

Tribuna Ética Médica

Vol. 16, No. 1-2, enero a diciembre de 2021 / Vol. 17, No. 1-2, enero a diciembre de 2022

ISSN: 2011-351X



TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA

¡Cuarenta años bien vividos! Que mejor manera de iniciar nuestra revista con este recuento histórico, del largo, perseverante y productivo camino recorrido por el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Recordamos en esta fecha su contribución al ejercicio ético de la medicina en la región, su labor educativa, y hacemos un homenaje a la loable misión de los Magistrados que nos precedieron.

El artículo dedicado a la historia clínica muestra su desarrollo a través de las diversas épocas de la humanidad, la importancia de ella en la relación médico-paciente, la advertencia del notorio deterioro actual en su elaboración y contenido, con las implicaciones legales que conlleva.

El certificado médico es objeto de un importante artículo que destaca la relevancia, valor ante la ley, el cuidado en su correcta expedición y que corresponda a la verdad de un hecho médico, con el respaldo de la historia clínica.

El artículo “La sociedad aspiracional en la Constitución Política de 1991” aborda la relación entre la Constitución, el contexto social, la educación y la necesidad de construir una ciudadanía activa y crítica.

“De la averiguación preliminar a la diligencia de descargos”. Las disposiciones del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), según concepto del Consejo de Estado y su relación con el Proceso Disciplinario que regula la Ley 23 de 1981, acogido por el Tribunal Nacional de Ética Médica y el Ministerio de Salud, son motivo de análisis en este artículo que ahonda sobre el recorrido del proceso disciplinario, desde la averiguación preliminar hasta la diligencia de descargos.

“Evolucionar”, un artículo que llama la atención sobre una mejor oportunidad, seguridad y calidad en la atención médica dentro del actual sistema de salud. La Ley Estatutaria de salud, que la consagra como un derecho fundamental y los puntos acordados por las diversas asociaciones que nos representan, son la garantía de su cumplimiento.

Un alto en el camino para la meditación y el descanso con una foto otoñal.

La peste y sus consecuencias a lo largo de la historia del hombre son motivo del artículo que resalta aspectos de las pandemias. Cuenta cómo enfermedades infecciosas, plagas terribles, han diezmando poblaciones enteras y han sido un azote psicológico y físico para el ser humano.

El papel del ortopedista en pacientes con diabetes no debe ser únicamente el de amputar extremidades. Debe estudiar y conocer de diabetes para prevenir amputaciones, educar y concientizar a los médicos sobre el manejo integral de estos pacientes.

La transformación del sistema de salud como oportunidad para retomar el liderazgo de la atención médica, con la participación de los colegios médicos. La dirección, evaluación y atención directa de los médicos, sin intermediarios, se presentan en un artículo sobre el tema.

Por último, se presentan dos interesantes Procesos Ético Disciplinarios que terminaron en caducidad por el acogimiento a los términos de tres años del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), uno del área de gineco-obstetricia y el otro de cirugía plástica.

Una revista integral, interesante, para leer y estudiar con detenimiento, que hace honor a los cuarenta años del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

DR. HÉCTOR MARIO RENGIFO CASTILLO



TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA

Tribuna Ética Médica

Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca - TEMV

Tribuna Ética Médica



Vol. 16, No. 1, enero a diciembre de 2021
Vol. 17, No. 1, enero a diciembre de 2022
ISSN: 2011-351X
Publicación anual

© Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca
Calle 5 # 38D-153. Centro Comercial Imbanaco, oficina 202
Tels: (2) 558 0768 – 558 9939 – Telefax: 400 1329
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia
tribunaeticamedica@temvalle.org
www.temvalle.org

Comité Editorial

Magistrados
Otoniel Franco Agredo
Jorge Hernán Jiménez Restrepo
César Augusto Prieto Ávila
William Libardo Murillo Moreno
Héctor Mario Rengifo Castillo

Otro miembro

Luis Antonio Cuéllar Mendoza

Relatores

Augusto Cuéllar Rodríguez
Diana Julieta Olivo Ospina

Editor

Héctor Mario Rengifo Castillo

Asesor Editorial y corrección de textos

Jaime Alexándrovich

Imagen de portada

Magistrados, asesores jurídicos y funcionarios actuales
del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.
Cali, septiembre de 2022.
Foto: TEMV.

Diseño y diagramación

Luis Hernando Mesa

Impresión

Panamericana Formas e Impresos S.A.

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

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

Contenido

- 7 **Normas e instrucciones para la publicación**
- 11 **Editorial**
- 13 **Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Cuarenta años muy bien vividos**
Dra. Diana Julieta Olivo Ospina
- 18 **La historia clínica, el documento médico por excelencia. Una mirada crítica**
Dr. Héctor Mario Rengifo Castillo
- 22 **El certificado médico**
Dr. César Augusto Prieto Ávila
- 26 **La sociedad aspiracional en la Constitución Política de 1991**
Dr. Juan Carlos Lozano Cuervo
- 30 **De la averiguación preliminar a la diligencia de descargos**
Dr. Augusto Cuéllar Rodríguez
- 32 **Evolucionar**
Dr. Jorgenrique Enciso Sánchez
- 34 **Meditación de otoño**
Dr. Héctor Mario Rengifo Castillo
- 35 **Una mirada histórica de la peste para un imaginario actual (2020)**
Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo
- 38 **Por qué el ortopedista y el traumatólogo deben saber sobre la diabetes**
Dr. Rodrigo Triana Ricci
- 43 **Reflexiones sobre el rol médico en la transformación del sistema de salud: ¡Es el momento de liderar!**
Dr. Alejandro Solo Nieto Calvache
- 47 **Auto Interlocutorio sobre mérito para declarar caducidad de facultad sancionatoria a favor de un médico - Primer Proceso**
Auto Interlocutorio No. 49-2021, Proceso Ético Disciplinario No. 2280-16 TEMV
- 61 **Auto Interlocutorio sobre mérito para declarar caducidad de facultad sancionatoria a favor de un médico - Segundo Proceso**
Auto Interlocutorio No. 056-2022, Proceso Disciplinario No. 2213-16 TEMV

Normas e instrucciones para la publicación

Introducción

La revista Tribuna de Ética Médica es el órgano de divulgación oficial del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca (TEMV). El propósito de la publicación es hacer labores divulgativas y docentes sobre los temas inherentes al Tribunal, entre los entes de la salud, la comunidad médica, los profesionales del derecho, las asociaciones científicas y la población en general. Es de resaltar que en la revista se dará entrada a artículos sobre temas de ética y salud elaborados por estudiantes de medicina y profesionales no-médicos.

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

- *Editorial.* Cada número de la revista contendrá un Editorial, cuyo responsable será el editor en jefe, redactado por él o por quien designe este o el Comité Editorial. En algunos casos puede ser suscrito por todos los miembros del Comité.
- *Cartas al editor.* Se publicarán las cartas al editor que el Comité Editorial considere que sean de interés para los lectores de la revista.

Condiciones para la elaboración y entrega de los artículos

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

- *Artículos completos y finales.* Los autores deben suministrar los artículos completos (con todos sus textos e imágenes y sin faltantes) y en su versión final, lo cual implica que no la podrán cambiar o modificar luego de entregada.
- *Acerca de los archivos digitales.* Cada artículo original debe ser entregado en un archivo digital en Word e impreso en papel, presentado en español. Debe elaborarse en papel tamaño carta, a una sola columna, y digitarse en letra Arial 12, a espacio y medio. Las imágenes del artículo pueden contener un título y un pie de imagen

o leyenda, que deben quedar consignados por escrito en el texto en el cual están pegadas las imágenes.

- *Entrega de escritos que contienen imágenes (fotos, ilustraciones, tablas, esquemas o diagramas).* Los textos que contengan imágenes, sean fotos o gráficas, se deben elaborar y entregar en dos versiones: 1) un archivo en Word que contenga los textos y las imágenes pegadas, ubicadas en los lugares en que deban ir; 2) archivos independientes e individuales de las imágenes, suministrados por separado, grabadas en programas o formatos en que se generaron o elaboraron, como Excel, Power Point o jpg.
- *Características de las imágenes.* Deben ser fácilmente reproducibles y poseer buena calidad digital, mínimo de doce (12) megapíxeles. Se deben grabar y entregar en el formato original que tenga la cámara. No sirven fotos bajadas de internet en formato GIF, aquellas que se hayan mejorado en tamaño y resolución o renombrado en tiff, jpg o eps.

Estructura general de los artículos

Se presenta a continuación la estructura general de los artículos.

- 1) *Primera página del archivo: información de los autores, autorizaciones y conflictos de interés.* A excepción de la editorial, las cartas al editor y los procesos disciplinarios, los artículos deben contener una primera página que contenga:
 - a) *Nombres y datos de contacto de los autores.* Los nombres completos de cada uno de los autores, sus números de celular y de teléfonos y sus direcciones electrónicas.
 - b) *Reseñas profesionales de los autores.* Máximo de cuarenta (40) palabras y seguir el siguiente formato:

Profesiones y especialidades relevantes. Cargos en Tribunales, Colegios profesionales o entidades gremiales, si los tiene. Actividades docentes. Algunas publicaciones seleccionadas.

- c) *Autorizaciones de publicación de imágenes y de artículos originados en otras publicaciones o entidades.* Los autores de artículos que contengan materiales de texto o gráficos que no sean propios, fotos de personas, deben mencionar por escrito estas situaciones y adjuntar las respectivas autorizaciones de publicación por escrito, emitidas por las personas o entidades poseedoras de los derechos.
- d) *Conflictos de interés.* Deben mencionarse también por escrito todos los conflictos de interés que puedan tener los autores.
- 2) *A partir de la segunda página:* texto del artículo. A excepción de la editorial, las cartas al editor, las memorias, los artículos de la sección *Una ventana a la cultura* y los procesos disciplinarios, los artículos deben tener una cantidad máxima de 2.600 palabras (que equivale a unas ocho hojas carta), a no ser que el Comité Científico y Editorial apruebe una mayor extensión por ser de interés especial. Características y condiciones de los artículos se presentan a continuación:
- *Estructura del artículo.* La estructura del texto principal de cada artículo variará según la sección donde debe estar incluido, la cual se especifica a continuación.
 - *Parte inicial del artículo.* Debe contener el título del artículo (y opcionalmente un subtítulo), un resumen en español (opcionalmente en inglés), que sintetice el propósito del artículo o la investigación, los principios básicos de su elaboración, que pueden incluir hallazgos principales, datos estadísticos abreviados y conclusiones, y palabras clave, es decir descriptores que sintetizan los temas tratados, útiles para los lectores y a los investigadores para buscar y recuperar temas cubiertos.
 - *Páginas finales del artículo (opcionales).* Pueden contener conclusiones, referencias bibliográficas, lecturas recomendadas o fuentes señaladas y agradecimientos a apoyos técnicos, financieros o por la elaboración del material, si son necesarios.
1. *Artículos originales.* El texto principal de los artículos originales, presentado en español y opcionalmente en inglés, debe estar dividido en las siguientes secciones:
 - *Introducción.* Debe incluir el propósito del trabajo y el sumario de los motivos del estudio.
 - *Materiales y métodos.* Deben describir los modelos y los procedimientos utilizados. Los métodos pueden ser presentados mediante referencias.
 - *Resultados.* Deben enfatizar en lo relevante, ser presentados en una secuencia lógica y evitar la repetición de datos contenidos en tablas.
 - *Discusión.* Debe enfocarse en los aspectos novedosos e importantes del estudio y en sus conclusiones y evitar la citación de resultados e informaciones ya relacionados en otras secciones. Debe enfatizar su relevancia y sus limitaciones y mencionar las publicaciones futuras o la necesidad de efectuar nuevos estudios a partir de este y presentar recomendaciones.
 - *Referencias bibliográficas.* Deben estar numeradas en función del orden en el que aparecen en el texto, con números arábigos y siguiendo las indicaciones del Index médico.
 - *Agradecimientos.* Si son necesarios, deben relacionarse los agradecimientos a los apoyos técnicos, financieros o por la elaboración del material.
 2. *Artículos de revisión.* Se basan en la revisión de temas específicos de interés, actualizados y revisados por uno o por más expertos. Son usualmente sugeridos por los editores, aunque si son relevantes pueden originarse de personas o entidades que los hayan elaborado si son relevantes.
 3. *Presentación de casos.* Presentan casos interesantes por ser novedosos, curiosos o por incorporar una enseñanza valiosa. Pueden ir acompañados de ilustraciones y fotos autorizadas.
 4. *Comunicaciones breves.* Se refieren a comunicaciones recibidas o enviadas sobre aspectos específicos, publicados previamente o por publicar.
 5. *Artículos de reflexión.* Reflexiones éticas o filosóficas, propias de las temáticas de la revista.
 6. *Perspectivas.* Incorporan ensayos innovadores o estudios prospectivos de interés, elaborados a partir de artículos de actualidad.
 7. *Controversias.* Incluyen la revisión de temas que generan controversia, por no existir un acuerdo sobre diagnósticos, enfoques científicos o seguimientos.

Categorías de artículos

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

8. *Memorias*. Reconocimientos a personas que en el pasado han sido representativas por su contribución a la Ética Médica o por sus publicaciones.
9. *Una ventana a la cultura*. Cubren escritos de máximo trescientas (300) palabras, los cuales abordan temas culturales en todas sus manifestaciones (literatura, artes, historia, filosofía, etc.) que el Comité editorial considere puedan sean de interés para los lectores de la revista, principalmente de dos clases:
 - *Sobre temas textuales*. Pueden ser ensayos breves, historias, cuentos o poemas.
 - *Sobre obras pictóricas*. Pueden referirse a pinturas, grabados, esculturas, etc., que en principio deben contener una síntesis de la experiencia profesional del autor de estas, que amplíe lo consignado en la

breve reseña de la primera página, y un texto que se refiera a la manifestación cultural o artística practicada por el autor, redactados en tercera persona, que puede incluir los comienzos en dicha práctica, su formación e influencias, las razones o los motivos que lo llevaron a incursionar en esta, comentarios sobre el estilo y sobre otras artes que practique y todo aspecto adicional que el autor desee comentar. El formato para pies de foto con la ficha técnica de obras pictóricas es el siguiente:

Título de la obra. Técnica empleada. Tamaño de la obra (altura x base, en centímetros). Año de producción. Nombre completo del autor.

