencia que tiene que ver con las hormonas, hay gran cantidad de tratamientos utilizados en la alteración de la función de las glándulas endocrinas, lo que puede conducir a iatrogenias. Además, algunas sustancias derivadas de hormonas son utilizadas para fines terapéuticos en patologías diversas, por una amplia variedad de especialidades, lo que aumenta las posibilidades de causar iatrogenias.

El uso y abuso de medicamentos con componentes hormonales o que actúen sobre las hormonas, hace que estas iatrogenias sean frecuentes. Es nuestro propósito llamar la atención sobre las consideraciones que debemos tener en cuenta en el manejo de pacientes que requieran tratamientos hormonales. Es de anotar que en ocasiones la iatrogenia puede ser causa de un riesgo calculado, como veremos en algunos casos. Por razones didácticas dividiremos por glándulas endocrinas, ha-

ciendo énfasis en las iatrogenias más frecuentes, y por la extensión dividiremos el tema en dos partes, siendo esta la primera.

Tiroides

La glándula tiroides cumple un papel muy importante en el metabolismo, en etapas tempranas del desarrollo del cerebro, en la regulación del gasto energético y en funciones como la reproducción, la capacidad cognitiva, la memoria, la motricidad, los estados de ánimo, el peso, etc.

Una de las patologías más importantes en el mal funcionamiento de la tiroides es el hipotiroidismo, o sea la baja función de la glándula. El diagnóstico de hipotiroidismo se establece por la presencia de síntomas y signos y la presencia inequívoca de un TSH alto. En muchas ocasiones el TSH solo está sutilmente elevado y es necesario recurrir a otros exámenes para establecer el diagnóstico. Si se confirma se inicia tratamiento.

Cuando esto sucede, el tratamiento se basa en el reemplazo con Levotiroxina, que es la forma usual y oral de la hormona tiroidea. La dosis se establece por diferentes parámetros como edad del paciente, peso, grado de hipotiroidismo y presencia o ausencia de patologías asociadas. Generalmente, el reemplazo adecuado produce efectos benéficos y revierten todos los síntomas y signos de la baja función tiroidea.

Si hay una dosificación que supere las necesidades del paciente, es decir, dosis suprafisiológicas, se pueden presentar síntomas y signos del

* Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca y Amazonas. Presidente de la Asociación Colombiana de Endocrinología

exceso de hormona tiroidea, los cuales pueden ser sutiles o no y en pocas ocasiones, dramáticos.

El exceso de dosis se conoce como hipertiroidismo iatrogénico. El cuadro se caracteriza por taquicardia, insomnio, agitación, disnea de esfuerzo, mala tolerancia al ejercicio, calor, sudoración excesiva, pérdida de peso, temblor distal de extremidades, y nerviosismo. Si el cuadro es extremo puede presentarse compromiso sistémico que requiera manejo hospitalario.

Hemos detectado con mucha frecuencia la ocurrencia de este exceso de dosis. La causa principal es un diagnóstico mal hecho. Si el diagnóstico no es real, cualquier dosis será excesiva. Se debe estar muy seguro del diagnóstico y siempre confirmarlo si no hay evidencia.

La segunda causa más frecuente es la corrección excesiva del hipotiroidismo con dosis más altas de las necesarias. Esto puede suceder por varios motivos:

1. Por iniciar con dosis mayores a las necesarias desde un comienzo
2. Por no establecer los controles adecuados.
3. Por error del paciente al tomar una dosis mayor que la recetada.

La tercera es el uso abusivo de la hormona tiroidea en obesidad; uso no autorizado y desde todo punto de vista desaconsejable. Esto está sucediendo cada vez más frecuentemente en centros de estética y por médicos que se dedican al manejo de la obesidad, lo cual produce muchos problemas en los pacientes. En la mayoría de estos casos el paciente ni siquiera sabe qué está tomando. Un fin estético no justifica el uso de un medicamento tan delicado en su formulación. En ocasiones lo acompañan de supresores del apetito y de diuréticos, lo que puede causar un cuadro de descompensación metabólica dramático en el paciente.

Hay además medicamentos que pueden afectar la tiroides, lo cual debe ser tenido en cuenta al formularse. Uno de ellos es la amiodarona. Este medicamento, muy usado en arritmias cardíacas, tiene un alto contenido de yodo en su molécula y puede provocar en personas susceptibles hipo o hiperfunción tiroidea. Se debe monitorizar a pacientes que toman amiodarona y dosificar TSH.

Un medicamento usado en psiquiatría para la depresión, el litio, también altera la función tiroidea

y debe ser manejado con cuidado en pacientes con hipotiroidismo o en aquellos susceptibles. Se debe monitorizar con frecuencia el nivel de hormonas tiroideas.

Hay que hacer una mención especial del uso indiscriminado de sustancias yodadas para aplicación por vía cutánea. La piel es un buen vehículo para la absorción del yodo. En gimnasios, en institutos de mesoterapia y en ciertos tratamientos de medicina alternativa se usan sustancias como geles, barros, algas, etc., que tienen alto contenido de yodo y al absorberse se causan una alteración importante de la función tiroidea.

Suprarrenal

La glándula suprarrenal produce hormonas esteroideas, de gran importancia en el control del metabolismo intermediario, de los líquidos, los electrolitos, la función gonadal, el metabolismo del hueso, la modulación inmune, la inflamación y el control de la presión arterial. Los derivados sintéticos de los esteroides son de los medicamentos más usados por medicina general y prácticamente todas las especialidades, debido principalmente a sus efectos anti-inflamatorios y moduladores de respuesta inmune. Los corticosteroides, como colectivamente se conocen son siempre usados en dosis supra fisiológicas y por lo tanto administrados por más de diez días, producen efectos adversos.

Qué debemos tener en cuenta

A continuación la siguiente tabla muestra los diferentes esteroides sintéticos y sus equivalencias de potencia:

Corticoide	Potencia Antinflamatoria	Potencia Mineral	Dosis Equivalente
Hidrocortisón	1	1	20
Prednisona	4	0.3	5
Prednisolona	5	0.3	5
Metilprednisol	5	0	4
Triancinolona	5	0	4
Fludrocortisón	10	250	2
Dexametasona	25	0	0.75
Betametasona	25-40	0	0.75

Uso de esteroides

Siempre que sea necesario utilizar esteroides hemos de considerar seriamente minimizar sus efectos deletéreos. Debemos usarlos en las dosis menores posibles y por el menor tiempo en que podamos observar su efecto pleno.

A continuación los efectos colaterales en diferentes órganos y sistemas.

Sistema	Efecto adverso	Precauciones
Cardiovascular	HTA Tromboembolismo Tromboflebitis	Precaución en IM en pacientes con insuficiencia venosa
Gastrointestinal	Irritación gástrica Náusea Aumento peso	Tomar con las comidas
Ocular	Cataratas Glaucoma	No uso prolongado
Dermatológico	Acné Hirsutismo Equimosis	Uso no prolongado
Hidroelectrolítico	Edemas Retención de sodio Aumento excreción de calcio	Disminuir sal Cuidado en HTA ICC
Óseo	Osteoporosis	Calcio + Vit D: 1 mes Antiresortivos: más de 6 meses
Endocrino	Cushing Insuficiencia suprarrenal Diabetes	Cuidados en uso prolongado No suspender rápido
Susceptibilidad a infecciones	TBC Enf. Micóticas Parasitismo	Medidas preventivas Pacientes con moniliasis Tx antiparasitario

Si los esteroides se usan por menos de diez días se pueden retirar totalmente. Si se administran por más de diez días su retiro debe ser gradual, ya que los esteroides suprimen la secreción endógena de la glándula suprarrenal y esto provocaría una in-

suficiencia suprarrenal, y por tanto una emergencia médica que de no ser tratada con prontitud puede ser fatal.

Entre los otros efectos secundarios de los esteroides el más importante a tener en cuenta es el llamado “Cushing iatrogénico”, que consiste en la suma de todos los efectos del exceso de corticoides usados por tiempo prolongado, lo cual produce hipertensión, obesidad centrípeta, hirsutismo, diabetes, osteoporosis. La gravedad dependerá del tiempo de utilización y de la dosis empleada.

La mejor recomendación es la siguiente: Si es necesaria la formulación de esteroides se deben administrar por el menor tiempo posible y en las menores dosis con las que se obtenga el efecto deseado. Además, se debe tomar la precaución de advertir al paciente sobre todos los efectos colaterales de los esteroides y que no debe suspender por cuenta propia la medicación.

A continuación se resume el uso racional de esteroides.

Uso racional de esteroides

- No tomar medidas especiales si su uso es menor a 10 días (independiente de la dosis)
- Suprimir por pasos la medicación si el periodo es mayor
- Si el uso es por tiempo prolongado disminuciones cada 5 días o cada semana de 3 a 5 mg de prednisolona o equivalentes, son indicadas
- Si hay intercurencia debe reiniciar esteroides
- No es tanto el uso, sino el abuso lo que causa las principales iatrogenias
- Buscar la mínima dosis necesaria para la entidad a tratar
- Si es por tiempo prolongado, dosis matinal interdiaria, menos supresión
- Siempre que se vayan a usar por más de un mes, dar calcio con Vitamina D
- Si es más de 6 meses DMO y dar antiresortivos.