10. *Procesos disciplinarios*. Procesos de interés fallados por el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

Editorial

El Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca (TEMV), está cumpliendo cuarenta años. Celebramos esta fecha con la satisfacción de haber ejecutado la misión para la cual fue creado. Velar por el ejercicio adecuado de nuestra profesión, estimular la mejoría en la relación médico-paciente, sancionar el incumplimiento de las normas de ética contenidas en la Ley 23 de 1981 y hacer labor educativa a través del magisterio, con encuentros de tribunales, seminarios, publicación de una revista y de otras en formato digital sobre aspectos médico-legales, dirigidas a los médicos y a la comunidad. Rendimos un sentido homenaje a los primeros magistrados nombrados en noviembre de 1982, doctores Óscar Ayala Reina, Diego Cruz Roldán, José María Otero Amaya, Daniel Payán Otero, a los que se unió luego el doctor Hernán Soto Echeverri, quienes fueron los pioneros, y también a todos los que nos precedieron y siguieron cumpliendo con esta labor. Hoy, el Tribunal es una institución sólida de reconocido prestigio en los niveles regional y nacional. La comunidad, las diferentes agremiaciones médicas, las autoridades con las que nuestra seccional tiene relación directa así lo reconocen. El trabajo serio, el estudio juicioso de la legislación, la actualización permanente han posibilitado ese reconocimiento. Para quienes tenemos el honor de pertenecer al TEMV, cuando se cumplen estos cuarenta años, es un orgullo y esto se ve reflejado en el compromiso de todos, funcionarios administrativos, nuestros abogados asesores y, por supuesto, nosotros los magistrados del Tribunal. El presente número de nuestra revista presenta una reseña histórica del TEMV, desde su inicio hasta nuestros días.

Los tiempos han hecho que se presenten cambios, y el poder de asimilación y adaptación a ellos muestra la solidez de nuestro Tribunal seccional. El Consejo de Estado, en concepto emitido por la Sala de Consulta y Servicio Civil, del 15 de noviembre de 2016, en respuesta a consulta del Ministerio de Salud y acogido por el Tribunal Nacional en Providencia N° 27 de 12 de mayo de 2021, reconoce que las

disposiciones del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA) es el procedimiento administrativo sancionatorio y el ordenamiento jurídico aplicable a las actuaciones disciplinarias adelantadas por los Tribunales de Ética Médica. Los términos para todas las diligencias se han disminuido, desde el inicio de la investigación hasta la terminación del proceso ético-disciplinario. En este número de la revista se presentan dos procesos de caducidad donde se aborda este tema.

Pospandemia es el término adoptado para representar la época actual, cuando se ha declarado el fin de la emergencia sanitaria por el COVID-19. No obstante, las secuelas y las consecuencias de todo tipo están aflorando rápidamente. Sin duda, las repercusiones también se reflejan en la salud física y psíquica de la comunidad y en el personal de salud. Es de esperar que se afecte la relación médico-paciente y la atención, tanto de emergencias como ambulatoria y hospitalaria. El aumento de quejas ya se evidencia ante nuestro Tribunal. Estamos preparados para asumirlo. Es nuestro compromiso.

Nuestra revista, esfuerzo mancomunado de todos los que conformamos el Tribunal, con colaboración de prestigiosos profesionales de otras áreas, es una fuente de expresión de los diferentes tópicos que nos atañen y trata en profundidad los temas más relevantes en los aspectos de la ética médica, dejando espacio para la expresión cultural. El presente número, además, muestra la relevancia regional del TEMV, y es un homenaje a nuestra historia. Como lo expresa el artículo de nuestra revista que hace este recuento: ¡son cuarenta años bien vividos!

DR. HÉCTOR MARIO RENGIFO CASTILLO

Coordinador de publicaciones y educación médica continuada
Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca

Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca

Cuarenta años muy bien vividos

Dra. Diana Julieta Olivo Ospina*



Reproducción de una fotografía de los primeros magistrados del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.
Fuente: Periódico El Pueblo, 1983.

* Abogada, Universidad de San Buenaventura; Especialista en Derecho Procesal, Universidad Pontificia Bolivariana; Especialista en Corrupción y Buen Gobierno, Universidad de Salamanca (España). Exdocente de Maestría en Derecho Médico, Universidad Libre seccional Pereira (Risaralda). Abogada-Secretaria-Tesorerera del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

Los inicios

La ética médica es una manifestación de la ética general y se refiere, específicamente, a los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de la medicina. La naturaleza del trabajo en la profesión médica requiere que las reglas de conducta sean estrictas.

Con esto en mente, el legislador de 1981 creó la Ley 23 de 1981 que fue sancionada el 18 de febrero de 1981 por el presidente de la República, doctor Julio César Turbay Ayala. La atribución de control disciplinario asignada mediante dicha normatividad está orientada a garantizar que la actividad médica sea ejercida atendiendo a criterios éticos útiles para censurar comportamientos indeseables o reprochables descritos en la ley, en beneficio de los pacientes, del personal subalterno y paramédico, de los colegas médicos, de las entidades e instituciones vinculadas a la prestación de los servicios médicos y, por ende, en favor del interés general representado por la sociedad, además de contribuir a la salvaguarda del buen nombre, del prestigio profesional y de la responsabilidad de quienes ejercen la medicina.

En tal virtud, y mediante dicha normatividad, particularmente en sus artículos 63 y 67, se creó el Tribunal Nacional de Ética Médica (TNEM) y los Tribunales Seccionales de Ética Médica, respectivamente. Una vez constituido, el Tribunal Nacional, mediante Acta de Sala Plena No. 6 del 22 de noviembre de 1982 designó a los magistrados que conformarían los Tribunales de Ética Médica de Antioquia, Caldas, Santander y Valle del Cauca; dos meses antes habían sido designados los magistrados del Tribunal de Cundinamarca. En el caso de nuestra Seccional, se nombraron como magistrados a los doctores Óscar Ayala Reina, Diego Cruz Roldán, José María Otero Amaya, Daniel Payán Otero y Arturo Vélez Gil (este último no aceptó el cargo). Los cuatro magistrados que aceptaron la designación se posesionaron en julio de 1983 ante la gobernadora del departamento del Valle del Cauca, Dra. Doris Eder de Zambrano, evento que contó con la asistencia del presidente del TNEM, doctor Camilo Casas Santofimio.

El jueves 14 de julio de 1983, a las 6:30 p. m., tuvo lugar la primera Sala Plena del TEMV, integrada por los doctores Cruz Roldán (quien la presidió), Otero Amaya (que actuó como secretario) y Payán Otero; contó con la presencia del doctor Carlos Bonilla Salinas, presidente del Colegio Médico del Valle del Cauca, y se llevó a cabo en la sala de reuniones de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. En dicha Sala se repartieron siete quejas, denominadas por nuestros magistrados pioneros como “cartas de acusación”, cuyos hechos ocurrieron en los municipios de Cali, Obando, La Victoria y Yumbo.

A partir del jueves 13 de octubre de 1983, se contó la presencia del quinto magistrado del TEMV, Dr. Hernán Soto Echeverri; las Salas Plenas se comenzaron a realizar en el salón de juntas del Colegio Médico del Valle del Cauca. Así mismo, iniciaron el extenso y sinuoso camino de elaborar comunicados, asistir a reuniones y tocar cada puerta posible, con el propósito de obtener recursos para adquirir papelería y elementos de oficina, contratar una mecanógrafa y mandar a elaborar los sellos del Tribunal.

Las sesiones de Sala Plena, que en principio debían iniciar a las 6:30 p. m., se efectuaban a las 8:00 p. m., debido a las múltiples ocupaciones de nuestros primeros magistrados, uno de los cuales se desplazaba desde la ciudad de Palmira.

En la Sala Plena del 21 de noviembre de 1983 se recibió la alentadora noticia que el Ministerio de Salud asignó partidas para funcionamiento de los Tribunales, lo cual fue comunicado por el Presidente del TNEM, Dr. Ernesto Martínez Capella, partidas que serían administradas por el Tribunal Nacional y entregadas a los Tribunales Seccionales, previa presentación de cuentas de cobro e informes de gestión y asistencia a las sesiones de Sala Plena, remitidas a la doctora Martha Alicia Giraldo, Abogada-Secretaria-Tesorerera de nuestro superior jerárquico, para su pago a través de cheques que se enviaban por correo, que a veces se extraviaban, al igual que los tiquetes aéreos enviados para asistir a los encuentros de tribunales, que a veces quedaban “refundidos” entre cuentas de cobro visadas y otros documentos, “para evitar el saqueo”. Igualmente, desde ese mismo año, se procedió a solicitar al secretario de Salud del departamento del Valle del Cauca que incluyera en la vigencia presupuestal del año siguiente, recursos para los gastos del TEMV, mediante la elaboración de un proyecto de presupuesto. Sin embargo, pasó mucho, muchísimo tiempo para ver materializado un presupuesto de funcionamiento y mucho tiempo más para recibirlo con regularidad, que infortunadamente a menudo ha sido insuficiente para desarrollar la gestión del Tribunal durante todo el año.

Ya en 1984 nuestros magistrados, mucho más diestros en las funciones disciplinarias que les fueron asignadas, realizaban verificación del quorum reglamentario, practicaban interrogatorios, presentaban informes con fluidez y, al tener un poco de reconocimiento por parte de agremiaciones médicas, recibían algunos telegramas de felicitación y otros solicitando conceptos o intervenciones del TEMV. Así fue como en Sala Plena del 7 de mayo de 1984, a eso de las 9:30 p. m., se impuso la primera sanción disciplinaria, consistente en ‘Amonestación privada’ y pocos meses después, ante otra sanción, se dio el primer salvamento de voto por parte del magistrado Hernán Soto Echeverri.

El 4 de octubre de 1984 fue nombrado como Abogado-Secretario-Tesorero el abogado Tulio Enrique Victoria Gardeazábal, previa autorización del TNEM. El doctor Victoria Gardeazábal ejerció dicho cargo entre el 16 de octubre de 1984 y el 22 de junio de 1994, fecha de su deceso; y su primera tarea ante esta corporación fue aclarar a los magistrados pioneros en qué consistía una prueba sumaria.

A partir del año 1985 las Salas Plenas comenzaron a realizarse los días lunes. En febrero del mismo año, el TNEM anunció el envío de una máquina de escribir marca IBM y de mobiliario de oficina para el TEMV, elementos finalmente recibidos en junio; por otra parte, en marzo del mismo año la directora de servicios administrativos del Servicio Seccional de Salud del Valle informó a nuestros estoicos pioneros que la partida de funcionamiento del TEMV para ese año no había sido incluida en el presupuesto del departamento del Valle. Así mismo, el doctor Cruz Roldán, primer presidente del Tribunal del Valle, hizo gestiones para solicitar un inmueble en arrendamiento en la sede médica del Valle de Asomeva, con un canon de \$ 10.000 mensuales, lo aprobado por el TEM Nacional, solicitud que varios meses después de elevada fue negada por dicha entidad, lo que produjo la renuncia del doctor Diego Cruz Roldán como socio de la misma.

El 22 de marzo de 1985 se realizó el primer Encuentro Nacional de Tribunales de Ética Médica en la ciudad de Bogotá, con el propósito de intercambiar conceptos y unificar criterios sobre la marcha de los tribunales, al cual asistieron cuatro magistrados y el abogado-secretario de nuestra Corporación. El 2 de diciembre del mismo año el TEMV expidió el primer certificado de antecedentes disciplinarios.

Hechos del periodo 1986 a 1991

El día 20 de junio de 1986 se recibió la primera visita oficial del Tribunal Nacional, con la asistencia de los magistrados Humberto González Gutiérrez, presidente, y César Augusto Pantoja, en compañía del abogado asesor, doctor Alfonso Tamayo Tamayo, reunión que transcurrió entre las 10 a. m. y las 3 p. m., en la que se solicitó al doctor Tamayo pronunciarse sobre la aplicación del artículo 82 de la Ley 23 de 1981, ante lo cual manifestó:

A un profesional de la medicina solamente se le puede acusar de su conducta médica por violación del articulado del Código de Ética Médica y el procedimiento para juzgar al médico es el estrictamente determinado en la Ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario, y solamente el código de procedimiento penal se empleará ante la ausencia

de normas que tenga la ley mencionada. En los procesos disciplinarios no hay lugar a que la parte agraviada se constituya en el proceso como parte civil ni a que la sociedad se encuentre representada por parte del Ministerio Público.

(Extractado del anexo al Acta de Sala Plena No. 86, del 23 de junio de 1986).

El 2 de julio de 1986 se realizó la primera sesión de Sala Plena, en calidad de arrendatarios de la oficina 301 del Edificio Centro de Diagnóstico, con un canon mensual de \$40.000, a cuyo gerente, el señor presidente del TEMV le advirtió de antemano sobre la alta probabilidad de atrasarse en el pago de dichos emolumentos, a pesar de lo cual, seis meses después se recibió el primer aviso de lanzamiento por mora.

El 11 de julio de 1986 se recibió un oficio del señor presidente del TNEM solicitando a este Tribunal Seccional expresar su criterio frente a la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario y conceptuar sobre las posibles modificaciones que pudieran hacerse a dicho estatuto legal y el 24 de noviembre del mismo año se libró por primera vez un despacho comisorio, que fue dirigido al Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca para la recepción de unos testimonios.

Sólo hasta el 18 de febrero de 1987 el TNEM realizó la elección de los magistrados de nuestro Tribunal Seccional para un nuevo periodo: tres magistrados fueron reelegidos y se escogieron dos nuevos, por la renuncia, varios meses atrás, de dos de nuestros pioneros. El 19 de mayo de 1987 se posesionó ante el Gobernador del Valle del Cauca, Dr. Manuel Francisco Becerra Barney, la nueva Sala Plena.

En Sala Plena del 20 de agosto de 1987, el magistrado Dr. Diego Cruz Roldán presentó su renuncia irrevocable al cargo de presidente con una emotiva carta que me permito transcribir:

Con toda atención me permito presentar renuncia irrevocable del cargo de Presidente del Tribunal de Ética Médica del Valle, inmerecida y honorífica posición a la cual ustedes tuvieron la gentileza de exaltarme. Considero que a través de los casi cuatro años de mi desempeño como tal, he tratado de cumplir con mi deber y si ha habido algunas fallas, ha sido por la falta de experiencia. Creo que cualquiera de los restantes miembros del Tribunal es acreedor con exceso de méritos a dirigir esta importantísima entidad, llamada como está a realizar una labor en el ejercicio de la medicina.

El 21 de septiembre siguiente fue nombrado el doctor Oscar Ayala Reina como presidente de la Corporación.

El segundo Encuentro de Tribunales de Ética Médica tuvo lugar en Bogotá los días 11 y 12 de diciembre de 1987, “para revisar conceptos sustanciales y procedimentales y analizar el funcionamiento de los Tribunales.” (Acta No. 142 de 1º de diciembre de 1987). Para ese momento ya existían ocho Tribunales Seccionales: Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Bolívar, Magdalena, Norte de Santander, Santander y, por supuesto, Valle del Cauca.

A partir del 13 de enero de 1988 y hasta la fecha las Salas Plenas se han efectuado los miércoles. En los meses y años subsiguientes continuaron las Salas Plenas nocturnas, con reuniones en diferentes locaciones, como el Centro de Diagnóstico Ltda., el Colegio Médico del Valle e, incluso, en el consultorio particular de uno de los magistrados.

Para septiembre de 1988, se seguían enviando cuentas por honorarios de los magistrados, facturas y listados de nómina de los empleados, a la nueva abogada-secretaria-tesorera del TNEM, doctora Martha Lucía Botero Castro, sin que hasta ese momento la Gobernación del Valle del Cauca asumiera responsabilidad alguna para la financiación de esta corporación departamental.

Eventos a partir de 1992

En 1992 la entidad se trasladó al local número 105 del Centro Comercial Imbanaco, propiedad de la Beneficencia del Valle, y posteriormente se mudó a la oficina 201 del mismo edificio. Actualmente, el TEMV ocupa las oficinas 201 y 202 de la edificación, en calidad de arrendatario.

A partir del 26 de enero de 1994, debido a que el departamento del Valle del Cauca comenzó a girar los tan anhelados recursos de funcionamiento, nuestro Tribunal cuenta con la asesoría de un contador público. La primera acción de tutela adelantada contra esta corporación se instauró el 27 de abril de 1994 ante el Tribunal Superior de Cali, la cual fue negada; por su parte, la página web del Tribunal del Valle se creó en 2003, proceso que contó con la colaboración del gobernador Germán Villegas Villegas, a través del jefe de Comunicaciones y Sistemas del departamento.

Desde la génesis del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca hasta nuestros días, en las actas de Sala Plena existe una mención constante y reiterada a las dificultades económicas que ha atravesado la institución, por las que se llegó a contemplar en más de una ocasión su cierre, a la difícil y tortuosa gestión ante los representantes de las entidades territoriales para obtener un presupuesto digno y a las colectas entre los magistrados, a pesar de lo cual la entereza y el compromiso de todos los integrantes que a través de los años han pasado por el TEMV, ha hecho que

estos en muchas, muchísimas ocasiones cumplan con las labores que la ley les ha asignado, sin recibir su remuneración a tiempo, ni insumos, ni oficina, rogando por el apoyo estatal, pero haciendo prevalecer nuestro Tribunal, con la más absoluta certeza de que es fundamental la existencia de este, para que perdure una autoridad que investigue y juzgue las faltas que en materia de ética pueden cometer los profesionales y los especialistas médicos en nuestro departamento, y que nombra a los pacientes como tales, a pesar de las denominaciones que el modelo economicista de salud les asigna.

Unos resultados visibles

Durante cuarenta años este Tribunal ha tramitado 2.960 procesos ético-disciplinarios y se han realizado 1.867 salas plenas. El TEMV ha enfrentado profundas crisis económicas, así como un impulso financiero que se selló en 2015 entre el Secretario departamental de Salud de la época y nuestro Tribunal que nos permitió arrendar una segunda oficina y mejorar nuestro mobiliario, y que hizo público el titular de la cartera de Salud en la inauguración del Encuentro Nacional de Tribunales de Ética Médica, realizado el 18 de mayo de 2013 en el Hotel Dann Carlton de Santiago de Cali. Nuestra institución ha sido investigada y absuelta por la Procuraduría Regional del Valle y su labor, ejecutada con eficacia y benemérita buena fe, ha sido reconocida por dicho órgano de control; vivió el asombro y el desasosiego –al igual que el mundo entero– de una pandemia a la que los médicos, los científicos y el personal de otras áreas de la salud le hicieron frente; e incluso, fue víctima de hurto durante el estallido social que se presentó en la ciudad de Cali entre los meses de abril y junio de 2021, cuando fueron sustraídos nuestros equipos de cómputo y varios elementos de oficina, y por contera se vulneró nuestro sentido de seguridad, cimentado en tantos años de ocupar las mismas oficinas sin perturbación alguna, más allá de las agobiantes cuentas de cobro de nuestro arrendador.

En cumplimiento de nuestras funciones de magisterio, el TEMV ha realizado doce seminarios dirigidos a médicos y estudiantes de medicina, publicado el libro Aspectos éticos en auditoría médica, participado en charlas y conferencias en entidades de salud, públicas y privadas, a lo largo del departamento, participado en la cátedra de Ética Médica de la facultad de Medicina de la Universidad Libre, Seccional Cali, y publica hasta la fecha la revista Tribuna Ética Médica.

Para mí, como abogada-secretaria-tesorera del TEMV desde hace más de diez años, ha sido un viaje cargado de añoranza y admiración el transitar por las páginas de las Actas de Sala Plena, muchas de ellas amarillentas por el

transcurso de los años, elaboradas algunas con máquina de escribir e incluso del puño y letra de sus protagonistas, que cuentan la historia de Mi Tribunal: una historia cargada de esperanzas, duros aprendizajes, retos de diferente índole, incertidumbres, pero también de certezas, respeto hacia los ciudadanos, los médicos, ya fuera que acudieran en calidad de investigados o no, y hacia los abogados defensores o asesores, pero, sobre todo, plétóricos de dignidad y orgullo por los cargos desempeñados y por la convicción irrestricta de estar contribuyendo a un responsable, correcto y honesto ejercicio de la medicina, brindando una justicia más cercana y afín para los médicos, quienes solo a través de nuestros Tribunales de Ética son juzgados por sus pares.

Con alegría celebramos cuarenta años de creación del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, al cual como actuales integrantes nos sentimos honrados y agradecidos de pertenecer. Rendimos un homenaje a los honorables miembros que nos precedieron, en particular a nuestros pioneros, quienes con dedicación, entrega y sacrificio co-

menzaron la difícil pero encomiable labor de administrar justicia a los profesionales médicos, de acuerdo con los dictados ético-disciplinarios contenidos en la Ley 23 de 1881, y pusieron en marcha este Tribunal Seccional, a pesar de las condiciones muchas veces adversas y llenas de precariedad, con la finalidad de llevar a cabo la tarea que les fue encomendada, que juraron cumplir, dejando un legado de tenacidad y empeño que hemos intentado emular hasta ahora quienes hemos tenido la responsabilidad y el privilegio de pertenecer a esta corporación.

Son cuarenta años de historia, anécdotas, trabajo duro, perseverancia, risas e incluso llanto, pero sobre todo son cuatro décadas de compromiso con el lugar que el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca ha cultivado y cimentado en el departamento, y con las funciones que se nos encomendaron en materia disciplinaria y educativa, dentro del complicado entramado del sistema actual de salud. Son cuarenta años ¡muy, pero muy bien vividos!

La historia clínica, el documento médico por excelencia

Una mirada crítica

Dr. Héctor Mario Rengifo Castillo*

Recuento histórico

Fue Hipócrates en el siglo V antes de Cristo, quien creó la historia clínica. Antes de él, no existía el registro de los padecimientos de los pacientes. Además, como docente que fue, estableció la escuela hipocrática y enseñó a sus alumnos el valor de compilar los síntomas y signos de manera sistemática y cronológica, separando lo fisiológico de lo patológico y logrando clasificar las enfermedades según su evolución en el tiempo, como agudas o crónicas. Era importante el contexto sociocultural de los pacientes. Todos estos registros quedaron en los *Tratados hipocráticos* (*Corpus hippocraticum*), unos cincuenta libros de escritos médicos. Las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas de las que tenemos noticia están recogidas en “Las Epidemias I y III”.

En la Edad Media aparecieron los *Consilium*, consejos de médicos experimentados en la práctica médica, primero en manuscrito y luego del año 1450, impresos. Verdaderas historias clínicas enseñadas en la facultad de Medicina e igualmente de registro metódico: síntomas del paciente, signos, seguía el diagnóstico y luego sugerencias para un estilo de vida. Tratamiento indicado y evolución del paciente con el manejo establecido. A diferencia de la historia hipocrática, en el *Consilium* se enumeraban los síntomas, sin tener en cuenta el momento en que aparecían, es decir, sin cronología. Podían contener, además, opiniones del médico y conceptos religiosos del galeno autor de la historia.

El Renacimiento, con todos sus avances científicos, sociales y políticos, convirtió la historia clínica en un relato riguroso, objetivo, sin preconceptos religiosos y así se enseñó a los alumnos de Medicina. Era uno de los requisitos para

obtener el título, saber elaborar una historia clínica completa. Las *Observatio*, que así se llamaban, eran una versión de las actuales historias clínicas, mucho más detalladas que los *Consilium* de la Edad Media. La historia clínica ganó en precisión, evitaba interpretaciones religiosas y tenía, como la hipocrática, diagnóstico y tratamiento. Si el paciente se curaba se denominaba «Exitus» y si moría, “Exitus letalis”. La autopsia como práctica se generaliza y el informe anatómico-patológico hace parte final de la historia clínica. La medicina renacentista dominó hasta el Siglo XVII.

Es Sydenham (1624-1689), llamado el Hipócrates inglés, quien en ese momento reivindicó las enseñanzas del *Corpus Hippocraticum*, llevando la medicina al lado de la cama del enfermo. Gran observador, basaba el estudio del paciente en la experiencia, en síntomas, signos y las historias clínicas las recopiló en el *Observationes medicae*. Son historias clínicas impecables y ejemplo de pulcritud.

En el siglo XVIII, también predominó la medicina a la cabecera del enfermo y se siguió reivindicando la forma hipocrática de registrar la historia clínica. Se enseñaba en los hospitales, con clases prácticas, con el paciente presente, como se hace hoy en día en todos los centros del mundo.

El médico holandés Herman Boerhaave fue el pionero de la historia clínica, como la conocemos actualmente, y enfatizaba la importancia de una buena anamnesis, la inspección del enfermo y un buen examen médico. Se establecía en consecuencia un diagnóstico, un tratamiento y una evolución o un desenlace. Si el paciente moría se efectuaba autopsia para hacer la correlación clínico-patológica.

Vino el siglo XIX con nuevos conocimientos, principalmente sobre las infecciones y los gérmenes productores de ellas, lo que marcó un hito en el manejo de muchas

* Médico Endocrinólogo. Presidente de la Academia de Medicina del Valle del Cauca. Magistrado y Coordinador de Magisterio del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

enfermedades, hasta ese momento de origen desconocido. Aparecen, el concepto de la asepsia, antisepsia, el primer antibiótico, y se producen las primeras vacunas. Técnicas de percusión, auscultación y mediciones se perfeccionan con inventos como el termómetro, el estetoscopio y el esfigomanómetro. Al mismo tiempo comienza la era de la exploración de órganos internos a través del oftalmoscopio, otoscopio, espéculo vaginal y se involucra el laboratorio y el análisis de los microbios. Gran enriquecimiento de la historia clínica con mediciones objetivas del examen físico y los exámenes paraclínicos. La historia clínica disponía ya de valiosos elementos complementarios.

El siglo XX, en su primera mitad, se caracterizó por los adelantos tecnológicos y terapéuticos como el mayor número de antibióticos, la insulina, el conocimiento de métodos diagnósticos que permitieron conocer enfermedades de mejor pronóstico en su manejo y que en la segunda mitad, se consolidaron y se han vuelto elementos esenciales en el diagnóstico y manejo de muchas patologías; con el advenimiento de pruebas de laboratorio más precisas, sofisticadas, de mayor cobertura para un sinnúmero de enfermedades, se ha logrado avanzar en patologías crónicas como la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la hipertensión, el cáncer, las enfermedades metabólicas-endocrinas y muchas patologías de difícil diagnóstico que requieren paraclínicos muy específicos.

Por otro lado, las técnicas de imágenes se han acrecentado y en el presente siglo XXI son ayuda para precisar aún más el diagnóstico de patologías internas, conocer mejor la anatomía y función de muchos órganos y sistemas y sus respectivas terapéuticas. Dos ejemplos: el cáncer y los trasplantes de órganos. Todo esto repercute en la historia clínica, pues el registro obligado de todo acto médico, laboratorio, de imágenes y de tratamiento, en ocasiones las hace extensas y repetitivas. La historia clínica del paciente que es atendido por emergencias médicas y el hospitalizado, no es exclusiva del personal médico. Generalmente intervienen en su manejo un equipo médico de diferentes especialidades y además fisioterapeutas, psicólogas, enfermeras, fonoaudiólogas y personal paramédico. Aún más, personal de áreas que no tienen que ver con la rama de la salud acceden a la historia para aprobaciones de exámenes y procedimientos.

La historia clínica, un documento esencial

La historia clínica es el documento más importante para el comienzo y seguimiento de cada paciente. El primer contacto del médico con el paciente una vez llega al consultorio o a urgencias, es el interrogatorio sobre su motivo de consulta

y su enfermedad actual. Es ahí donde se establece la relación médico-paciente. Se convierte en el elemento de registro de la cronología de salud del paciente, con las alteraciones que se presentan y lo llevan a la enfermedad. La forma en que el médico aborda esa relación con el paciente se establece en gran parte a través de la historia clínica. Esta representa toda su vida médica, desde antes del nacimiento, su infancia, su desarrollo, las inmunizaciones, los antecedentes de enfermedades personales y familiares, el entorno que lo rodea, los accidentes, las cirugías, las angustias y las enfermedades físicas y mentales. Una historia bien elaborada nos informa no solo de las patologías orgánicas sino también de las psíquicas, de las condiciones socioculturales, económicas, ambientales y de las expectativas de mantener la salud o recuperarla en caso de enfermedad. Nos informa sobre los tratamientos previos recibidos y por supuesto, con base en el sufrimiento presente, es decir, la enfermedad actual y un examen físico adecuado, los diagnósticos presuntivos y el tratamiento a establecer, con su evolución y seguimiento en el tiempo.