Historia de la Mirada Bioética desde la periferia

Floro Hermes Gómez Pineda¹ y Orlando Politano Garcés²

Resumen

Introducción: El primer ensayo, la Mirada Bioética en el mundo, examinó los antecedentes de la Bioética, que se remontan a 1962; el origen y la aparición de ella, ocurrido en 1970 cuando Van Rensselaer Potter acuñó el término; su consolidación en la década de los ochenta ante el gran avance de la biotecnociencia; y lo reciente en la materia a partir de los trabajos de Daniel Callahan. Y el segundo, la Mirada Bioética en Colombia, se centra en los antecedentes, en el origen y en la aparición de la Bioética en Colombia, segundo país de América Latina en acogerla.

Objetivo: El objetivo del trabajo fue entregar un primer aporte a la historia de la mirada Bioética y su acontecer, para contribuir a la nueva historiografía de nuestro medio y dar nacimiento a una línea de investigación de la Bioética en el Valle.

Metodología: 1) Se revisaron libros, publicaciones seriadas y bases de datos; 2) Se elaboraron y reelaboraron borradores a partir de la técnica para el análisis de textos, y, 3) Escritura del texto final.

Conclusiones: 1) En la perspectiva histórica se advierte su acelerado desarrollo y la dificultad para establecer hitos desde los cuales analizarla; 2) Desde Colombia, aunque tardó su desarrollo en el ámbito mundial, se la ha impulsado hacia América Latina; y, 3) La Bioética, como creación norteamericana, está ligada a la biotecnología porque este país es líder de tales investigaciones y porque vive los riesgos de manera próxima.

Palabras clave: Bioética, Ciencia, Ética, Filosofía, Historia, Medicina

Summary

Introduction: The first essay, The Bioethical Outlook in the Word, it examined the background that dates back to 1962, the origin and appearance that happened in 1970 when Van Rensselaer Potter coined the term, its consolidation in eighties due to the great advance of the biothechnoscience, and, the most recent works of Daniel Callahan. And, the second essay, The Bioethical Look in Colombia, examined our backgrounds, origin and appearance in Colombia, the second country in Latin America to welcome Bioethics.

Objective: The aim of this report is to “establish a preview of the History of the birth and evolution the Bioethical Outlook and its “occurrence”, this way contributing to the new historiography” of our environment and establish the birth of a Bioethical historiographic research line.

Methodology: 1. Books, sequenced publications, and databases were reviewed; 2. Drafts were made and remade, for this purpose we relied upon Tools for Text Analysis, and 3. Writing of the final text.

Conclusions: 1. In the historic perspective it is noticed the speedy development and the difficulty in establishing milestones from which it can be analyzed. 2. From Colombia, although its slow development with respect to the word environment, it has

1. Médico egresado de la Universidad Libre. Realizó Estudios Políticos de Maestría en la Pontificia Universidad Javeriana; y de Bioética de Especialización en la Universidad del Valle. Es profesor universitario desde 1990. Actualmente es estudiante del Doctorado en Estudios Políticos de la Universidad Externado.

2. Filósofo egresado de la Universidad del Valle. Realizó Bioética de Especialización en la Universidad del Valle. Es profesor universitario desde 1978.

been propelled towards Latin America. 3. Bioethics as an American creation, is linked to the biotechnology, because this country is the leader in such research and because it experiences the risks first hand.

Key Words: Bioethic, Ethic, History, Medicine, Philosophy, Science

La ética se puede comprender, en general, como una disciplina filosófica que esclarece, reflexiona y fundamenta esa experiencia humana que es la moral.¹ O como la ciencia filosófica encargada de estudiar o reflexionar sobre la moral.² Para el objeto de esta investigación el papel de la ética es esclarecer, reflexionar y fundamentar las experiencias humanas bio–tecnocientíficas y los comportamientos que se adoptan a partir de ellas.

En medio de la urgente necesidad de establecer un diálogo entre las ciencias de la vida (las biología celular, general y molecular; la bioquímica, la genética, la microbiología, la nanotecnología, la neurología, etc.) y la moral,³ cargada de biologismo (producto del devenir de los desarrollos académicos, científicos, culturales, económicos, tecnológicos y sociales), está la Bioética, hija del creciente número de problemas morales que originan, en especial, las biología celular y molecular, y, en general, la bioquímica, la nanotecnología y las neurociencias,⁴ dentro de su proceso de desarrollo tecnocientífico y socioeconómico. Pero también la medicina, que su finalidad primaria y principal (la defensa y protección de la vida) está haciendo tránsito, con el transcurso del tiempo, a un arte que manipula y elimina vidas (el hacer posible las vidas no viables, el aborto, los cuidados intensivos, la muerte cerebral, los trasplantes); es decir, que en su devenir ha llegado a una “medicina de límites”. Esto lleva hoy a incluir dentro de la Bioética la Ética Médica, pero sobrepasándola de manera manifiesta.⁵

¿Por qué se ha dado esto? Porque en las tres últimas décadas del siglo XX la ética se ha preocupado por la vida misma y sus responsabilidades; ha abandonado su camino de preocupación, en un principio, por las relaciones interindividuales y luego por la relación de los sujetos y su sociedad: “trata a los otros como querrías que ellos te trataran a ti”.⁶

Materiales y métodos

Se realizó un estudio, que no constituyó una perspectiva general del estado de la Bioética, el

cual utilizó la técnica para el análisis de textos para recopilar, observar y analizar escritos obtenidos de bases de datos, publicaciones seriadas y libros.

Esta técnica para el análisis de textos, que no pretendió estudiar la evolución histórica de la Bioética desde su aparición hasta hoy, buscó en primer lugar reunir los conceptos más importantes, genéricos o específicos, sobre la Bioética en el contexto mundial, y en el colombiano, en particular, para describirlos, para facilitar su comprensión y para valorarlos desde una perspectiva historiográfica. Para ello se elaboraron:

- Fichas de localización general de la Bioética y sus tópicos propios de discusión.
- Fichas de localización general por autor tratado; y
- Fichas de contenido, que desarrollan los temas generales, particularizándolos y especificándolos.

Las fichas de *localización general* permitieron organizar la información recabada sobre Bioética y sus tópicos de discusión, y sirvieron para reunir datos generales y para formar su panorámica. Las de *localización general por autor* facilitaron la organización bibliográfica exacta de la base de datos, el capítulo del libro, la publicación seriada o el libro contentivo del concepto específico rastreado: la Bioética y sus tópicos propios. Y las fichas de *contenido* permitieron mayor rigor y precisión en el estudio, así como ser descriptivos, comprensivos y valorativos del trabajo sobre la historiografía de la Bioética y sus tópicos propios en el mundo y en Colombia.

Resultados

Se lograron dos ensayos sobre la mirada Bioética: el primero, en el mundo y el segundo, en Colombia; pero con una mirada desde una perspectiva de periferia.

Antecedentes de la Bioética y sus tópicos en el mundo.

Se encontró que en la segunda mitad del siglo XX, a partir de los años cincuenta comenzó a ser usual en el lenguaje culto el criterio de *calidad de vida*, el cual sólo alcanzó una connotación semántica precisa en la década de los sesenta, cuando nacieron los cuidados intensivos como consecuencia de ser posible sustituir algunas funciones vitales.

En esta misma década, exactamente en 1962, en Seattle (estado de Washington), se creó un comité de legos (no médicos) para establecer qué pacientes se beneficiarían de la nueva máquina de hemodiálisis; en otras palabras, decidir respecto de la vida, la muerte y el destino de las personas. Pero lo novedoso era que la decisión no recaía sobre los médicos, sino sobre una representación de la comunidad. Así mismo, en 1967, con el primer trasplante de corazón, nació el problema de cómo definir la muerte clínica, lo que suscitó muchos interrogantes acerca del consentimiento del donante y condujo en 1968 al surgimiento de la noción de muerte cerebral en medio de dramáticos casos de coma irreversible que animaron el debate sobre la eutanasia y el derecho a la propia muerte.

Una nueva palabra: Bioética. Sus usos en el mundo.

En 1970 el médico y profesor de oncología de la Universidad de Wisconsin doctor Van Rensselaer Potter acuñó la palabra **Bioética** en un artículo suyo publicado en el volumen 14 de la revista *Perspectives in Biology and Medicine*.⁷ En 1971, en medio del debate moral que produjo Janeth Mertz cuando explicó que intentaba introducir un cromosoma de un virus tumoral, el virus simio SV 40, en una cepa de *E. coli*, el doctor Potter usó por segunda vez la palabra **Bioética** en la publicación de su libro titulado: *Bioethics. Bridge to the Future*,⁸ al tiempo que el doctor Daniel Callahan utilizó el término **Bioética** en el número 1 de la publicación *Hastings Center Report*,⁹ la cual ha sido vista como la Biblia de la visión secular de la Bioética. En 1978 aparece la primera definición formal de **Bioética** en la *Encyclopedia of Bioethics*.¹⁰ En 1980 Potter usa **Bioética** en un artículo titulado "Getting to the year 3000: Can global bioethics overcome evolution's fatal flaw?";¹¹ nuevamente la utiliza en 1987¹² y en 1995, pero esta vez en compañía de Lisa Potter.¹³

Institutos de Bioética en el mundo.

En 1971, seis meses después de que Potter publicara su libro *Bioethics. Bridge to the Future*, el Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Development, fundado por André E. Hellegers en Georgetown University, fue redenido como Joseph and Rosse Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics.¹⁴ Nació así

el primer centro para el estudio de la Bioética. En 1972, en La Plata (Argentina) nació el primer centro de estudios Bioéticos de Iberoamérica: el Instituto de Humanidades Médicas y Centro de Bioética de la Fundación Mainetti.¹⁵ En 1976 el médico jesuita catalán Francesc Abel fundó el primer Centro de Bioética de Europa: Instituto Borja de Bioética. En 1979 el doctor David Roy fundó el Centro de Bioética del Instituto de Investigaciones Clínicas de Montreal, y en 1992 en la Universidad de Monash de Australia se fundó la Asociación Mundial de Bioética.¹⁶

Conceptualización de la Bioética

En 1971 el doctor Van Rensselaer Potter la concibió como *una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con el conocimiento del sistema de valores humanos*.¹²

En 1978 Warren T. Reich, en la primera edición de la *Encyclopedia of Bioethics*,¹⁰ la define como *el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales*. De otro lado, la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research publica el *Belmont Report*, que señala los principios de la Bioética: a) el de **autonomía**, que nace del respeto por las personas; b) el de **beneficencia**, que por entenderse como una obligación del médico conduce al de **no maleficencia**; y c) el de **justicia**,¹⁷ los cuales fueron considerados por Tom L. Beauchamp y James E. Childress, basados en el filósofo británico David Ross, *prima facie duties*.¹⁸

En 1980 Bernard Lo y Albert R. Jonsen introducen dentro del léxico de la Bioética el término antiguo **futilidad**,¹⁹ para referirse a todo aquello que aplicado a un paciente ya no lo beneficia sino que lo perjudica. Y en 1989 Marciano Vidal señala que la Bioética *...más allá de un ordenamiento jurídico y deontológico, y más acá de las convicciones religiosas...* es una ética laica, racional, pluralista, mínima, dinámica y enraizada en la historia.²⁰

En 1992 Diego Gracia Guillén, al retomar el *Belmont Report* y la obra de Tom L. Beauchamp y James E. Childress plantea que los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia se agrupan en dos niveles: el primero, integrado por la no maleficencia y la justicia; y el segundo, por la autonomía y la beneficencia.²¹

En 1996 Miguel Moreno confiere a la Bioética el papel de haber hecho cuatro aportaciones al debate filosófico: 1) Clarificación conceptual y epistemológica; 2) Justificación de propuestas y alternativas; 3) Plantear nuevas cuestiones filosóficas; y, 4) Aportar nueva luz o perspectivas renovadas a viejos problemas.²²

Bioética y acción política alrededor del mundo.

En 1972 se aprueba en los Estados Unidos de América la Carta de los Derechos de los Enfermos, cuyo pilar básico es el “consentimiento informado”. Consagra cuatro derechos: a la vida, a la asistencia sanitaria, a la información y a la muerte digna.⁹ Un año después el Congreso de los Estados Unidos de América expide “The National Research Act”, mediante el cual crea la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, integrada por once miembros.¹⁴

En 1975 el Tribunal Supremo del Estado de New Jersey reconoció a la joven **Karen A. Quilan** “el derecho a morir en paz y con dignidad”.⁹

En 1982 la asamblea parlamentaria del Consejo de Europa señaló que la dignidad inherente a la persona se relaciona con la noción del “derecho a la herencia”, dando acceso a un patrimonio genético que no haya experimentado ninguna manipulación, salvo con fines terapéuticos y en casos de enfermedades graves.²³

En 1986 el Consejo de Europa estableció recomendaciones sobre los aspectos jurídicos de la utilización de embriones y fetos humanos con fines diagnósticos, terapéuticos, industriales y comerciales. Así mismo la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa reafirmó el derecho al patrimonio genético no manipulado salvo con fines terapéuticos. Esta última recomendación propone también la prohibición de la clonación, la elección de sexo con fines no terapéuticos, la creación de quimeras, la fertilización entre especies diferentes y otras manipulaciones genéticas que no tengan fines terapéuticos.²⁴

En 1995 el Comité Internacional de Bioética (CIB) de la Unesco presentó una Declaración sobre el Genoma Humano el cual proclama la intimidad de “nuestra constitución genética”.

En 1997, el 4 de abril, se aprueba por el Consejo de Europa el “Convenio de Asturias de Bioéti-

ca” sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.²⁵ Y el 6 de noviembre el Comité de Ministros del Consejo de Europa, aprueba el Protocolo para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en relación con la aplicación de la biología y la medicina y la prohibición de clonar seres humanos.²⁶ Por otra parte, el 11 de noviembre, la Asamblea de la Unesco declara que *el genoma humano es la base de la unidad fundamental de todos los miembros de la familia humana y del reconocimiento de su dignidad y diversidad intrínsecas. En sentido simbólico, el genoma humano es el patrimonio de la humanidad.*²⁷

En 1999 entra en vigencia el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina promovido por el Consejo de Europa.²⁸

Antecedentes de la Bioética y sus tópicos en Colombia.

En 1965 se realiza en Colombia el primer trasplante renal y un año después se abre en Bogotá la primera clínica colombiana para la planificación familiar, propiedad de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana.²⁹ A finales de 1969 se funda en Colombia la primera unidad de cuidados intensivos, en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá.³⁰ Y, por último, un antecedente de la Bioética digno de tenerse en cuenta es la enseñanza de la ética y de la deontología médicas, promovida por la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, Fepafem.

En los setenta, sin que se conociera públicamente la Bioética, nació un movimiento de humanización de la medicina propiciado en Bogotá, Medellín y Cali, que dio comienzo a nuevas escuelas de medicina, orientadas a la “Salud Comunitaria y de Familia”. En 1976, el capellán de la Universidad Nacional escribe *La actitud ante el paciente moribundo. Aspecto Religioso.*³¹ En 1977, Juan Mendoza Vega publica el artículo “Consideraciones sobre muerte cerebral” en la revista *Consulta*.

La nueva palabra: Bioética. Sus usos en Colombia.

En 1981 Jaime Bernal Villegas utiliza por primera vez la palabra “Bioética” en Colombia.³² Luego,

en 1994, la usa el padre José Gilberto Osorio Hoyos, de la Universidad del Valle.³³ Un año después la utiliza la hoy Escuela Colombiana de Medicina, en su primer libro de la colección *Bios y Ethos*.³⁴ En 1996 se crea la sección "Tribuna de Bioética" en la revista *Avances en Medicina Social*.³⁵ Y en 1998 se la utiliza ante la Sociedad Antioqueña de Historia de la Medicina.³⁶

Institutos de Bioética en Colombia

El profesor Fernando Sánchez Torres fundó en diciembre de 1985 el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB), el cual ha mantenido desde entonces un seminario de estudios bioéticos que perdura hasta hoy. En 1988 se fundó el Centro de Ética Médica y de Bioética en Ascofame, que lleva por sigla CEMA. En 1990, en febrero 20, se crea la Academia de Bioética de la Universidad del Valle,³⁷ la cual ha funcionado ininterrumpidamente hasta la fecha. Por otra parte, el padre Alfonso Llano Escobar, S.J., funda el Centro Nacional de Bioética -Cenalbe-. En 1993 el padre Gilberto Cely, S. J., funda el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana.