La historia clínica cumple un papel fundamental para la investigación científica de patologías de individuos, poblaciones y comunidades. Es así como importantes estudios médicos se generan a través de los datos que aporta a la historia. El avance en el conocimiento de las enfermedades ha sido enriquecido por los datos consignados en ella. Es, además, por lógica, un documento privado, íntimo y de delicado manejo, debido a la información confidencial que contiene y que implica reserva y mutua confiabilidad entre el médico y el paciente. Es una norma ética fundamental la confidencialidad de lo consignado en la historia clínica y es obligación del médico ser guardián de esta información y solo divulgarla, si es necesario, previa autorización de su verdadero dueño, el paciente.

Aspectos legales

La historia clínica es un documento regulado legalmente, como consta en la Ley 23 de 1981, o Ley de Ética Médica, que se ocupa de ella en el Capítulo III: De la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas conductas, en sus artículos 34, 35 y 36.

Artículo 34.- La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Artículo 35.- En las entidades del Sistema Nacional de Salud la historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

Artículo 36.- En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.

Por su parte, la Resolución número 1995 de 1999 determina: "La Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector".

De conformidad con el artículo 35 de la Ley 23 de 1981 (citado previamente), corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la historia clínica en el Sistema Nacional de Salud. Es un documento que solo puede ser conocido por terceros si hay autorización por el paciente o los casos previstos por la Ley. Refiere que las características de la historia son: integridad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad en el registro de la prestación del servicio. La custodia está a cargo del prestador del servicio quien podrá entregar copia al usuario o a quien lo represente legalmente según las disposiciones de ley. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: 1) El usuario. 2) El Equipo de Salud. 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley. 4) Las demás personas determinadas en la ley.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de veinte (20) años contados a partir de la fecha de la última atención; mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

Se pueden utilizar medios físicos o técnicos para su registro y conservación como computadoras, magnéticos, ópticos, que tengan mecanismos de seguridad que imposibiliten la modificación o alteración a la historia una vez se registren y guarden los datos.

La Ley 2015 de 2020 presenta una norma por medio de la cual "se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones", que tiene por objeto agilizar y garantizar el acceso y el ejercicio al derecho a la salud y a la información de las personas en Colombia. Deberá ser reglamentada en un término máximo de doce meses y el plazo máximo de implementación será de cinco años a partir de la fecha de entrada en vigencia. Esta Ley pretende establecer un único sistema digital para toda Colombia, de documentación e información de los usuarios del sistema de salud. Todo equipo de salud, EPS, IPS, centros hospitalarios privados o públicos, consultorios, deben participar de esta unificación de información y garantizar el acceso, bajo reserva, a él.

Observaciones críticas

La historia clínica, aquella que aprendimos en nuestras facultades de Medicina, enseñada con amor por nuestros dedicados profesores, elaborada cuidadosamente, con buena redacción, ortografía y sintaxis, cuidando nuestro hermoso idioma y que muchos de nosotros elaboramos en manuscrito (algunos lo seguimos haciendo), ha ido perdiendo en el tiempo la relevancia que tenía y en el presente estamos asistiendo a su progresivo deterioro. Gran parte de nuestro aprendizaje se debe a la historia clínica. Un buen interrogatorio, nos enseñaron nuestros profesores, nos debe llevar a una buena aproximación diagnóstica del padecimiento de nuestro paciente, en más del 90 % de los casos. Esto sigue siendo valedero. Si hacemos un buen examen físico, continuaban enseñando, tendremos prácticamente completo el diagnóstico del paciente. Cómo cuidaban nuestros profesores, garantías estrictas, de que su elaboración, contenido y también su forma, fueran adecuadas y representaran lo descrito por el paciente y se correspondiera con los hallazgos del examen físico. A su vez predicaban con lo que en su práctica diaria ellos mismos hacían.

Pero se ha ido desfigurando la historia clínica al mismo paso que lo ha hecho la enseñanza en nuestras escuelas de Medicina. Gran parte de la educación médica actual, se ejerce por profesores sin verdadera vocación docente, improvisados y simplemente por trabajar en el lugar donde se establecen las rotaciones de los estudiantes, son nombrados docentes. La proliferación de escuelas de Medicina, sin formación académica sólida y mucho menos humanística, ha contribuido a esto. La preparación académica previa de los aspirantes a médicos, precaria, sin importancia por las ciencias sociales, agrava la situación. Si bien la medicina es una ciencia, la inexactitud es una de sus características. El componente humano, subjetivo, psíquico, ambiental, de entorno familiar y comunitario y las adversidades del mundo actual, hacen que la medicina sea ciencia, pero también arte y humanismo.

No obstante, toda la responsabilidad no es únicamente del médico. Está sometido a escaso tiempo para un acto médico adecuado. Le han endilgado obligaciones administrativas que son responsabilidad de las entidades de salud, tanto estatales como privadas. Las instituciones de salud someten al médico a auditoría, dirigida principalmente a llenar documentos para la autorización de exámenes y procedimientos que no son propios del ejercicio y horadan el principio de autonomía. Lo anterior explica en parte el descuido en la historia clínica, que tergiversa y ha llevado a distorsionar la verdadera esencia de este valioso documento: la relación médico-paciente. Solo una formación

integral del médico y el cumplimiento de las funciones propias del ejercicio garantizarán un manejo acorde del paciente, dentro del cual la historia clínica tiene papel preponderante.

Consideraciones finales

La revisión sistemática de la historia clínica en los procesos ético-disciplinarios a nivel del Tribunal de Ética Médica del Valle (TEMV) nos ha permitido revisar todo tipo de ellas, de consultorio, ambulatorias, de pacientes hospitalizados, de instituciones estatales, privadas, manuscritas, digitales o electrónicas y hacer algunas consideraciones sobre su cuidado como documento de vital trascendencia. Con frecuencia presentan fallas protuberantes, tanto en su estructura como en su contenido y es notorio el deterioro progresivo y el descuido en la elaboración y diligenciamiento de la misma. Esto ha llevado a que el Tribunal de Ética Médica de Valle del Cauca, en su Sala Plena, cumpliendo su labor de magisterio y actividades docentes, a hacer un llamado a los médicos a través de un comunicado en nuestra página digital con respecto a la historia clínica, dirigida a los médicos como individuos y a los organismos responsables a nivel institucional, como son los comités de historia clínica, auditores, directores médicos de entidades de salud, para que velen por su adecuado diligenciamiento, contenido y registro.

Los problemas con mayor frecuencia encontrados, son los siguientes:

1. Errores básicos en la redacción y sintaxis.
2. Relato de anamnesis y de datos clínicos muy precarios.
3. Uso innecesario de siglas y abreviaturas no reconocidas ni autorizadas.
4. Historias clínicas elaboradas en su totalidad utilizando únicamente letras mayúsculas.
5. Ausencia de puntuación, tildes y acentos.
6. Repetición de las evoluciones anteriores, copiando y pegando los mismos datos previos, sin aporte de nueva información en dicha evolución. Esto resulta redundante e innecesario y la hace repetitiva.
7. Las historias clínicas diligenciadas en manuscrito en su gran mayoría son ilegibles.
8. Falta de firma, sello y cargo del médico responsable de las anotaciones en la historia.

Ante lo descrito, el Tribunal de Ética Médica del Valle recuerda a los médicos que la historia clínica debe seguir el método científico y es parte importante en la investigación de la salud o la enfermedad individual y poblacional y recomienda a los responsables de ella, especialmente los médicos, que sean cuidadosos en su debido diligenciamiento y enfatiza sus connotaciones ante la ley, ya que su no cumplimiento puede llevar a sanciones ético-disciplinarias.

El certificado médico

Dr. César Augusto Prieto Ávila *

Introducción

Por su propia naturaleza, el certificado médico es una clase de documento que, de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, es aquel en el que se asegura la verdad de un hecho médico, consideración por la cual este debe ser regulado por una norma sanitaria, y en ese sentido adquiere la condición de ser un documento de orden público, es decir, un documento de interés general. En razón de lo anterior, se encuentra asignado a atributos o derechos de las personas, sanas o enfermas, y vinculado a la acreditación de estas condiciones, como también a la de proporcionar información que sirva de indicio de la presencia de hechos defectuosos, así como para certificar los dos eventos más importantes de los seres humanos: el nacimiento y la defunción.

Definiciones

Podemos definir como *certificado médico*, aquel documento escrito, emitido por un profesional de la Medicina, expedido libremente o por mandato judicial, en el que, de manera sucinta, se da constancia de la veracidad actual y contemporánea de la salud o enfermedad de la persona viva o no, como resultado de la ejecución de un Acto Médico.

El *acto médico* es la acción por medio de la cual se concreta la relación médico-paciente. Es un contrato entre una persona que consulta por alteración en su salud (*paciente*) y otra que está en capacidad de orientar y tratar de sanar a esa persona de acuerdo con sus capacidades (*médico*), que

solo puede ser ejercido por el médico, quien es el profesional que se entrena para tratar de obtener la curación o alivio del enfermo.

El Acto Médico puede ser: a) Preventivo, b) Diagnóstico, c) Terapéutico, d) De Rehabilitación. El *Acto Médico Documental* es complementario de los actos ejecutados y es el único documento que tiene validez dentro de cualquier reclamación o proceso legal. Está conformado por tres documentos: a) historia clínica, el documento médico por excelencia; b) certificado médico; c) receta o fórmula médica. El certificado médico es entonces un documento expedido por un profesional de la medicina legalmente autorizado, en el que se describen de forma detallada las condiciones físicas que posee la persona que lo solicita; es decir, es una constancia donde el médico avala y da fe de lo descrito en dicho documento, por lo que siempre debe ser rubricado por la identidad del médico, con su identificación, número de tarjeta profesional, firma y sello respectivo.

El certificado médico es un instrumento que tiene el propósito de afirmar la veracidad de cierto hecho o la existencia de determinado estado, ocurrencia u obligación. Es un documento destinado a reproducir, con idoneidad, una manifestación específica del pensamiento.

Este certificado, a su vez, es un relato escrito y simple de una deducción médica y sus complementos. Tiene el propósito de sintetizar, de una forma objetiva y simple, lo que resultó del examen hecho a un paciente, sugiriendo un estado de salud o un estado mórbido, anterior o actual, con el fin de justificar una licencia de dispensa de servicios o faltas al sitio de trabajo, entre otros. Es así un documento

* Médico Ginecólogo-Obstetra. Presidente del Colegio Médico del Valle del Cauca. Secretario General de la Federación Médica Colombiana. Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

elaborado sin compromiso anterior e independiente de compromiso legal, proporcionado por cualquier médico que esté en el ejercicio regular de su profesión.

Generalmente se elabora de una manera simple, en papel membreteado, pudiendo ser usado el propio recetario o, para quien ejerce la profesión en entidades públicas o privadas, en formularios de la respectiva institución. La mayoría de las veces, a pedido del paciente o de su representante legal.

El certificado no tiene una forma definida, aun así debe tener las siguientes partes constitutivas: encabezado, donde debe constar la identificación del médico así como la del interesado, que es siempre el paciente; referencia a la solicitud del interesado; finalidad a la que se destina; el hecho médico cuando es solicitado por el paciente o su responsable, por justa causa o por deber legal; sus consecuencias, y local, fecha y firma con el respectivo sello profesional, donde conste el nombre del médico, el número de su tarjeta profesional; eventualmente, se incluye además el número del registro ante la Autoridad Sanitaria Regional de la jurisdicción de su actividad.

La utilidad y la seguridad del certificado están necesariamente relacionadas con la certeza de su veracidad. Su naturaleza institucional y su contenido de fe pública realmente son los prerrequisitos de verdad y exactitud que le son inherentes, de ahí la preocupación y el interés que el certificado despierta. Está claramente establecido que, cuando hay una declaración dudosa tiene, en el campo de las relaciones sociales, el mismo valor de una declaración falsa, por no reflejar un contenido de certeza a su propio objeto, lo cual puede tener implicaciones disciplinarias o jurídicas.

Debe entenderse que un certificado médico es diferente a una declaración. En el certificado, quien lo firma, por tener fe de oficio, prueba, reprueba o comprueba. En la declaración se exige simplemente un informe como testimonio. En el área de salud, sólo los profesionales médicos responsables por la elaboración del diagnóstico son competentes para emitir certificados; los demás pueden hacer declaraciones de acompañamiento o de ayuda en el tratamiento, las cuales no son vinculantes.

Tipos de certificados médicos

Oficialmente en Colombia existen cuatro tipos de certificados médicos:

1. *Certificado médico de salud.* Documento al que se ha hecho referencia a lo largo de este artículo, en el cual un profesional determina el estado de salud de la persona que lo solicita.
2. *Certificado médico de nacimiento.* En el que el correspondiente profesional médico describe los datos principales del bebé recién nacido (género, peso, talla, estatura, otros), la identificación de los padres (datos del padre y de la madre, dirección de domicilio, edades, nivel educativo, otros) y su identidad (todos aquellos que lo acrediten como profesional).
3. *Certificado médico de defunción.* Emitido por un médico quien debe describir las causas ciertas o posibles y razones de la muerte de personas nacidas vivas o nacidas muertas dentro del territorio colombiano en el cual se detallan a groso modo, los datos que llevaron a la muerte física de la persona, puede ser como actor en el proceso que produjo su deceso o enterado por información de familiares o testigos válidos.
4. *Certificado de incapacidad.* Documento en el cual un médico autorizado por autoridad competente, expide y certifica que una persona presenta algún problema físico o mental que le impide desarrollar su actividad diaria, sea laboral o no, secundario a un problema médico, accidente laboral o de cualquier tipo. Como este documento puede tener implicaciones en varias actividades debe estar sustentado por una historia clínica, donde se describan en detalle las circunstancias del evento que produce la incapacidad, las condiciones de tiempo, modo y lugar, debe constar, por supuesto con un examen físico, una hipótesis diagnóstica, una propuesta de manejo y, por último, los días aproximados o provisionales de incapacidad.