Conceptualización de la Bioética en Colombia

En este campo, los diversos autores nacionales se han limitado a continuar las corrientes venidas de fuera, salvo intervenciones estatales, verbi gratia: aunque en 1982 se define la muerte cerebral como *la ausencia de respiración, de reflejos superficiales y profundos, la carencia de tono muscular y la desaparición de todas las señales electroencefalográficas, sin que la persona esté sometida a estados artificiales de hipotermia ni se encuentre bajo los efectos de sedantes*, en 1989 el gobierno colombiano la redefine como el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones de tallo cerebral, comprobado por examen físico,³⁸ y en 1997 la Corte Constitucional abrió la posibilidad a la *eutanasia activa consentida* cuando estableció, al referirse al homicidio por piedad, que "en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor pues la conducta está justificada".³⁹

Bioética y acción política en nuestro país

En 1979 se regula, por la Ley 9 de 1979, *la donación o traspaso de órganos, tejidos y líquidos orgánicos de cadáveres o de seres vivos para trasplantes u otros usos terapéuticos*.⁴⁰

En 1982 el gobierno nacional expide el decreto 3 de 1982 por el cual reglamenta la ley 9 de 1979 en cuanto a la obtención, preservación, almacenamiento, destino y disposición final de órganos o componentes anatómicos y líquidos orgánicos distintos de la sangre destinados a trasplantes u otros usos terapéuticos o de diagnóstico en seres humanos o para propósitos de investigación científica.⁴¹

En 1991, mediante la resolución número 13437 de 1991, el Ministerio de Salud Pública ordenó la constitución de los Comités de Ética Hospitalaria y adoptó el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.⁴²

En 1994 la Secretaría de Salud del Distrito Capital de Santafé de Bogotá expide la resolución mediante la cual se adoptan las condiciones mínimas para el funcionamiento de los Bancos de Gametos, Embriones y Unidades de Fertilidad en el Distrito Capital.⁴³

En 1998 el gobierno nacional *reglamenta parcialmente las leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en cuanto a la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos en seres humanos, y se adoptan las condiciones mínimas para el funcionamiento de las Unidades de Biomedicina Reproductiva, Centros o similares*.⁴⁴ Se expide la resolución por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los Bancos de Componentes Anatómicos, de las Unidades de Biomedicina Reproductiva, Centros o similares.⁴⁵ Y se crea el Consejo Técnico Nacional para la introducción, producción, liberación y comercialización de Organismos Modificados Genéticamente de uso agrícola.⁴⁶

En 2001 se crea, en junio, por decreto presidencial, la Comisión Intersectorial de Bioética y "se reglamenta y establece el procedimiento de bioseguridad para la introducción, producción, liberación, comercialización, **investigación**, desarrollo biológico y control de calidad de Organismos Modificados Genéticamente (OMG) de interés en salud y producción pecuaria, sus derivados y productos

que los contengan".⁴⁷ En 2002 Colombia aprueba el Protocolo de Cartagena sobre seguridad de la biotecnología del Convenio sobre la Diversidad Biológica, pactado en Montreal el 29 de enero de 2000.⁴⁸

Discusión

Desde este horizonte historiográfico, el cual no procura dar una perspectiva general del estado del dominio de la Bioética, ni pretende mostrar la evolución de ella desde su nacimiento hasta hoy, ni mucho menos señalar sus perspectivas ni su evolución futura, se realizaron los siguientes hallazgos:

En procura de una mirada de la Bioética en la perspectiva histórica, se advirtió un acelerado desarrollo de ella, por una parte, y la dificultad, por ese mismo motivo, para establecer hitos desde los cuales iniciar un análisis historiográfico de precisión.

Desde Colombia se encuentra que su desarrollo, considerado dentro el ámbito mundial, ha sido tardío y lento, con pocos aportes a su conceptualización.

Son claros los hallazgos que señalaban que la Bioética es una creación típicamente norteamericana, ligada a la biotecnología, tal vez por ser los Estados Unidos el líder de tales investigaciones y el que vive los riesgos de manera más próxima, pero también las ambiciones más grandes.

Mientras en el mundo las elaboraciones conceptuales anteceden a los desarrollos legislativos y jurídicos, en nuestro país la situación ha sido otra: los desarrollos jurídicos priman. Y a pesar de los avances legislativos en Colombia son pocas las reflexiones sobre su esencia, como lo demuestra lo encontrado.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las universidades Libre y del Valle por los valiosos aportes documentales. Así mismo, a los compañeros de la primera promoción de la Especialización en Bioética de la Universidad del Valle por los documentos entregados. Finalmente, al doctor Aristides Obando Cabezas por su guía y consejo.

Bibliografía

1 Larroyo, F. Historia de las doctrinas filosóficas en Latinoamérica. México: Porrúa, 1968.

- 2 Escobar, G. *Ética: Introducción a su problemática y su historia*. México: McGraw-Hill, 1993.
- 3 Albuquerque, E. *Bioética: una apuesta por la vida*. Madrid: Ed. CCS, 2002.
- 4 Varga, A. C. *Bioética: principales problemas*. Bogotá: San Pablo, 1994.
- 5 Lucas, R. *Antropología y Problemas Bioéticos*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2001
- 6 Llano, A. Nota del Traductor. En: VARGA, A. C. *Bioética: principales problemas*. Bogotá: San Pablo, 1994: 1-4.
- 7 Potter, V. R. *Bioethics: The Science of Survival*. *Perspect Biol Med* 1970; 14: 127-153.
- 8 Potter, V. R. *Bioethics. Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1971.
- 9 Gafo, J. Conferencia-coloquio: "Veinticinco años de Bioética". *Boletín Forum Santillana*. 1997. Págs. 1-4.
- 10 Reich, W. T. *Encyclopedia of bioethics*. IV vols. New York: McMillan, Free Press, 1978.
- 11 Potter, V. R. Getting to the year 3000: Can global bioethics overcome evolution's fatal flaw? *Perspect Biol Med* 1980; 34: 97.
- 12 Potter, V. R. *Global bioethics: Building on the Leopold legacy*. East Lansing: Michigan State University Press. 1988.
- 13 Potter, V. R. y Potter, L. *Global Bioethics: Converting Sustainable Development to Global Survival*. *Med Global Survival*. 1995; 2: 185-191.
- 14 Irving, D. What's is bioethics? (Quit est bioethics?). En: Tenth Annual Conference: Life and Learning. Washington, D. C.: Georgetown University, 03/06/2000.
- 15 Mainetti, J. A. *Bioética en América Latina. Seleccionaciones de Bioética*. Instituto de Bioética-Cenalbe. 2002; 1: 98-106.
- 16 Llano, A. *Apuntes para una historia de la Bioética. Seleccionaciones de Bioética*. Instituto de Bioética-Cenalbe. 2002; 1: 8-21.
- 17 Cortina, A. *Ética Aplicada y Deocracia Radical*. Madrid: Tecnos, 2001.
- 18 Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979.

- 19 Lo, B. y Jonsen, A. R. Clinical decisions to limit treatment. *Ann Intern Med* 1980; 93: 764-768.
- 20 Vidal, M. (coordinador) (1989): *Bioética. Estudios de Bioética racional*. Ed. Tecnos, Madrid.
- 21 Gracia, D. (1992): Planteamiento de la Bioética. En: M. Vidal (editor): *Conceptos fundamentales de ética teológica*. Trotta, Madrid, pp. 421-438.
- 22 Moreno, M. (1996): *El debate sobre las implicaciones científicas, éticas, sociales y legales del Proyecto Genoma Humano. Aspectos epistemológicos*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada.
- 23 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 934 relativa a la ingeniería genética. Artículo 4 (i). Estrasburgo, 1982
- 24 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Sesión 38ª, II parte. Textos adoptados: Recomendación 1046 relativa a la utilización de embriones y fetos humanos con fines diagnósticos, terapéuticos, científicos, industriales y comerciales. Estrasburgo, 1986 (art. 1).
- 25 Consejo de Europa. Convenio de Asturias de Bioética. Versión española. España: Imprenta del Ministerio de Asuntos Exteriores. 1997.
- 26 Comité de Ministros del Consejo de Europa. Protocolo para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en relación con la aplicación de la biología y la medicina sobre la prohibición de clonar seres humanos. Versión española. España: Imprenta del Ministerio de Asuntos Exteriores. 1997.
- 27 UNESCO. Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. UNESCO, 11 de Noviembre de 1997
- 28 Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Consejo de Europa 1997.
- 29 Duro, V. Situación de los trasplantes en América Latina. http://www.elhospital.com/pragma/documenta/elhospital/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_30014_HTML.html?idDocumento=30014
- 30 Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J., Restrepo, J., González, M. A. Restrepo, G. et al. *El paciente en estado crítico. Fundamentos de Medicina*. Medellín: Corporación para las Investigaciones Biológicas, 2003.
- 31 Universidad El Bosque. *Historia de la Bioética en Colombia*. Colección Bios y Ethos. Nro. 21. Bogotá: Editorial Kempis, 2002.
- 32 Bernal, J. ¿Bioética o matando el miedo? *Universitas Médica*. 1981; 23: 179-183.
- 33 Osorio, J. G. El significado de la Bioética en las Organizaciones de Salud en: *Serie de Lecturas Escogidas*, Vol. 9. Cali: Imprenta Central de la Universidad del Valle, 1994.
- 34 Colección Bios y Ethos. *Bioética. Calidad de vida en el siglo XXI*. Vol. 1. Ediciones El Bosque. 2ª. Ed. 2000.
- 35 Tribuna de Bioética. *Avances en Medicina Social*. Vol. 6, Nro. 1, 1996. Págs. 35-45.
- 36 Gómez, C. A. Desde Nuremberg hasta los modernos códigos de ética médica. (un comentario sobre las relaciones entre la Bioética y la historia) *Revista Colombiana de Reumatología*. v. 6, Nro.1, 1999.
- 37 Osorio, J. G. Editorial. *Boletín de Bioética*. Nro. 1, 1995. Pág. 1.
- 38 República de Colombia. Decreto 1172 de 1989. Artículo 12.
- 39 Lozano, J. La eutanasia activa en Colombia: algunas reflexiones sobre la jurisprudencia constitucional. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie G: Estudios Jurídicos. Nro. 22, 2001
- 40 República de Colombia. Ley 09 de 24 de enero de 1979, artículos 540 y ss.
- 41 Presidencia de la República de Colombia. Decreto 3 de 1982.
- 42 Ministerio de Salud Pública. Resolución 13437 de 1991.
- 43 Secretaría de Salud del Distrito Capital. Resolución 01628 de 1994.
- 44 República de Colombia. Decreto 1546 de 1998.
- 45 Ministerio de Salud. Resolución 03199 de agosto 6 de 1998.
- 46 Instituto Colombiano Agropecuario. Acuerdo 013/1998. 22 de diciembre de 1998.
- 47 Instituto Colombiano Agropecuario. Resolución 02935 de Octubre 23 de 2001.
- 48 Congreso de la República de Colombia. Ley 740 de 2002.