También se clasifica el certificado médico con relación a su contenido o veracidad, en:

- a. *Idóneo.* Se exige una formalidad y un compromiso legal de quien lo subscribe, ya que puede ser una pieza meramente informativa y/o tener un componente final para decidir ventajas y obligaciones, por lo cual el certificado debe cumplir con todos los requisitos de comprobada veracidad, ya que puede ejercer una función del más alto interés social. Queda el médico, por consiguiente, ante el deber de decir la verdad, so pena de infringir dispositivos éticos y legales, ya sea la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica) y el Decreto Reglamentario 3380 de 1981, o constituirse en una falsedad del certificado médico y quebrantar la ley con infracción del Código de Procedimiento Penal de nuestra legislación.
- b. *De favor.* Certificado también denominado *de complacencia*, puede ser concedido por algunos profesionales menos responsables y con falta de compromiso y que buscan, a través de este gesto censurable, una

forma de obtener ventajas, sin respeto por el Código de Ética Médica. Muchos de estos certificados de favor se dan en la intimidad de los consultorios o de las clínicas privadas, teniendo como propósito agradar al cliente o, lo que es más reprobable, con afán de lucro personal.

- c. *Imprudente.* Se considera que un certificado es imprudente, cuando, casi siempre, se da de una manera inconsecuente, insensata e inoportuna, a favor de un tercero, teniendo sólo el crédito de la palabra de quien lo pide, que algunos creen que está basado en 'la buena fe' de las personas.
- d. *Falso.* Será aquel que se sabe de su uso impropio y delictivo, teniendo pues, carácter doloso. A pesar que es un hecho que algunos médicos niegan, es igualmente cierto, también, que, en algunos casos, el profesional es inducido por asuntos de amistad o de parentesco, y así, sin un análisis adecuado, emite un certificado de favor o falso, aun cuando el Código de Ética especifique que tal actitud es ilícita y el Código Penal la vea como infracción castigable. Tales sanciones son justas solo por cuanto el Estado tiene el derecho de resguardar el bien jurídico de la fe pública, cuyo propósito siempre es proteger una verdad. La falsedad del certificado médico está en su falsedad ideológica. El fraude está en su substancia, en su contenido. Su irregularidad, por consiguiente, está en su tenor, en su naturaleza intelectual, practicado por un agente especial que es el médico, cuando subvierte el ejercicio regular de un derecho. En su esencia material puede hasta ser correcto, pues fue firmado por alguien habilitado para hacerlo. La falsedad material apenas se relaciona con su falsificación cuando, por ejemplo, es emitido por alguien que no posee habilitación legal, ni habilitación del profesional, o sea, por alguien que no es médico. La falsedad puede estar en la existencia o en la inexistencia de una enfermedad, en la falsa condición de salud, pasada o actual, en un tipo de patología, en la causa de muerte y en su agente causador o en cualquier otra información de ese tipo que no sea verdad. Lo que se castiga en esta forma de falsedad es tan sólo el engaño que el certificado pretende demostrar. Y, es más: la falsedad puede practicarse tanto en lo que es fundamental, como sobre lo que es secundario, desde que altere en substancia el contenido del certificado y el juicio que se ha hecho ante el mismo.

Con certeza, la liberalidad concedida a este importante y necesario documento es pernicioso para todos: para los médicos, por la quiebra de la credibilidad que ellos atestiguan; para la medicina, por su descrédito entre las cosas serias y útiles, y para la sociedad, por lo que pierde de utilidad en un

instrumento de tan significativo y real valor. Entre los certificados falsos un nuevo tipo aparece: *el certificado piadoso o misericordioso*, que siempre es solicitado como forma de suavizar un diagnóstico más severo, principalmente cuando se trata de pacientes portadores de enfermedades serias e incurables. Y así, algunos profesionales, atendiendo a la solicitud de los parientes, atestiguan enfermedad diversa, siempre de carácter benigno, con la intención de confortar al paciente. Aunque el gesto sea piadoso o misericordioso, el mismo es reprobable.

Finalmente podemos decir que, estamos de acuerdo con el pensamiento que el médico, al conceder un certificado de defunción falso conscientemente, alterando así la verdad en el Registro Público, comete no la falsedad de certificado médico, sino el crimen de falsedad ideológica en un documento público, lo cual es contemplado con penas mucho más graves.

El alcance y límite del certificado respecto a conceptos médicos

A pesar de lo expresado hasta ahora, sobre todo sobre el cuidado que se debe tener al expedir el certificado, es justo decir que este tiene sus límites. La confirmación de una entidad de patologías complejas y multifactoriales, algunas aún en el campo de la teoría, no puede ser decidida con tres o cuatro líneas simplistas, consignadas en un certificado médico cuyo propósito es apenas servir al principio de información en una comprobación de derechos. Por eso existen las Juntas Médicas, las cuales al no estar adscritas a los certificados, pueden aceptarlos del todo, en parte o, simplemente, no aceptarlos.

Muchas veces, es necesario un concepto médico bien elaborado, donde esté realizada la descripción de la situación de salud, que debe estar basada en elementos fisiopatológicos consagrados por la *lex artis* y en resultados paraclínicos y donde quede patente, en qué se apoyó para llegar a una conclusión afirmativa. Solo de esta manera es posible la declaración del diagnóstico, la evolución del proceso morbido, la observación debida de los resultados terapéuticos y el pronóstico esperado. El concepto médico no puede limitarse, entonces, a un certificado médico en el que se indique por código, la enfermedad del paciente.

El médico actuando prácticamente como un perito, tiene la obligación de mencionar, en el contenido de su concepto profesional, los elementos estructurales o funcionales y los resultados de diagnóstico de laboratorio o radiología en los cuales se basó para hacer tal o cual afirmación.

Marco jurídico

Normas sobre ética médica

- *Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981.* En esta Ley se estableció que las entidades encargadas de las labores de control y régimen disciplinario en Colombia son el Tribunal Nacional de Ética Médica y los Tribunales Seccionales en todos y cada uno de los departamentos del país. En lo que corresponde a las normas del ámbito ético-disciplinario, están definidas en la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981:
 - *Artículo 50.* “El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad legal y moral para el médico”.
 - *Artículo 28.* “El certificado médico se ceñirá a la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud; y los individuales de defunción a lo establecido en la Ley 9ª. de 1977 y su reglamento”.
 - *Artículo 51.* “El texto del certificado médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado”.
 - *Artículo 29.* “El certificado médico en lo relativo al estado de salud, tratamiento o acto médico deberá contener por lo menos los siguientes datos: 1) Lugar y fecha de expedición, 2) Persona o entidad a la cual se dirige el certificado, 3) Objeto o fines del certificado, 4) Nombre e identificación del paciente, 5) Concepto, 6) Nombre del médico, 7) Número de Tarjeta Profesional, 8) Firma y sello del médico”.
 - *Artículo 52.* “Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, incurre en falta grave contra la ética el médico a quien se le comprobare haber expedido un certificado falso”.
- *Decreto 780 de 2016.* Hace referencia a la expedición y datos mínimos que debe contener el Certificado Médico, así:
 - *Artículo 2.7.2.2.1.3.2.* “El Certificado Médico será expedido por un profesional de la Medicina con tarjeta profesional o Registro del Ministerio de Salud y

Protección Social o por un Médico que se encuentre prestando el Servicio Social Obligatorio de conformidad con lo previsto en el Artículo 50 de la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica).

- *Parágrafo.* El texto del Certificado Médico será claro, preciso y deberá ceñirse estrictamente a la verdad. Su expedición irregular conllevará responsabilidad penal, civil y ética para el médico que lo expida de conformidad con las normas expedidas sobre la materia”.
- *Artículo 2.7.2.2.1.3.3 - Contenido del Certificado Médico.* “El Certificado Médico en lo referente al estado de salud, tratamiento o acto médico deberá contener como mínimo los siguientes datos generales: a) Lugar y fecha de expedición, b) Persona o entidad a la cual se dirige, c) Estado de salud del paciente, tratamiento prescrito o acto médico, d) Nombre e identificación del paciente, e) Objeto y fines del certificado, f) Nombre del Profesional de la Medicina que lo expide, g) Número de la Tarjeta Profesional y Registro, h) Firma de quien lo expide.”

Conclusiones

Del anterior recuento normativo podemos colegir que un certificado médico tiene como requisitos que sea expedido por un profesional de la Medicina, además, debe ser claro, preciso, gozar de veracidad y contener como mínimo una serie de datos generales; no obstante, se advierte que la expedición de un certificado médico en forma irregular puede acarrear sanciones de tipo civil, penal y ético-disciplinarias para el médico que lo expida.

No existe un formato establecido por norma (Ley, Decreto, Resolución o Acto Administrativo), para la expedición de certificaciones médicas, más allá de los datos anotados anteriormente.

Por último, es importante anotar que el certificado médico está contenido dentro del marco conceptual de Historia Clínica; por lo tanto, también está regulado por la Resolución 1999 de 1995, expedida por el Ministerio de Protección Social, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

La sociedad aspiracional en la Constitución Política de 1991

Dr. Juan Carlos Lozano Cuervo *

Resumen

Este artículo aborda los vasos comunicantes existentes entre la Constitución, el contexto social, la educación y la necesidad de construir una ciudadanía activa y crítica. La Constitución Política de 1991 marcó el inicio de la construcción de una nueva sociedad en clave aspiracional. Los retos planteados por una nueva arquitectura institucional tienen un alcance y un límite que debemos debatir, tomando en cuenta el contexto de una sociedad como la colombiana, donde las emociones tristes son vitales para entender las fronteras fácticas del texto constitucional. Las emociones, la educación para la democracia y la Constitución se entrelazan en lo aspiracional dentro del marco institucional.

Palabras clave: Aspiracional, sociedad, emociones, educación, ciudadanía.

Introducción

A partir de la Constitución Política de 1991 Colombia dio un giro de 180° al adoptar el modelo de Estado Social de Derecho. Fue un momento importante para un país que deseaba dar vuelta a la página de la guerra y al mismo tiempo, establecer un abanico amplio y prometedor de derechos, garantías y libertades. En tal sentido, no solo adoptó un nuevo modelo de Estado, también apostó por la descentralización del poder ejecutivo, el reconocimiento a religiones distintas a la católica hegemónica, la acción de tutela, los derechos fundamentales, la democracia participativa, la elección popular de gobernadores, la autonomía del Banco de la República, la posibilidad de una doble nacionalidad, el reconocimiento de las minorías étnicas y la equidad de género, además, de la creación de la Fiscalía General de la

Nación, la Defensoría del Pueblo y, la más importante, la Corte Constitucional como tribunal autónomo.

La Constitución de 1991 fue sin duda un texto aspiracional en el amplio sentido del término. Sin ánimo de recurrir a la tan acostumbrada grandilocuencia de la política criolla, podemos afirmar que el texto constitucional partió en dos la historia de un país desangrado por la eliminación del Otro (en algunos casos sistemática), en medio de una violencia que hace muy complicada la ampliación del espectro de lo político. No obstante, la aspiración del texto generó diversas expectativas, una parte que considera al Estado como único responsable de materializar lo dicho por la Carta, mientras, otros consideran que su mera existencia es un avance y no cuestionan la poca o nula disposición del legislativo para garantizar los derechos, garantías y libertades que se consagran. Ahora bien, el trecho entre el texto y su aplicación no solo pasa por

* Magister en Filosofía, Universidad del Valle. Abogado litigante, Universidad Libre. Diplomado en Docencia Universitaria, Universidad Libre. Exfuncionario de Oficina de Control Disciplinario, Departamento del Valle del Cauca. Docente de tiempo completo, Universidad Santiago de Cali; catedrático, Instituto Departamental de Bellas Artes. <http://orcid.org/0000-0003-4156-4120>

la arquitectura constitucional, habrá también que ubicar los vasos comunicantes entre las instituciones, los congresistas y los funcionarios, y la más sensible en nuestra opinión, la ausencia del sujeto de la democracia, la ciudadanía.

Recientemente, la Corte Constitucional realizó la ceremonia de conmemoración de los treinta años de la Constitución Política de 1991, que presentó una reconstrucción histórica de los fallos más importantes emanados de ese alto tribunal. Más concretamente, enfatizó en los logros alcanzados por la Corte, en clave con la defensa de los valores y los principios, tanto de la Carta como de la democracia; asimismo, de los derechos fundamentales de un texto aspiracional que buscó nuevas discusiones en torno al alcance de los derechos en clave con la dignidad humana. No obstante, el incumplimiento, manifestado, entre otras, en el incidente de desacato, debe llamarnos a la reflexión en un país plagado de leyes atrapadas en una eficacia simbólica. Por otra parte, habrá que tomar en consideración que tanto el país como la Corte Constitucional hacen parte de un contexto económico, político y social complejo.

La construcción de una sociedad aspiracional debe tomar en consideración el terreno fáctico, evitando abstracciones radicales en clave con la concentración excesiva en el marco institucional. En consecuencia, es vital acercarnos al contexto para conocer el alcance y el límite de aquello que se desea construir. En tal sentido, es plausible afirmar que nuestro tiempo está marcado por un gran retroceso del modelo democrático, especialmente, por la gran brecha entre unos y otros, además de la vulneración abierta de los derechos consagrados tanto en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos como en las Constituciones Nacionales. Dicha brecha permitió acuñar nuevas expresiones como la aporofobia. En una entrevista realizada por el periodista español Iñaki Gabilondo a la filósofa española Adela Cortina, publicada por la editorial Paidós, éste preguntó: “Quisiera, Adela, que nos dijera qué es la aporofobia y, puesto que usted inventó el término, cómo fue su proceso de *fabricación*”. Ella respondió:

El proceso de fabricación es sencillo, como casi todo lo interesante en este mundo. Yo oía hablar mucho de xenofobia y otros tipos de fobias similares, y me preguntaba si en realidad eran tales... Xenofobia quiere decir aversión u odio a lo extranjero, y me planteé si, efectivamente, molestan tanto los extranjeros. Porque, por lo menos en España –y creo que en todos los países– cuando se habla de turistas que han visitado el país, se dijo con una alegría en 2019 que habíamos sobrepasado los 83 millones. (...) Pero hay otros extranjeros a los que no se acoge con tanta alegría, ni se habla de ellos con el mismo gozo. ‘Han venido tantos inmigrantes, tantos refugiados este año’, ‘Han pa-

sado tantas pateras, han ido a Italia, han venido a España, están en Canarias’... se comentaba con verdadera tristeza, con cierto rechazo y desprecio. (Cortina, 2021)

Ahora bien, en cuanto a la brecha, ya Stiglitz en dos obras había llamado la atención sobre los efectos adversos tanto de la concentración de riqueza como de su cara adversa, la desigualdad. Fue así como mediante la obra *El precio de la desigualdad* (2012) advirtió que la concentración excesiva de riqueza estaba erosionando el imperio de la ley y, posteriormente, en *La gran brecha* (2015), el autor planteó que la desigualdad no es un fenómeno natural y, por tanto, no es inevitable. El pasar del derecho en el papel a su aplicación sigue siendo el gran reto en un país que padece el síndrome de la codificación. Retornando a la pobreza, recientemente se conocen dos informes que deben capturar nuestra atención, el primero, el *Informe de pobreza económica*, publicado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia para el año 2020, y el segundo, de la CEPAL, los cuales permiten concluir que la pandemia generó un incremento de los niveles de pobreza sin precedentes en las últimas décadas que amplía la brecha entre unos y otros. En tal sentido, la pandemia expuso graves patologías del orden social que deben generar una profunda reflexión a propósito de los alcances y los límites de la libertad real con los que cuentan los ciudadanos al interior de un Estado Social de Derecho como el nuestro.