Procesos ético-disciplinarios

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

Auto Interlocutorio No. 013-2007

Santiago de Cali, a los veinte (20) días del mes de marzo de dos mil siete (2007)

Proceso Disciplinario No. 861-06.

Denunciante: M.C. G.

Paciente: M. C. G.

Investigados: Médicos tratantes del Hospital Universitario del Valle

Magistrado Instructor: Dr. Rodrigo Triana Ricci

Objeto de decisión

Se procede a resolver el recurso de reposición interpuesto por la señora M. C. G., en calidad de denunciante, contra la providencia interlocutoria No. 068 de 25 de octubre de 2006 por medio de la cual se inhibe esta Corporación de abrir formal investigación ética–disciplinaria.

Consideraciones

La señora M. C. G., en calidad de denunciante, interpuso recurso de reposición y en subsidio de apelación contra el auto interlocutorio No. 068 del 25 de octubre de 2006, por medio del cual este Tribunal se abstuvo de abrir formal investigación contra los médicos que el día 9 de enero del 2004 la atendieron en el Hospital Universitario del Valle con ocasión de su parto.

En escrito presentado el 14 de noviembre del año 2006, la recurrente transcribe apartes de la relación de los hechos de la demanda formulada ante el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle, proceso que según folio 00129 está radicado como Reparación Directa contra el Hospital Universitario del Valle, demandante M. C. G., y argumenta como sustento lo que su abogado expuso en la demanda, consistente en que la ruptura uterina requiere

de la corrección quirúrgica inmediata mediante la laparatomía exploradora, y que de acuerdo con el estado de la lesión del útero se decide realizar la sutura adecuada cuyo procedimiento se denomina histerorráfía, o realizar la extracción total del mismo, es decir, histerectomía. Agrega que en el caso presente se realizó una histerorráfía y no una histerectomía, pero que el médico residente de ginecología (no suministra nombre) tuvo una confusión total por cuanto le afirmó a la paciente que se le había practicado histerectomía, y por tanto no podía tener más hijos.

Conclusiones

Se entiende por epicrisis, conforme al Art. 1º numeral 5º de la resolución No. 03374 del 27 de diciembre del 2000, expedida por el Ministerio de Salud –hoy de Protección y Seguridad Social– el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, y que como mínimo debe contener los siguientes datos: de identificación, del ingreso, de la evolución, del egreso y del médico que elaboró la epicrisis.

Está claro que la nota de epicrisis en el presente caso fue elaborada por el doctor A. F. S., cuyas

fotocopias corresponden a los folios 00047 (aportado por la quejosa) y 00099, remitido por los funcionarios del H.U.V. cuando se solicitó por parte del Tribunal copia de la historia clínica de la paciente M. C. G.. Como diagnóstico de egreso se lee en la nota de epicrisis: G2 P2, puerperio inmediato, preclampsia severa, POP laparatomía, hysterectomía, hematoma de pared. También se consignó como cirugía o procedimiento: laparatomía, hysterectomía, drenaje de hematoma de pared, transfusión de glóbulos rojos.

Está perfectamente definido que el doctor A. F. S. no intervino en la atención del parto del día 9 de enero del 2004, como tampoco en la operación del día siguiente en donde se realizó laparatomía por ruptura uterina e histerorráfia, no obstante tener él la condición de médico residente de ginecología. Es un error que el doctor S. haya consignado la realización de hysterectomía en la nota de epicrisis porque en verdad al revisar la historia clínica, y más precisamente las notas quirúrgicas de 9 y 10 de enero, no se evidencia que ésta tuvo lugar (ver folios 00100 y 00101), ni tampoco se infiere que haya ocurrido tal acto observando las notas de valoración preanestésicas y atendiendo los folios 00107 y 00108, como tampoco en el formato del consentimiento informado (folio 00106), e igual sucede con las anotaciones efectuadas por los médicos tratantes de la paciente, doctores L. F. L., J. G., J. C. Q., W. S., A. F. O., M. L. y L. F. F. R., entre otros, que comprenden los días 9 a 12 de enero de 2004, fecha en que se ordena la salida de la señora M. C. G.

La hysterectomía o extirpación del útero sano como método de esterilización no tenía en el caso presente, en la eventualidad que se hubiere dado, ninguna justificación desde el punto de vista ético - médico. Para la Sala resulta incomprensible que no recibiendo esta paciente ninguna información alusiva a hysterectomía en las dos ocasiones en que fue llevada a sala de cirugía, se aferre a la idea que por un error en la nota de epicrisis todos los médicos tratantes del Hospital Universitario del Valle deben ser investigados desde la óptica de la ética por presunta violación a la ley 23 de 1981. ¿Cómo entender, entonces, que si ella no autorizó la hysterectomía, egrese de la institución sin pedir una mínima explicación a los médicos que realizaron las intervenciones quirúrgicas? ¿Acaso no era un atentado a su integridad personal?

La Sala no se aparta del hecho de que la paciente mucho tiempo después consultó a un médico, pero considera que si el médico particular le suministró una información teniendo como único elemento la nota de epicrisis, que es lo que se deduce de su dicho, en nada contribuyó este médico con la paciente porque era vital que antes de acudir a los estrado judiciales se tuviera a disposición la copia íntegra de la historia clínica. No existía otro medio de prueba para despejar cualquier duda sobre si podía o no tener más hijos. Se estima, en consecuencia, que la demanda presentada ante el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca se hizo sin analizar los hechos desde este importantísimo documento, y que como la acción siguiente fue la queja instaurada ante este Tribunal de Ética Médica, simplemente hubo una repetición de hechos sin examinar a fondo la historia clínica.

La Sala no encuentra conducta clara y determinante que permita inferir que hubo violación a la ley 23 de 1981. Acepta que se trató de un error en el texto de la epicrisis de carácter caligráfico, no repetido en el resto de la historia clínica, y muy diferente a lo que en realidad ocurrió: una histerorráfia y no una hysterectomía. Por tanto, no repone la decisión impugnada, y concede el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica, que fue interpuesto como subsidiario.

Sin otras consideraciones, en uso de las atribuciones conferidas por la ley, el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca

Resuelve:

Primero. No reponer la decisión contenida en el auto interlocutorio No. 068-2006 de 25 de octubre de 2006, por las razones expuestas.

Segundo. Conceder, en el efecto suspensivo, el recurso de apelación que como subsidiario interpuso la señora M. C. G.

Tercero. Remítase el cuaderno original al Tribunal Nacional de Ética Médica para que se surta el recurso de apelación.

Cuarto. Comuníquese la decisión a la señora denunciante y a su apoderado.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

(Aprobado en Sesión de Sala Plena del 14 de Marzo de 2007, Acta No. 1076)

Nota: En Sala Plena, sesión No. 949 del quince (15) de abril de dos mil ocho (2008), Providencia No. 12-2008, magistrado ponente doctor Efraín Otero Ruiz, el Tribunal Nacional de Ética Médica decidió el recurso de apelación declarando en su parte resolutive: 1. Que no existía mérito para abrir investigación en contra de los médicos del Hospital Uni-

versitario del Valle; 2. Confirmar la resolución por medio de la cual el Tribunal Seccional del Valle del Cauca se inhibe de abrir proceso ético disciplinario contra los médicos del Hospital Universitario del Valle; 3. Ordenar el archivo del proceso al mencionado Tribunal Seccional.

Auto interlocutorio No. 027-2007

Santiago de Cali, a los veintisiete (27) días del mes de junio de dos mil siete (2007)

Proceso Disciplinario No. 887-06.

Denunciante: B.D.R.O.

Paciente: B.D.R.O.

Investigado: doctor A.M.R.

Magistrado Instructor: doctor Néstor Harry Amorocho P.

Objeto de decisión

Se procede a decidir si existe mérito para abrir investigación formal disciplinaria en contra del doctor A. M. R., o si en su lugar se inhibe de hacerlo el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, previas las siguientes

Consideraciones

1. La queja

El 2 de agosto de 2006 se recibió en el TEMVA queja de la señora B.D.R.O. por cirugía hecha por el doctor A.M.R. en la Fundación Valle del Lili. Refiere que el día 7 de junio de 2001 asistió a consulta por dolor en la cadera izquierda. Llevó la radiografía con diagnóstico de subluxación congénita, que para corregirla era necesario hacer una cirugía. Decidió someterse a ella porque el médico le explicó que si no se la hacía ahora tendría que hacerlo después porque era un caso grave. La cirugía se realizó el 4 de agosto del 2001. Siguió paso a paso las instrucciones médicas como muletas, bastón, terapia, etc. y después de un tiempo se dio cuenta de que estaba muy coja y que por esa causa se generaba mucho dolor en el lado derecho del cuerpo y en la columna. Volvió donde el médico, le explicó lo que pasaba y él le respondió que era falta de terapia, que tenía que hacerla y esperar. Hizo la terapia pero siguió igual.

Regresó nuevamente a la IPS Susalud, pidió cita y le respondieron que el doctor M.R. ya no trabajaba con dicha entidad. Frente a esta circunstancia tuvo cita con otro médico y no mejoró. Estuvo en dos juntas médicas sin recibir respuestas satisfactorias. Manifiesta que siente como si tuviera un pie más corto que el otro; su pie no tiene fuerza. Por todo lo anterior se dirige al TEMVA para saber si es responsabilidad del médico, si esa cirugía no debió practicarse, o fue sometida a una cirugía para corregir un problema y no para empeorarlo.

2. Desarrollo de la actuación

Ante la eventualidad que los hechos referidos al doctor M.R. se encontraran con una acción disciplinaria prescrita, por cuanto la cirugía practicada por él llevaba más de cinco (5) años, se dispuso investigación o indagación preliminar mediante auto de sustanciación de fecha 9 de agosto de 2006, en procura de que la práctica de pruebas permitiera definir este aspecto. La diligencia de ratificación y la obtención de la historia clínica constituyen ese elemental recaudo probatorio.

2.1 DILIGENCIA DE RATIFICACIÓN DE QUEJA

El 22 de febrero de 2007 se hizo presente ante el TEMVA la señora B. D. R. O., para ratificarse bajo juramento y ampliar la queja.

No recuerda hasta qué fecha la atendió el doctor M. R. Se le coloca de presente el folio 00017 para auxiliarla en su respuesta, y enterada expresa que de acuerdo con la documentación que aportó con su queja la atendió el 22 de marzo de 2003, pero no asegura que fue la última vez que la atendió. Concreta que está afiliada a Susalud EPS y su IPS es el Puesto de Salud del Limonar.

Expresa que fue valorada en junta ortopédica en dos ocasiones. Se concluyó en ambas juntas que no debía realizarse nueva cirugía sino insistir con fisioterapia porque se trataba, según ellos, de debilidad del músculo.

Dice que no fue informada por el doctor M. R. de los posibles riesgos antes de ser sometida a cirugía. "Si él me hubiera dicho que yo podía quedar coja no me hago operar. El médico me explicó que lo mío era un problema congénito".

No recuerda si en los años 2005 y 2006 se consideró, por parte de la EPS Susalud, que debía ser valorada en junta médica de ortopedia. Ha sido tratada en estos dos últimos años, en relación con el asunto de la cadera, por el ortopedista doctor C.

L. E. y otro que no recuerda. Agrega que tiene radiografías antes y después de la cirugía del 2001, historia de fisioterapia y parte de la HC. de la Fundación Valle del Lili.

2.2 LA HISTORIA CLÍNICA

La HC está comprendida entre folios 00003 a 00017 – 00024 a 00109

HC. FUNDACIÓN CLÍNICA VALLE DEL LILI
(FOLIO 00009)

Resumen de egreso

<i>Nombre</i>	B.D.R.O.
<i>Edad</i>	20 años
<i>Entidad</i>	Susalud
<i>Fecha ingreso</i>	Agosto 4/2001 Hora 10:00 a.m.
<i>Servicio de ingreso</i>	Ortopedia y Traumatología
<i>Fecha de egreso</i>	Agosto 7 /2001 Hora 9: a.m.
<i>Servicio de egreso</i>	Ortopedia y Traumatología
<i>Médico tratante</i>	doctor A.M.
<i>Dictado por el</i>	doctor A. M.

Diagnóstico de ingreso, ídem de egreso:

Displasia acetabular cadera izquierda
Artrosis moderada cadera izquierda

Paciente que desde hace dos años comienza a presentar dolor en la cadera izquierda de carácter progresivo, incapacitante; en la actualidad tolera caminar diez cuadras y en los últimos tres meses se ha asociado a cojera.

Se toma radiografía de pelvis en la consulta externa que muestra una cadera displásica, con quiste supra acetabular, cambios artrósicos. Se programa para cirugía electiva.

Al examen físico:

Paciente sexo femenino raza mestiza; en buenas condiciones generales, ambulatoria TA. 120/80 FC. 86.... En miembros inferiores no se encuentra acortamiento, hay limitación de las rotaciones de la cadera izquierda y sus movimientos son parcialmente dolorosos. No hay déficit neurovascular.

Con diagnóstico de una displasia acetabular de cadera izquierda se programa para cirugía electiva.

Agosto 4/01: Bajo anestesia general se realiza una osteotomía pélvica periacetabular tipo Ganz; se fija con tres tornillos de esponjoso logrando un buen cubrimiento de la cabeza femoral.

En el posoperatorio la paciente presenta adormecimiento, dolor y dificultad para su eliminación espontánea; razón por la cual debe permanecer 72 horas hospitalizada. Al mismo tiempo el Hemovac continúa drenando y hay necesidad de dejarlo por 72 horas con lo cual se logra disminuir la intensidad del dolor. Su última hemoglobina: 10:2 g.

Durante su hospitalización recibió transfusión de una unidad de glóbulos rojos.

Se da salida con analgésicos, indicaciones de no apoyo, ejercicios, control en dos semanas. Se expide incapacidad de 25 días, iniciando en agosto 4/01.

Firma y sello del doctor Alfredo Martínez. Ortopedia y Traumatología.

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA (FOLIO 00007)

Diagnóstico prequirúrgico:

Subluxación congénita de la cadera izquierda

Diagnóstico posquirúrgico:

Subluxación congénita de la cadera izquierda

Procedimiento

Osteotomía de pelvis tipo Ganz cadera izquierda

Tipo de cirugía: Electiva

Profilaxis antibiótica : Cefazolina 2g

Tipo de anestesia: general

Descripción del procedimiento

Bajo anestesia general se practica asepsia y antisepsia de la cadera y el MII. Se colocan campos quirúrgicos.

Se realiza una incisión de 15 cm de Smith- Petersen.

Se incide piel, tejido celular subcutáneo, fascia. Se disecciona y repara el nervio femorocutáneo lateral.

Se hace una disección a nivel de la cresta ilíaca interna y externa separando los músculos.

Posteriormente se tenotomiza el músculo recto sartorio y el recto anterior.

Se hace una disección cuidadosa de la cápsula articular en sus partes anterior e inferior.

Con un elevador de periostio se localiza el foramen obturatriz, separado el psoas en el lado medial y por la parte anteroinferior de la cápsula se localiza el isquión.

Una vez disecadas todas estas estructuras se realiza el primer corte a nivel del isquión con ayuda

del intensificador de imagen, con un osteótomo curvo de 15 mm de diámetro.

A nivel del foramen obturatriz también se hace un corte guiado por el intensificador de imagen que es el corte No. 2.

El corte No. 3 se realiza con una silla roxilante en la región supra acetabular y los cortes No. 4 y No. 5 se completan con osteotomos curvos. De esta forma se completa la osteotomía supra acetabular.

Se coloca un clavo de Shanz en la parte acetabular y se hace una rotación o desplazamiento lateral, y se baja el acetábulo para cubrir hacia abajo, hacia fuera o hacia delante. Una vez se logra el cubrimiento se fija la osteotomía con tres tornillos de esponjosa de dos canulados de 7 mm y uno no canulado de 6.5 mm, obteniéndose una fijación adecuada de la osteotomía.

Se lava con abundante solución salina. Se deja un drenaje tipo Hemovac. Se cierra por planos.

Tiempo de la cirugía: 2 horas 15 minutos

Sangre perdida: 400 cc

Firma y sello doctor A.M. Ortopedia y Traumatología.

REGISTRO DE ANESTESIA (FOLIO 00039)

Anestesiólogo: doctor M.H.V.

Cirujanos: M.- G.

Anestesia: Peridural

Sin complicaciones.

En nota de enfermería (folio 00059 vlto) por orden médica la jefe del servicio retira Hemovac.

Le dan salida a la paciente en agosto 7/01 (folio 00037 vlto)

CONSENTIMIENTO INFORMADO (FOLIO 00034)

Nombre del paciente: B.D.R.

Procedimiento que se va realizar: Osteotomía pelvis cadera izquierda.

Tipo de anestesia (en caso de necesidad): general. Bloqueo.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

“Se me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y se me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como otras alternativas de tratamiento. Soy consciente de que no existen ga-

rantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente: Osteotomía cadera izquierda, y los posibles riesgos más importantes son: infección, dolor, rigidez, deformidad y eventos no predecibles”.

Firma del paciente: B. D. R.

Documento de identidad: 31580807

Firma y sello. Doctor A. M. R.