La sociedad aspiracional desarrollada en el marco del Estado Social de Derecho de la Constitución del 91 plantea retos y desafíos en una sociedad que, como la colombiana, venía de una Constitución de 1886 que limitó, entre otras, el voto a la capacidad económica y al alfabetismo, y que ni siquiera contaba con mecanismos de protección de derechos fundamentales como la acción de tutela. Pasados treinta años, surgen preguntas, inquietudes, críticas e inconformidades ante las promesas incumplidas; en tal sentido, podríamos preguntar: ¿cómo construir una sociedad aspirativa en los términos de la Constitución de 1991? La carta trazó los linderos de lo que sería una sociedad garantista donde cada individuo es considerado como un fin en sí mismo; en consecuencia, tendría la posibilidad de alcanzar sus metas como sujeto digno. Y es que la dignidad humana irradia de la interpretación del texto, al convertirse en la base fundante de nuestro modelo de Estado. Mientras, una sociedad aspiracional en los términos de Nussbaum tiene que ver, entre otras, con la posibilidad de construir una cultura política que busque un mundo mejor y más justo. Por otra parte, la sociedad vista así no se queda en la superficie, o como diría nuestra autora, en palmadas en la espalda. No se trata de evitar la crítica a través de la sociedad del mutuo elogio; en su lugar, la aspiración de una sociedad *mejor* se enfrenta, como es el caso colombiano, a una atmósfera

de 'fracasomanía' que no da cuenta de los avances de una sociedad que está cambiando.

A propósito de las sociedades aspiracionales advierte Nussbaum: "...Una aspiración creativa a algo mejor es un rasgo clave de la mayoría de las sociedades que tratan de ser decentes y justas, y esa aspiración precisa de una visualización más o menos clara de su objetivo" (Nussbaum, 2014, p. 145). La construcción de una sociedad decente y justa pasa por la búsqueda de un objetivo común, no obstante, el reduccionismo y la demagogia prometen soluciones simples y radicales al mejor estilo de construir un muro como en Estados Unidos o abrir una zanja, como propuso recientemente un candidato a la presidencia en Chile. La búsqueda de una sociedad aspiracional pasa por lo factible, deseable y viable. La meta distante, en palabras de Tagore, nos lleva a plantearnos preguntas acerca de nuestro proyecto de país. Si pensamos en la Constitución de 1991 y sus continuas reformas, nos lleva a afirmar que en Colombia las políticas de Estado sufren el menoscabo ante las políticas del Ejecutivo de turno, lo que dificulta la visualización de la meta distante, pero aquello no es más que una obviedad. Por consiguiente, la construcción de una sociedad aspiracional en clave con la igualdad y la inclusión pasan por una idea o relato de país. Con esto no estamos abogando por una sociedad que se exhiba como perfecta, rayando en chovinismo alguno; por el contrario, siguiendo a Sen, se requiere reflexionar acerca de la posibilidad de una sociedad que logre acuerdos parciales que superen injusticias de naturaleza remediable. En palabras del autor: "Lo que nos mueve, con razón suficiente, no es la percepción de que el mundo no es justo del todo, lo cual pocos esperamos, sino que hay injusticias claramente remediables en nuestro entorno que quisiéramos suprimir" (Sen, 2010, p. 11).

Una sociedad aspiracional se aleja de la abstracción radical para proponer lo posible: *un mundo mejor y más justo*. Esto pasa por la construcción de una ciudadanía activa y crítica que se oponga a la instrumentalización de lo aspiracional, evitando cambios estéticos y sin profundidad; en tal sentido, la Constitución Política de 1991 fue un esfuerzo vital en busca de lograr la superación de la violencia. Más allá de ser considerada por algunos medios en su momento, a manera de "varita mágica", en realidad fue la concreción de la búsqueda real de la paz que sobrepasaba los discursos. Esta nueva carta hacía parte de una aspiración tendiente a dar vuelta a la página de la guerra que, si bien no era y no será una varita mágica, traza las coordenadas para la construcción de un nuevo orden institucional en clave con la paz. De ahí que la superación de la vieja bipolaridad 'civilización-barbarie' a través de la renovación constitucional sumará en los esfuerzos de

una nación agotada, tanto por el conflicto, como por las brechas sociales.

Conclusiones

El análisis de los fenómenos por separado es poco provechoso al descontextualizar las diferentes dinámicas tanto sociales como culturales, que permiten que la democracia continúe, siendo un modelo garantista y funcional. Es vital apostar por un análisis que rastree los diferentes impactos, en especial la evaluación en clave con la libertad real de la que gozan los ciudadanos en una sociedad democrática de ser y hacer lo que valoran con razón. Por otra parte, seguir en un modelo de producción y consumo como el actual es un error, pero goza del respaldo de teorías impartidas en el aula. Con esto, se advierte que la tasa de ganancia no puede seguir siendo el paradigma dominante; es urgente abrir la discusión donde los ciudadanos activos y críticos abandonen su posición pasiva asumiendo desde lo personal la construcción de lo común.

Lo común pasa por la defensa de lo público y esto atañe al derecho. La sociedad aspiracional, pensada y construida a través de la Constitución de 1991, quedó atrapada en el laberinto de la formalidad. Tenemos una construcción social compleja que en comparación con los avances de la Carta del 91 es bastante reaccionaria frente a los derechos, garantías y libertades. No ha sido posible constitucionalizar la sociedad y, de paso, a muchos habitantes del 'mundo del derecho'. Es preocupante que en una parte de nuestra comunidad jurídica persista la interpretación reduccionista de los derechos fundamentales. El debate en torno al alcance y el límite del ejercicio y el goce de los derechos, por ejemplo, demuestra la poca irrigación del texto en nuestros juristas, en especial, por la virulencia frente a las sentencias de la Corte Constitucional que buscan hacer realidad los derechos, garantías y libertades, sobre todo, cuando ni siquiera son públicas aún las sentencias. En tal sentido, la discusión es urgente, tomando en cuenta la turbulencia de nuestros días, donde pululan la exposición y la defensa de soluciones simples y radicales.

Finalmente, la construcción de la sociedad aspiracional pasa por la constitucionalización no solo del derecho sino de la comunidad jurídica y también de la sociedad en su conjunto, lo cual es complejo y más en una nación donde las emociones y su cultivo dejan en blanco y negro la manipulación de estas en cabeza del poder político que vaticina tragedias como estrategia para continuar en el poder. Como telón de fondo es importante recordar las palabras de Nussbaum dedicadas a la academia: "Los

académicos podemos estar demasiado alejados de las realidades humanas como para realizar un buen trabajo captando y plasmando la textura de la vida". (Nussbaum, 2019, p. 21).

Referencias

- Cortina, A. (2021). *Las preguntas siguen. Entrevista Iñaki Gabilondo a Cortina*. Paidós.
- Nussbaum, M. (2014). *Emociones políticas. ¿Por qué el amor es importante para la justicia?* España: Paidós.
- Nussbaum, M. (2019). *Monarquía del miedo*. España: Paidós.
- Sen, A. (2010). *La idea de justicia*. España: Taurus.

De la averiguación preliminar a la diligencia de descargos

Dr. Augusto Cuéllar Rodríguez*

Es inevitable que cuando se tratan temas del procedimiento disciplinario que regula la Ley 23 de 1981, los tribunales de ética médica hagan referencia en sus decisiones a disposiciones del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), como consecuencia del concepto emitido por el Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, de fecha 15 de noviembre de 2016, acogido por el Tribunal Nacional en Providencia No 27 de 12 de mayo de 2021. El pronunciamiento del Consejo de Estado es claro en decir que en ausencia de norma especial consagrada en la Ley 23, es el procedimiento administrativo sancionatorio regulado en el CPACA (art.47) y la Parte Primera del mismo el ordenamiento jurídico aplicable a las actuaciones disciplinarias adelantadas por los Tribunales de Ética Médica.

Estos apuntes están orientados a presentar un breve recorrido del trámite que se surte en el proceso que se inicia contra el profesional médico hasta cuando se practica la diligencia de descargos.

Como punto de partida se puede decir que este proceso se origina por la presentación de una queja, por la solicitud de una entidad pública o privada, o de oficio por un magistrado de los tribunales de ética médica, que requiere la presentación de una prueba sumaria sobre el acto que supuestamente resulta antiético. En este aspecto el CPACA no tiene ninguna incidencia. El artículo 74 de la Ley 23 es muy claro y preciso. Si se reconoce competencia para iniciar el proceso, uno de los magistrados, de conformidad con el artículo 75 de la ley 23, será designado como instructor y se encargará de practicar las pruebas que ordene. Sobre designación o reparto el CPACA no contiene norma alguna.

En cuanto a las pruebas a practicar, en lo que se conoce como “averiguaciones preliminares”, el término utilizado

en el artículo 47 del CPACA, hay que tener en cuenta que se está haciendo referencia a las relacionadas en el Código General del Proceso (Ley 1564 de 2012, art. 165), aclarando que la disposición permite que se practique cualquier otro medio de prueba que resulte útil para la formación del convencimiento del juez, siempre y cuando se preserven los principios y garantías constitucionales. Si como resultado de esas averiguaciones preliminares se estima que contra determinado profesional médico apunta un procedimiento sancionatorio, se le deberá comunicar el inicio de la investigación para que ejerza su derecho a la defensa, de conformidad con los artículos 3.1 y 47 del CPACA. De esta manera se estará garantizando el derecho de representación, es decir, de la designación de un abogado si así lo estimare necesario, como también que sin haber otorgado poder tenga acceso al expediente o conozca la prueba recaudada hasta ese momento.

Estas normas se armonizan con lo consagrado en el artículo 77 de la Ley 23, que emplea los términos “indispensable o conveniente” para significar que en todos los casos la decisión de estar representado por un abogado es del profesional investigado. Es perfectamente entendible, por tanto, que el profesional médico no designe en la etapa de “averiguaciones preliminares” a un abogado para que lo represente, y así solicite ser escuchado en diligencia de injurada, y se reserve el derecho de conferir poder a un abogado si en contra suya resulta que se formularon cargos.

El CPACA no señala en qué término se deben practicar estas pruebas, y aun cuando sobre este punto la Ley 23 sí lo dice en los artículos 75 y 78, un mínimo de quince (15) días y de una prórroga que no excederá de quince (15) días hábiles, este período resulta insuficiente e inaplicable para los tiempos actuales. Será, por consiguiente, el magistrado

* Abogado, 1976. Juez Penal y de Instrucción Criminal, litigante independiente y abogado asesor del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca desde 2003.

instructor quien determine si está cumplida la averiguación preliminar y está en condiciones de presentar ante la Sala Plena el informe de conclusiones de que tratan los artículos 75, 78 y 79 de la Ley 23.

El informe de conclusiones debe precisar si existe o no mérito para formular cargos, y será la Sala Plena quien defina lo uno o lo otro. Esa decisión constituye un acto administrativo (art. 47 CPACA), que en la eventualidad de imputarse cargos estos deben señalarse con precisión y claridad, cuáles son las disposiciones presuntamente vulneradas, además de exponer los hechos que originaron la investigación.

Existe norma especial en la Ley 23 sobre qué término se tiene para escuchar al profesional médico en diligencia de descargos, y ante quién o quiénes se rinde (art. 80 y párrafo), por lo que el inciso tercero del artículo 47 de CPACA que menciona que se podrán presentar los descargos dentro de los quince (15) días siguientes a la formulación de cargos no se aplica.

El acto administrativo de formulación de cargos debe ser notificado personalmente al profesional médico investigado, contra el cual no procede recurso alguno. Esta notificación, de carácter particular y concreto, según el artículo 66 del CPACA, obliga a que se entregue copia íntegra, auténtica y gratuita del acto administrativo (art. 67).

No me ocupo de las modalidades que sobre notificaciones trae el CPACA porque merecen ser tratadas de manera especial en otro espacio.

La diligencia de descargos se convierte en una especial oportunidad para el profesional médico investigado, porque podrá solicitar o aportar pruebas y controvertir las recaudadas en su contra. No presentarse a descargos significa reducir los medios de defensa. Hacerlo permite trazar unas líneas de defensa como estrategia para rebatir los cargos formulados. Sin embargo, el hecho de presentarse con o sin apoderado es una decisión libre y voluntaria del investigado. Está dicho que en la diligencia de descargos se pueden solicitar pruebas o aportarlas, pero si son rechazadas se tendrá que motivar en acto administrativo si son inconducentes, impertinentes o superfluas, o se practicaron de manera ilegal.

Y aquí surge un interrogante: ¿proceden recursos contra el acto que decide la solicitud de pruebas? Según el artículo

40 del CPACA la respuesta sería negativa, norma que trata de las pruebas y dice que durante la investigación administrativa y hasta antes que se profiera la decisión de fondo se podrán aportar, pedir y practicar pruebas de oficio o a petición del interesado sin requisitos especiales. "Contra el acto que decida la solicitud de pruebas no proceden recursos...". Según el artículo 40 del CPACA, norma que trata de las pruebas, la respuesta sería negativa porque dice:

Durante la actuación administrativa y hasta antes de que se profiera la decisión de fondo se podrán aportar, pedir y practicar pruebas de oficio o a petición del interesado sin requisitos especiales. Contra el acto que decida la solicitud de pruebas no proceden recursos. El interesado contará con la oportunidad de controvertir las pruebas aportadas o practicadas dentro de la actuación antes que se dicte una decisión de fondo...

Sin embargo, para algunos, teniendo como fundamento el artículo 29 de la Constitución Política y el artículo 3.1 del CPACA, que trata de los principios que toda autoridad deberá interpretar y aplicar en las actuaciones y procedimientos administrativos, entienden que aquellas pruebas que sean rechazadas con ocasión de descargos sí admiten recursos porque de lo contrario se atenta contra el principio del debido proceso, de rango constitucional.

¡Sin duda, el debate está abierto!

Textos consultados

Laverde Álvarez, Juan Manuel. *Manual de procedimiento administrativo sancionatorio*. Legis S.A, Bogotá, 2016.

Mejía Patiño, Omar. *Fundamento del Derecho Administrativo Sancionador*. Grupo Editorial Ibáñez, Bogotá, 2013.

Encuentros Nacionales de Tribunales de Ética Médica del año 2021. Gaceta Jurisprudencial, Tribunal Nacional de Ética Médica, marzo de 2022, N°. 43.

Evolucionar

Dr. Jorgenrique Enciso Sánchez *

La salud en Colombia ha tenido grandes cambios desde la creación de la Ley 100 de 1993, los que comenzaron con el aumento vertiginoso de la cobertura en salud que pasó de aproximadamente del 15 % al 98 % de los colombianos. No obstante, ese incremento no implicó un aumento en la oportunidad, la calidad y la seguridad de la atención a los pacientes. Se trata de un sistema de salud que tiene un amplio plan de coberturas, incluso en las enfermedades más catastróficas, que cubre prácticamente todo.

Con la Ley 100 se logró el suministro de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Sin embargo, su dispensación, desabastecimiento y la de los dispositivos, día a día, se ha convertido en un calvario para los pacientes. Ni hablar de los procedimientos, puesto que, para poder contenerlos y ahorrar en el gasto, se han implementado las autorizaciones, las cuales complican y entorpecen al máximo su prestación, al igual que los turnos y las escalas de restricciones. Todo esto se traduce en una serie de talanqueras que las EPS han ideado con el propósito de evitar el gasto mediante autorizaciones, filas, turnos y demás vericuetos inimaginables lo que les permite manejar este dinero público a su antojo. Con todo esto han llevado a un detrimento de la salud de los colombianos por la demora en su atención.

Una de las principales artimañas utilizadas por las empresas prestadoras de salud es la de la consulta, tanto con los médicos generales como con los especialistas, proceso en el que existe un gran cuello de botella, no por falta de personal disponible sino por la ausencia de su contratación, lo que congestiona y obstaculiza la pronta y adecuada atención a los pacientes y conduce muchas veces a la complicación de sus patologías o a su deceso. No es concebible que la población tenga que acudir a la acción de tutela para poder

amparar su derecho fundamental a la salud, generando una gran congestión en el sistema judicial, ya de por sí congestionado y sobrecargado con el consiguiente incremento del gasto para el erario público.

Otro gran problema del sistema de salud colombiano es la pérdida de la autonomía médica, a pesar de la ética, la racionalidad, la evidencia científica y la autorregulación ejercida por lo general con responsabilidad por el gremio médico, el cual ha demostrado hasta la saciedad su ética, su lealtad, su equidad y su compromiso con el sistema de salud, al igual que el resto de los trabajadores del sector. Ello queda demostrado por la adecuada atención que le brindan a los pacientes en los diferentes servicios cuando acuden en busca de atención, ofreciéndoles siempre lo mejor dentro de las posibilidades existentes, sin importar si el paciente pertenece a un régimen contributivo, subsidiado, a planes complementarios, a medicinas prepagadas o si cuentan con pólizas de seguridad médica.

En el sistema de salud colombiano el plan de beneficios era igual para todos, pero poco a poco los comerciantes de la salud vieron la posibilidad de negocio, por lo que comenzaron a multiplicarse los planes complementarios de salud y las medicinas prepagadas: por ello, quien más paga obtiene mejores y más rápidos servicios.

Un sistema de salud depende del aseguramiento individual, a pesar de que se trata de dineros públicos que manejan unas empresas privadas, EPS, las cuales en muchas oportunidades dan un manejo inadecuado a esos recursos. En este sentido, han invertido en la integración vertical, creando IPS, droguerías; en servicios de ambulancias y de seguridad; en la creación de facultades de salud, y ni hablar de sus inversiones en la creación de hoteles, clubes o cam-

* Médico Ginecobstetra. Presidente de la Unión Gremial de Ginecólogos y Obstetras de Colombia. Presidente de la Federación Colombiana de Sindicatos Médicos (FECOLMED).

pos de golf, que no tienen absolutamente nada que ver con la salud. Todo ello ha contribuido al gran colapso financiero del sistema, reflejado en la billonaria deuda que arrastran, a pesar de la fallida promesa del punto final, ofrecida por el anterior Gobierno.

Sin duda, el primer paso para reorganizar adecuadamente el sistema de salud debe ser la terminación de la intermediación financiera de las EPS. Aunque muchas de ellas fueron intervenidas o liquidadas desde la creación de la Ley 100, dejaron unas deudas billonarias e irrecuperables a las diferentes IPS (clínicas) y las ESE (hospitales), lo que conllevó arrastrar deudas impagables, tanto para los trabajadores de la salud contratados en general por órdenes de prestación de servicios (OPS) como para los proveedores de dichas instituciones.

El verdadero y real asegurador es el Gobierno nacional; a pesar de ello, muchas EPS, que son unos intermediarios financieros, se han quedado con recursos públicos de la salud, de tal forma que cuando algunas de esas entidades han sido liquidadas no hay forma de recuperar dichos dineros, por lo que absolutamente todos los actores del sistema pierden.

Actualmente contamos con un sistema de salud en el que se cierran servicios por no ser rentables, como por ejemplo los de obstetricia y pediatría en varias de las IPS, lo que aumenta la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Mientras tanto, se legisla con toda razón para el logro de partos humanizados para favorecer a las madres y al fruto de sus embarazos; sin embargo, esta opción es totalmente irrealizable debido a los actuales precios de acuerdo con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (C.U.P.S.) vigente, entre otros factores. Por lo anterior, es primordial la actualización de las tarifas, basada en el costo de vida y el incremento del Índice de Precios al Consumidor del grupo Salud anual (IPC-Salud).

Con el actual sistema de salud los médicos y sus trabajadores en general trabajan en condiciones indignas, poco decentes e inestables; solo un 28 % cuenta con contratos de trabajo, la gran mayoría son contratados por empresas de intermediación pertenecientes a apócrifos sindicatos o cooperativas de trabajo que explotan el trabajo realizado en el marco de las limitaciones propias de sus sitios de trabajo, con calidad, ética y seguridad. Así mismo hemos visto la gran proliferación de facultades de salud con onerosas matrículas sin que estos centros educativos cuenten con los respectivos hospitales universitarios.

Otro gran problema presente en la salud de los colombianos es el hambre, que se ha incrementado por el desequilibrio socioeconómico y la violencia que arrastramos desde hace décadas y que hace mella en la población más vulnerable, situación que actualmente afecta aproximadamente al 54 %

de los colombianos, lo que ha provocado desnutrición crónica en la población Infantil. Los estudios han demostrado que un niño con desnutrición crónica tendrá 14 puntos menos de coeficiente intelectual en la edad adulta, alcanzará cinco años menos de educación y obtendrá un 54 % menos del salario que percibiría un niño bien alimentado.

El hambre es una gran afrenta para el país: el reto es superar esta condición. Colombia debería ser un país agrícola por la riqueza de sus suelos, que infortunadamente en este momento están desolados por la violencia, el desplazamiento, la pobreza y, además, por el narcotráfico.

No podemos dejar de reconocer que por lo menos 1,2 millones de niños y de niñas entre los cinco y los nueve años no reciben ningún tipo de educación formal en Colombia, lo que corresponde al 11 % de los colombianos que no reciben educación, como lo dictamina la Constitución Política de Colombia, ya sea porque no tienen acceso a esta o por deserción generada por las condiciones socioeconómicas que atraviesan muchas familias.

Definitivamente, si realmente deseamos contar con un muy buen sistema de salud tenemos que implementar la Ley Estatutaria de Salud que consagra la salud como un derecho fundamental. Posiblemente, la mejor solución son los catorce puntos fundamentales acordados entre la Academia Nacional de Medicina, el Colegio Médico Colombiano, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Sindical Médica, la Asociación de Profesionales de la Salud y la Federación Colombiana de Sindicatos Médicos. A continuación estos puntos: 1) Desarrollo pleno de la ley Estatutaria de la salud, 2) Redefinir el sistema de salud, 3) La insostenibilidad fiscal no puede negar el derecho a la salud, 4) Creación del Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, 5) Ampliar la cobertura de servicios de salud con excepciones explícitas, 6) Priorizar la atención primaria en salud, 7) Creación de redes integradas de servicios de salud como modelo de atención, 8) Fortalecer la Red pública Hospitalaria con tecnología y calidad, 9) Respeto a la autonomía médica, 10) Normatización laboral como requisito para habilitación de las diferentes IPS y ESE con régimen salarial especial para todos los trabajadores de la salud, 11) Abolición de intermediación financiera y manual tarifario como lo establece la ley de talento humano y recurso en salud, 12) Medidas anticorrupción y despilfarro, 13) Control de precios a la industria farmacéutica; 14) Fortalecimiento de la Supersalud para inspección, vigilancia y control.

Es fundamental, por consiguiente, tener salud con oportunidad, seguridad y calidad, una educación propicia para el desarrollo y una adecuada alimentación para un mejor futuro de nuestra población.

Meditación de otoño

Dr. Héctor Mario Rengifo Castillo



Connecticut, Estados Unidos, 14 de octubre de 2022.
Fotografía del autor.

Otoño, plenitud del año, cambio,
madurez de vida.
Un alto en el trabajo para meditar.
Naturaleza, aire, agua, bosque.
Invitación al solaz, al equilibrio,
al sosiego y a la placidez.

Una mirada histórica de la peste para un imaginario actual (2020)

Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo *

Introducción

La palabra 'peste' procede del griego *Loimos*, que significa plaga, y la palabra 'epidemia' también proviene de esa lengua y significa «visita del médico o del paciente al médico». *Loimos* es una enfermedad inesperada, contagiosa y grave, que los autores más antiguos consideraron una afección de origen divino, la cual se transmitía por el aire al respirar, mientras 'epidemia' lo tomaron como 'visita' o 'llegada' a un lugar, también como la visita de un médico a la casa de un paciente para tratarle alguna enfermedad, la llegada de un médico a la ciudad para ejercer su profesión o la visita de un paciente al consultorio, como lo diría Laín Entralgo. Por su parte, la palabra 'endemia' significa 'residir en casa' y 'pandemia' corresponde a lo común o público, lo que cubre todo el pueblo.

En la medicina actual la peste es una infección grave y potencialmente normal; en la Edad Media las pestes mataron a millones de personas. En la antigüedad el término más frecuente al referirse a enfermedad infecto-contagiosa, grave y de elevada mortandad era *Loimos*. Existe hoy en día una similitud para afrontar la peste como la que hubo anteriormente en la historia de la humanidad.

Las pestes

Las infecciones han ganado muchas batallas, ocasionado la muerte de millones de personas y transformado la historia de la humanidad. La presencia de virus, bacterias, hongos protozoarios son parte constitutiva de la vida, desde la aparición del *Homo sapiens*. El autor israelí Yuval Noah

Harani considera que es probable que nuestra generación humana sea una de las últimas, ya que en un siglo o dos los humanos se destruirán a sí mismos o evolucionarán hacia algo diferente.

Existen cinco infecciones que han modificado al mundo en número e incidido en el comportamiento humano:

1. *Tuberculosis*. Causada por el bacilo de Koch, produjo la muerte de más de un billón de personas.
2. *Viruela*. Producida por el *poxvirus Variola*, existe desde hace 2500 años.
3. *Peste bubónica*. Denominada como Peste negra de la Edad Media, es transmitida por la picadura de pulgas de rata.
4. *Influenza*. Virus mutante que ataca a los infectados previamente.
5. *Sida*. Producido por el virus de inmunodeficiencia humana.

De estas, la Peste negra ha sido la más analizada por varios autores. Se trató de una pandemia que asoló Europa por más de un siglo y continuó hasta 1348. Llegó a través de productos exóticos provenientes de Asia y su virulencia y mortandad estuvieron relacionadas con una población mal alimentada.

Las palabras 'peste' y 'plaga' fueron utilizadas en la Edad Media para referirse a 'calamidad', produciendo gran mortandad, como la gripe y la viruela. La peste asoló Europa entre 1347 y 1400, siendo la más mortífera. Producida por el bacilo gram negativo la *Yersinia pestis*, aislado en Hong Kong en 1894, se trasmite por pulgas y otros parásitos de las ratas grises y negras que convivían con la gente. La forma bubónica es la más común y se manifiesta con pústulas de sangre o bubas o bubones de color negro azulado; otra variante es la pulmonar o septicémica. Muchos morían,

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

entre el 40 % a los pocos días de contraerla y el 90 % por compromiso pulmonar (hoy en día fallece el 90% hasta con ventilador). Se propagaba en el invierno por el aire como un resfrío con tos, ahogo y esputo de sangre; producía además fiebre alta, pérdida de la conciencia y delirio. Se propagó desde el puerto de Caffa en el Mar Negro y en 1347 pasó a Constantinopla y al resto del Mediterráneo. Los mongoles la llevaron al Mar Negro catapultando cadáveres infectados para infectar a los italianos que atacaban. Se estima que la Peste negra mató el 30 % de la población europea: las ciudades portuarias y comerciales fueron las más afectadas, como Marsella y Albi, donde el 60 % de sus habitantes falleció, lo que llevó a que tuvieran que sepultar más de 500 cuerpos diarios en el denominado “cementerio de los inocentes”. En la Península Ibérica, Navarra fue la más afectada con un 50% de víctimas. Así lo expresa Michele da Piazza:

A causa de una corrupción de su aliento, todos los que se hablaban mezclados unos con otros se infectaban. El cuerpo parecía sacudido casi entero y dislocado por el dolor. De este dolor, de esta sacudida, de esta corrupción del aliento nacía en la pierna o en el brazo una pústula de la forma de una lenteja. Esta impregnaba y penetraba el cuerpo presentando violentos esputos de sangre. Las expectoraciones duraban tres días continuos y se morían a pesar de cualquier cuidado.