Fecha: Julio 12-01

Los controles posoperatorios con el doctor A. M. comienzan el 18 de septiembre de /01 (folio 00014) y terminan en marzo 22 /03 folio 00017)

A folio 00029 se encuentra carta dirigida por el doctor A. M. al Coordinador Médico de Susalud doctor A. R., en referencia sobre la paciente B. D. R. O. (Folio 00029).

Consultó en junio 7/01 (folio 00013) por dolor en cadera de dos años de evolución, progresivo e incapacitante. Al examen físico se encontró cojera del glúteo medio, con movilidad articular de la cadera: flexión, 120°; rotaciones, 75°; y abducción, 45°. La radiografía de pelvis mostró subluxación congénita de cadera izquierda con presencia de quistes subcondrales. Se toma la decisión de realizar conducta quirúrgica: osteotomía pélvica tipo Ganz.

En julio 12 de 2001 (folio 00014) regresó la paciente para programar cirugía. Al explicarle el procedimiento quirúrgico lo rechaza y desea concepto de otro médico. Días más tarde regresa para programar cirugía.

Agosto 4/01. Bajo anestesia general (folio 00007) se realiza osteotomía izquierda tipo Ganz. obteniéndose cubrimiento adecuado de la cadera y fijación con tres tornillos de esponjosa. Se hospitaliza. En agosto 7/01 se da salida sin complicaciones.

Asiste a controles en septiembre 18 /01, noviembre 1/01, diciembre 4/01, enero 2/02, encontrándose una recuperación muy lenta con dolor, cojera y rigidez de cadera. En marzo 5/02, en el control, se atribuye el dolor (Folio 00028 vlto) a falta de consolidación de la osteotomía en la unión ilio púbica. Se aconseja cirugía pero la paciente no acepta.

Mayo 23/02. Refiere disminución del dolor pero expresa preocupación por la cojera. Se insiste en la terapia física (Folio 00026).

Agosto 20/02. Manifiesta descontento por su cojera. No tiene dolor. La movilidad de la cadera es: flexión, 120°; rotaciones, 90°; y abducción, 60°. La radiografía muestra osteotomía consolidada en su totalidad y no se considera necesario realizar cirugía (Folio 00026)

Comentario: La paciente se intervino por un problema congénito que estaba muy sintomático: dolor, cojera, rigidez. Al cumplir un año del procedimiento quirúrgico el dolor ha disminuido en forma significativa, la movilidad de la cadera ha mejorado, la cojera presenta un leve aumento por la debilidad previa del músculo glúteo medio y por la cirugía.

El reposo prolongado posterior a la cirugía atrofía y disminuye la fuerza del músculo. En repetidas oportunidades se le ha explicado a la paciente la importancia del fortalecimiento muscular para mejorar la marcha y disminuir la cojera (Negrillas fuera de texto)

Firma y sello: Doctor A. M. R. Ortopedia y Traumatología.

FOLIO 00084. CONSULTA ORTOPEDIA I.P.S. PUNTO DE SALUD LIMONAR

Fecha 2003/10/28

Consulta por dolor en lado derecho pop. Ganz 2 años izquierda. No tolera labor. Estuvo incapacitada por 6 meses. Uso de bastón. No puede caminar bastante con bastón.

Presenta buena movilidad en ambas caderas

Dx: Lumbago no especificado. Profesional: L.E.C.S.

FOLIO 00085. TERAPIA FÍSICA.

Fecha: 2004 /4/6

Motivo consulta: sigue con el dolor, más intenso, sobre todo cuando permanece parada en el lado no operado. Había perdido la cita previa. Mejoría parcial con aines. Trae Rx de columna normales.

Dx: Sinovitis y tenosinovitis no especificada

Profesional: L. E. C.

FOLIO 00087. CONSULTA ORTOPEDIA

Fecha: 2004 /6/29

Motivo consulta: Dolor en la otra cadera.

Dx: Luxación congénita de la cadera bilateral

Profesional: E.A.C.T.

FOLIO 00087. CONSULTA ORTOPEDIA

Fecha: 2005 / 8/16

Control. Paciente con osteotomía de Ganz /01. Refiere empeoramiento de la cojera; sin dolor, además sensación de traquido. Trae Rx de control donde hay callo óseo en sitios de osteotomía.

Cadera: Alteración de la asimetría de la espina ilíaca anterior. Se le explica la reorientación de la pelvis.

Dx: Luxación congénita de la cadera, no especificada.

Profesional. E. A. C. T.

3. Análisis y conclusiones

La Sala encuentra, al revisar con detenimiento la historia clínica de la paciente Beiba Dalila Rodríguez, que la actuación del doctor M. R. estuvo ajustada a la Lex Artis teniéndose en cuenta el curso de este tipo de patología: la displasia de cadera es una patología desde el nacimiento. Cuando se hace tratamiento adecuado desaparece y ofrece un acetábulo congruente. Si no se hace tratamiento evoluciona a la sub-luxación y, con el tiempo, se presentan quistes subcondrales que producen dolor, acentuándose marcha de glúteo medio antálgica. En este caso se hizo osteotomía tipo Ganz para evitar que se produjera una artrosis en una paciente tan joven (veinte años), en vez de un reemplazo total ya que estos, los reemplazos, se pueden desgastar, de acuerdo con la actividad, y requieren cambio entre los dieciséis y los veinte años; es decir, que con la edad que tenía habría necesidad de hacerle varios cambios durante su vida restante, de acuerdo con la expectativa de la misma. Ayuda mucho la fisioterapia para fortalecer grupos musculares de cadera tal como glúteo medio y el cuádriceps. En el caso en cuestión todo esto se ordenó adecuadamente.

Es necesario puntualizar que como la atención médica del M. R. se extendió luego de la cirugía a los años 2002 y 2003, siendo la última valoración suya de fecha 22 de marzo de 2003, la acción ética-disciplinaria no se encontraba prescrita cuando se recibió la queja de la señora B. D. R., toda vez que al declararse por la Corte Constitucional inexecutable el artículo 531 de la ley 906 de 2004 (sentencia C-1033/2006, expediente D 6282), se mantiene cinco (5) años como término de prescripción de la acción.

Recuérdese que cuando no existe norma expresa en la ley 23 de 1981, se acude al procedimiento penal para solucionar el vacío normativo (Art.82)

La Sala determina que no existe razón válida para continuar con la investigación de los hechos. Si la queja fue dirigida contra el doctor M. R. y del estudio de la historia clínica se ha inferido de manera razonada que la patología de la paciente fue tratada de manera adecuada por este profesional de la medicina, que en su actuar no se evidencia falta a la ética médica por factores de imprudencia, negligencia, impericia, omisión de protocolos o inobservancia del deber de cuidado de la paciente, pertinente resulta que se declare inhibida la Sala para abrir investigación ética–disciplinaria en su contra (Art. 82 Ley 23/81 conc. Art. 327 Ley 600 de 2002 anterior C.P.P.), que equivale en el nuevo estatuto procesal penal a no encontrar mérito para investigar.

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

Resuelve:

Primero. Declarar que no existe mérito para abrir investigación ética–disciplinaria en contra del doctor A. M. R. por no existir conducta presuntamente violatoria de la ley 23 de 1981 y del decreto 3380 de 1981.

Segundo. Notifíquese la decisión a la señora B. D. R. para los efectos de ley, contra la cual proceden los recursos de reposición y apelación.

Tercero. En firme, procédase al archivo del proceso.

Cuarto. Comuníquese la decisión al doctor A. M. R.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

(Aprobado en Sesión de Sala Plena del 20 de junio de 2007, Acta No. 1094)

Auto interlocutorio No. 026-2008

Santiago de Cali, a los siete (07) días del mes de mayo de dos mil ocho (2008)

Proceso Disciplinario No. 839-06.

Denunciante: Federación Colombiana de Triatlón

Paciente: F. D. B.

Investigada: doctora O. L. T. L.

Magistrado Instructor: doctor José Ackermann Izquierdo

Objeto de decisión

Se procede a decidir si existe o no mérito para formular cargos en los hechos materia de investigación, por los cuales se abrió apertura contra la doctora O. L. T. L. paciente F. D. B .

Consideraciones

1. La queja

Con fecha febrero 21 del 2005 se recibe escrito de la Federación Colombiana de Triatlón relacionado con el caso de la deportista F. D. B., porque tanto en los descargos presentados como en sus alegatos admitió haber consumido un medicamento que contenía las sustancias prohibidas que resultaron positivas en el análisis de la muestra tomada, un día antes de la competencia en la ciudad de Buga. Argumentó que consumió Tedral por prescripción de la médica O. L. T., quien hizo llegar a la Federación un documento sobre dicha atención, en el cual manifiesta que le recetó el medicamento aludido el día 14 de mayo del 2005 a la deportista F.D.

Señala la Federación que la profesional de la medicina, teniendo en cuenta la condición de deportista de alto rendimiento de su paciente, “no cumplió con el deber legal de que debía informar a la deportista de la incompatibilidad del medicamento con la práctica deportiva e inhabilitarla para competir, tal como lo indica el Art. 14 de la ley 845 de 2003”, y por ello solicita se investigue la conducta de la médica por la actuación en estos hechos. Impuso sanción de doce (12) meses por dopaje a la deportista. Se anexó la versión libre rendida por la deportista.

2. Hechos sobre la atención médica

Por la fecha del 14 de mayo de 2005 la doctora O. L. T. L. laboraba en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá. De esta institución se tiene respuesta

a requerimiento del TEM sobre copia de la historia clínica de la deportista F. D., en cuanto a que en su archivo no se encontró copia de ella.

Ante la Comisión Disciplinaria de la Federación Colombiana de Triatlón, con fecha julio 19 de 2005, dice la doctora O. L. T. L. (Folio 0009-0010): “Me permito manifestarles que la señora F. D. B. se presentó a mi residencia con un cuadro clínico de síndrome bronco-obstructivo moderado, causado por reacción anafiláctica secundaria a ingesta de lácteos, sustancia a la cual la paciente es alérgica; dicho cuadro debió ser manejado en el servicio de urgencias con corticoesteroides para tratamiento inmediato, el cual no instauré para evitar falsos positivos en una eventual prueba de dopping, arriesgándome con ello a complicación clínica de la paciente quien se encontraba taquipneica; sin embargo, asumiendo dicho riesgo, y dada su condición de deportista de alto rendimiento, instauré tratamiento alterno con teofilina más efedrina (Tedral) cuyo mecanismo de acción es el siguiente: disminución en la producción y acción del AMP cíclico, elemento clave en el proceso físico patológico del cuadro bronco-obstructivo manifestado por la paciente, efecto que su vez es potenciado por la efedrina y por otra parte disminuye la fatigabilidad muscular, que en ella es fundamental, pues se encontraba polipneica y taquipneica por el uso de los músculos respiratorios accesorios y que, de no haber sido oportunamente tratada, hubiera tenido resultados comprometedoros para su salud”.

Existe en el proceso copia de la fórmula médica expedida por la médica investigada (folio 0007), la cual reconoció la deportista y también la doctora T. L.

3. Testimonio de F. D. B.

El 23 de febrero de 2007 y bajo juramento rindió testimonio la señora F. D. B., quien expuso que

conocía a la doctora O. L. T. L. hace 8 años, prima hermana de su esposo, no era paciente de ella y ese día consultó en su casa que queda en la ciudad de Tuluá porque se sentía muy mal respirando. “Sospeché de un bronco-espasmo pues conozco mi organismo y decido consultarla a ella; era el médico más cerca que tenía. Y me expide una fórmula y me manda Tedral. Aclaro que al día siguiente de la consulta yo iba a participar en una prueba oficial de la Federación a realizarse en Buga. Explica que ingiere un alimento que contenía leche y al rato no podía respirar bien. Refiere que cuando llegó “me ausculta y puede oír el bronco-espasmo. Me dice: ‘Te voy a mandar un corticoesteroides’ y yo le dije que no porque tengo que competir al día siguiente y si me suministra ese medicamento voy a marcar durante 21 días. Ella me dice: ‘Te voy a mandar Tedral’ y me aclara: ‘De todos modos vas a marcar durante 48 horas y te tengo que inhabilitar de la competencia y lo tengo que hacer por escrito’; y yo le digo que no hay necesidad porque yo no voy a competir porque no me sentía bien, y ella fue muy insistente en eso”.

Comenta que la doctora T. L. fue citada a la Federación pero como no se podía desplazar hasta Cali, la Federación aceptó que redactara un escrito para explicar lo sucedido. Agregó que la única culpable, terca y negligente había sido ella, pero con su actuar había puesto a dar explicaciones a otras personas.

4. Versión libre de la doctora O. L. T. L.

El día 10 de septiembre de 2007 compareció ante el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca la citada doctora con el fin de ser oída en versión libre sobre los hechos materia de investigación, y refiere que el día anterior a la competencia se encontraba en Tuluá, donde vive, y llegaron a su casa buscando ayuda porque F. había comido algo y le había dado alergia, dificultades para respirar y rubicundez facial. “Al examinarla encontré bronco-espasmo moderado con sibilancias. Le pregunté que si antes había tenido un cuadro clínico similar y me dijo que sí, que ella era paciente con múltiples alergias a medicamentos y alimentos. Viéndola así yo le dije que su caso era de manejo con corticoesteroides, pero no lo manejé porque ella es una deportista de alto rendimiento y sé que ese medicamento da positivo en pruebas antidopaje por un

período de un mes. Le propuse llevarla a un Centro de Salud para observarla y ponerle oxígeno, pero ella se negó argumentando que esos cuadros eran frecuentes y que no se sentía tan mal como para ir a urgencias. Entonces le pregunté que en ocasiones pasadas con qué medicamento la habían manejado. Me contestó que con Tedral. También le pregunté que si le habían hecho pruebas antidopaje con ese medicamento y me dijo que sí pero que nunca le había salido positivo, por lo cual procedí a formularle el Tedral. Le formulé en un recetario del hospital donde yo trabajaba porque no tenía formularios membreados con mi nombre, y porque en Tuluá en las droguerías no venden droga sin fórmula que no tenga membrete personal o de alguna institución. De igual manera le advertí que no podía competir en la próxima semana al tomar el medicamento. Le dije que le iba a dar la inhabilitación por escrito, pero ella me dijo que no le diera nada porque igual ella no iba a competir”. Añade que fue citada por la Federación pero no pudo ir porque la citación llegó dos o tres días antes de la diligencia y su agenda de pacientes es programada con una semana de anticipación, por lo cual remitió un certificado explicando el por qué de su inasistencia y dando testimonio de su atención a F. Sobre la inhabilitación de la deportista para competir al día siguiente de la consulta respondió que lo hizo verbalmente: “Le iba a dar certificado por escrito pero fue insistente en que no iba a participar. Sin embargo, fui reiterativa en explicarle los riesgos que tenía con dicho medicamento, y la necesidad de inhabilitarla para competir. Ella hizo caso omiso a lo que yo le dije”. Sostiene que en su escrito dirigido a la Federación Colombiana de Triatlón no hizo manifestación de que la deportista estaba inhabilitada para competir porque ella aseguró que no iba a competir y hasta esa fecha pensó que no lo había hecho; que se dio cuenta de que ella estaba en proceso disciplinario por parte de la Federación en una reunión familiar un año después de ocurridos los hechos, y concluye que se enteró de que había un proceso disciplinario en contra suya por la citación que recibió del tribunal pero nunca por F.

5. Análisis y conclusiones

Comoquiera que el 8 de marzo de 2006 se dispuso abrir investigación ética-disciplinaria contra la doctora O. L. T. L., en esta oportunidad ha de examinarse si existe o no recaudo probatorio suficiente

para formular cargos, o en su defecto ordenar el archivo de las diligencias.

La Sala encuentra que la doctora T. L. actuó de buena fe frente a la ocasional paciente, sin calcular que sus recomendaciones de no competir en la prueba de triatlón del día siguiente a la consulta serían desconocidas por la deportista F. D. B.

La prescripción médica se hizo en beneficio de la paciente y no para que ésta sacara provecho en la prueba de alto rendimiento deportivo, como en efecto ocurrió. No hubo, por tanto, una intención fraudulenta por parte de la profesional investigada al ordenar el medicamento Tedral, ya que lo hizo para remediar un proceso patológico de cuadro bronco-obstructivo y de ninguna manera para disminuir la fatiga muscular.

Se observa coherencia de parte de la doctora T. L. cuando ante la Federación Colombiana de Triatlón da sus explicaciones sobre el caso y de igual modo lo hace ante este Tribunal de Ética, lo que evidencia sinceridad en su dicho.

Es lamentable que por el obrar caprichoso de la deportista se presenten casos como el que aquí nos ocupa, en donde una institución deportiva tiene un manto de duda sobre el actuar ético del médico, luego de haber sancionado a la competidora que resultó positiva por dopaje.

En situaciones como la presente, cuando el paciente desatiende las recomendaciones por su

propia voluntad, los riesgos que se deriven de su acto de liberalidad los asume en un todo y con ello excluye al médico de cualquier contingencia. Por tanto, para que frente a la institución que pidió investigación exista certeza sobre el resultado de la misma, se comunicará la decisión, que no ha de ser distinta a la no formulación de cargos por no existir acto o comportamiento calificado como antiético a la ley 23 de 1981. (Art. 80 lit. a).

En consecuencia, se favorecerá con esta decisión a la profesional investigada.

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

Resuelve:

Primero. Abstenerse de formular cargos en contra de la doctora O. L. T. L. por no existir acto o comportamiento violatorio de la ley 23 de 1981, en la atención de la paciente, deportista F. D. B.

Segundo. Disponer el archivo de las diligencias, previa comunicación a la Federación Colombiana de Triatlón.

Tercero. Notifíquese de manera personal a la profesional médica y a su apoderado esta decisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

(Aprobado en sesión de Sala Plena de 16 de abril de 2008, Acta No. 1147).