En *El Decamerón*, Bocaccio narra el ambiente de Florencia en tiempos de la peste:

¡Oh, cuántos memorables linajes, cuántas opulentas herencias!, ¡cuántas célebres riquezas no tuvieron sucesor! ¡Cuántos hombres ilustres, cuántas bellas mujeres, cuántos jóvenes gallardos, a quienes Galeno, Hipócrates o Esculapio hubieran juzgado sanísimos, almorzaron por la mañana con sus parientes, compañeros y amigos y cenaron por la noche con sus antepasados en otro mundo!

Por su parte, en la ciencia medieval se habló de la peste como pestilencia:

El proceso morboso se inicia cuando ese humor alterado perturba la buena mezcla que define a la salud. Los bubones, las manchas cutáneas o los esputos rojizos no son más que la conversión en diversas estructuras del cuerpo humano del humor pecante –la sangre– que el cuerpo procura eliminar.

Como afirma Haindl U.:

El impacto psicológico provocado por la peste no solo se produce por el horror de ver morir a más de un tercio de la población, después de sufrir tan graves síntomas. Lo otro es la impotencia de los médicos medievales, incapaces de lograr una solución efectiva con sus precarios conocimientos. Esta situación no solo se traduce en recetar tratamientos que no lograron sanar a los enfermos. También se ve en sus frustrados intentos por descubrir las causas de la enfermedad, lo que les lleva a caer en supersticiones, muy difundidas en la época.

Los tratamientos recetados contra la peste se basaban en alimentación, purificación del aire, sangrías y brebajes de hierbas aromáticas y piedras preciosas molidas. Los facultativos les abrían los bubones aplicándoles sustancias para neutralizar el veneno.

Konrad Von Megenberg escribió: “Más allá del castigo de Dios o el envenenamiento de los pozos por los judíos, no se tenía otra explicación”. Los seguidores de Hipócrates y Galeno creían que la corrupción del aire suponía la ruptura del equilibrio y sus cualidades, equilibrio que debe tener el sano, que si se rompe adquiere la característica patológica de la pestilencia. Se atribuyó la peste a un terremoto de 1348 o que había sido provocada por factores naturales como eclipses, conjunciones de la luna y el sol y se consideró que esta solo podía prolongarse por un año. Había un carácter supersticioso, donde lo sobrenatural era la causa de todo aquello que no se podía explicar mediante la razón. Se continuaba hablando de teorías como la corrupción del aire o el envenenamiento intencional.

En el siglo XIII Ana Suno Sarraga consideró que: “la peste multiplicó los actos de piedad masivos produciendo una verdadera avalancha de donaciones que beneficiaron a la Iglesia”. Jean Delumeau afirmó que era común encontrar que en muchas ciudades europeas no se tomaron las precauciones necesarias para evitar que el pánico se apoderara de sus habitantes y que luego se sufrieran las consecuencias. En *El Decamerón* se menciona: “Muchas personas no hubieran perecido de haberseles prestado los auxilios precisos. La fuerza de la pestilencia era tanta que las multitudes morían día y noche en la ciudad que causaba estupor oírlo decir y cuanto más dudarlo”. Muchas veces las tumbas no daban abasto para efectuar enterramientos individuales, apilándose cuerpos por montones, cubiertos con cal.

La peste causó estragos en la educación, de tal manera que murieron profesores y estudiantes en las universidades. Fallecieron muchos sacerdotes y era necesario ordenar nuevos clérigos para cubrir las numerosas vacantes. En Inglaterra la mitad de los frailes, monjes y monjas perecieron en los primeros años de la peste. Los autores insisten en el fuerte

impacto psicológico de esta gran mortandad, sembrando miedo, desesperación y desconcierto. Por su parte, algunos consideraron la epidemia como un gran castigo divino y procuraron llevar una vida virtuosa, ser buenos cristianos y seguir una moral intachable, mientras otros, al ver que lo anterior no acababa con la enfermedad, decidieron disfrutar de la vida más que nunca, conscientes de que en cualquier momento podían enfermar y morir entregándose así a todo tipo de desenfreno y de placeres. Al respecto, Luis Suárez escribió: "Todo un esquema de histeria individual y colectiva (me recuerda la tarantela) aparece ya en el siglo XIV, es turno de magia y brujería. Algunos pensadores creían que el mejor modo de librarse de las asechanzas del diablo era ponerse de su parte y adorarlo". Se vivió con intensidad el miedo, la desesperación y la incertidumbre, lo que contribuyó a hacer radical la visión pesimista de la vida al hombre medieval. Juan Valdeon mencionó: "Victimas de un terrible mal, cuyo origen desconocían y al que no podían detener en su mortífera expansión, los contemporáneos de la peste sintieron que el mundo se hundía". Delumeau expresó: "No se podía ser más que un cobarde o un héroe, sin posibilidad de refugiarse en el punto medio de esos estados".

La muerte estuvo más presente que nunca, una actitud que se adueñó del arte, la literatura, por lo que aparecieron tratados en procura del bien morir, es decir tranquilamente y con el alma purificada de faltas. Según Valdeon, existen dos formas de enfrentar la angustia ante la existencia precaria: "¿Qué actitud podían adoptar los sobrevivientes de tan dura prueba? ¿Apurar al máximo esta vida pasajera, aferrándose a los placeres mundanos o por el contrario, retirarse del mundo, preparándose a buen morir y a ganar la vida eterna?".

Entre los siglos XIII y XVIII, además del miedo ante las amenazas sobre Europa, como la crisis religiosa, las pestes, las guerras y las invasiones, la gente de esa época fue atormentada por un profundo sentimiento de culpa, además del

miedo. Ante la ignorancia y el deseo de hallar explicaciones y soluciones, aumentaron las sospechas, la intolerancia y se atribuyeron culpas a marginados y minorías, como los leprosos y los judíos, a los que respondieron con persecuciones y malos tratos. Estaba presente entonces la sensación de que la vida era efímera y que podía acabarse en cualquier momento. Las representaciones artísticas, los poemas y las crónicas señalaron un ataque inminente, la muerte súbita e inevitable, el miedo y la desesperación que se ensaña con los más débiles (embarazadas, pobres y niños).

El fraile Benedetto de Milán escribió en 1630:

Confusión de los muertos, de los moribundos, del mal y de los gritos, los aullidos, o el espanto, el dolor, las angustias, los miedos, la crueldad, los robos, los gestos de desesperación, las lágrimas, las llamadas, la pobreza, la miseria, el hambre, la sed, la soledad, las cárceles, las amenazas, los castillos, los lazaretos, los ungüentos, las operaciones, los bubones, los carbuncos, las sospechas, los desmayos.

Séneca nos enseñó que la muerte no es una amenaza cuando la vida ha sido vivida plenamente.

Bibliografía

Revista de Filología, número 260 de 2008, pp 191-204.

Revista Medigraphic México, "Las epidemias que cambiaron el mundo", abril a junio 2018, pp 151-156.

Haindl U., A.L., *La peste negra*.

Por qué el ortopedista y el traumatólogo deben saber sobre la diabetes

Dr. Rodrigo Triana Ricci*

Introducción

Las reflexiones que se presentan en este artículo han surgido por el incremento de la diabetes. Las consideraciones expuestas, que incluyen su diagnóstico inicial, son mínimas, y parece que, a medida que pasa el tiempo, aumenta su prevalencia en la comunidad. Las secuelas que produce el pie diabético en los pacientes son devastadoras, desde el punto de vista de las complicaciones médicas, la calidad de vida, los problemas sociales y laborales y los elevados costos que generan. Por ello, y tomando en consideración algunos estudios anteriores que dieron a conocer los daños producidos por la diabetes en el pie y el desarrollo de su fisiopatología, se presenta este artículo con el propósito de concientizar a los estamentos universitarios y a algunas organizaciones no gubernamentales para que establezcan programas de salud pública que atiendan el manejo de esta patología. (1)

El pie diabético engloba afecciones del pie y el tobillo, las cuales pueden ser simples o complejas, cuyo tratamiento clásico elegido a veces ha sido la amputación. En este sentido, nuestra especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología no ha sido la responsable de tratar a estos pacientes, ya sea porque existía una afectación vascular o porque al ser una patología tan compleja con enorme riesgo de complicaciones, nuestra especialidad solo se ha encargado de efectuar el tratamiento de amputación de la extremidad, sin tener en cuenta algunas consideraciones médicas (y respecto a los mismos pacientes), que implican un manejo más integral, lo cual es primordial para la atención de estos, por lo cual al final estos casos terminan fácilmente en

amputación. Por ello, en los últimos años, cada vez son más frecuentes en cursos y congresos las ponencias sobre pie diabético, pues esta patología supone un reto diagnóstico y terapéutico en el día a día de muchas especialidades de nuestro ámbito hospitalario.

El objetivo principal al atender a los pacientes con pie diabético por Ortopedia es reducir el número de amputaciones, ya porque una amputación implica un aumento o un empeoramiento de la comorbilidad, supone un trastorno psicosocial muy elevado y además, como se ha demostrado, puede causar mayores gastos sanitarios a largo plazo.

Por todo lo anterior, en este artículo, en primer lugar se hablará de la importancia de las unidades del pie diabético. La literatura médica apoya cada vez más la premisa de que el abordaje multidisciplinario de estos pacientes supondrá una mejoría en el pronóstico, tanto de la mortalidad como de la morbilidad. (2)

Definición y trascendencia del pie diabético, procesos clínicos y justificación del abordaje multidisciplinario

El pie diabético (PD) se define como una alteración clínica de base *etiopatogénica neuropática, inducida por una hiperglucemia mantenida*, en la que, con o sin coexistencia de isquemia y, previo desencadenante traumático, se produce una lesión y/o ulceración del pie.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad endocrina con gran prevalencia en todo el mundo y que puede llegar a

* Médico Ortopedista y Traumatólogo, Universidad del Valle. Exdocente adjunto, Universidad del Valle. Coordinador de Ortopedia y Traumatología, Clínica de Occidente; Coordinador de Ortopedia y Traumatología, Universidad Santiago de Cali. Ex-Magistrado del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

considerarse una verdadera epidemia del siglo XXI. En 2014, en el mundo había 422 millones de diabéticos y actualmente casi el 10 % de la población la padece; en 2012 supuso un total de 3,7 millones de muertes.

No todos los pacientes diabéticos van a presentar problemas en sus pies. Se considera que un 15 % de ellos, en algún momento de su vida presentarán una úlcera y de estos, un 25% precisará algún tipo de amputación. El objetivo principal en la atención de los pies de los pacientes afectados por DM es evitar una amputación mayor, como la infracondílea o supracondílea.

Dada la afectación sistémica que conlleva esta patología, con diferentes órganos, así como la compleja etiopatogenia de esta enfermedad endocrina, la mejor manera de abordar las complicaciones acaecidas en los pies de los diabéticos es de forma multidisciplinar. *Son diferentes los estudios internacionales que ya han demostrado que, atendiendo a estos pacientes en equipo, el número de amputaciones es mucho menor (disminuyen en promedio entre un 50 % y un 70 %).*

Igualmente, atender las complicaciones en los pies de los diabéticos es un reto. Con la progresión de la enfermedad, la neuropatía y/o la isquemia comportarán, en ciertos casos, una serie de procesos patológicos (complicaciones o lesiones). (3)(4)(5)

Etiología del pie diabético

Los trastornos que definen la existencia de un pie diabético se han considerado tradicionalmente como consecuencias de la enfermedad vascular periférica y de la neuropatía diabética junto a la infección, que en esta patología es más frecuente, grave y extensa, la cual puede terminar en una amputación. En otras palabras, el hallazgo más frecuente en los pacientes con lesiones en los pies, es la combinación de neuropatía y enfermedad vascular. Por ello, para poder identificar a los pacientes con riesgo, es fundamental comprender los mecanismos etiológicos de cada una de estas entidades. Debemos recordar que hay *macroangiopatías* y *microangiopatías*, lo que obliga a la valoración por Cirugía Vascular, Medicina Interna (cardiólogos, endocrinólogos, diabetólogos), Nutrición y, si el caso lo amerita, por Infectología, sin descartar Psicología.

De todas las complicaciones tardías del pie diabético, la neuropatía diabética fue hasta hace algunos años la de menor relevancia. Hoy, la metodología diagnóstica más precisa permite una mejor identificación de esta condición, lo que ha generado una mayor conciencia sobre su alta prevalencia y el hecho de que sea una de las que más causan que los pies de la DM terminen amputados.

El progreso de la farmacología ha permitido también el ofrecer algunas herramientas terapéuticas que, dependiendo de la etapa evolutiva, entre otros factores, permitan una regresión o estabilización de las lesiones, representando una falta grave para el médico tratante el no plantearse hoy esta posibilidad diagnóstica. Así mismo, es fundamental educar a los pacientes, quienes identificando signos y síntomas podrán consultar precozmente.

¿Es la neuropatía diabética una complicación frecuente? Sí lo es, pero la mayoría de la información disponible sobre esta no es confiable, dada la metodología empleada o la falta de estandarización de resultados en cuanto a una definición precisa de la neuropatía diabética. Esto permite encontrar en la literatura médica cifras de prevalencia que van entre el 10 % y el 80 %, dependiendo de la edad del paciente y del tiempo de evolución.

En un estudio publicado en septiembre de 1992 en *Diabetes and Medicine*, que cubría 811 pacientes con DM, se encontró que un 40 % tenía neuropatía, un 5 % presentaba o había presentado manifestaciones de pie diabético al momento del diagnóstico y la mitad de los pacientes con neuropatía eran sintomáticos.

En general, podemos concluir que la neuropatía diabética es una complicación frecuente, habitualmente subdiagnosticada, en la cual las expresiones funcionales se presentan antes que las clínicas; y todo esto sucede porque no se examina el pie de los DM. Por lo anterior, se debe tener sospecha de la presencia de esta neuropatología en todo paciente con *diabetes mellitus insulino dependiente* con cinco o más años de evolución y también en los pacientes con *diabetes mellitus no insulino dependiente*, a partir del momento del diagnóstico. La evolución natural de esta condición es impredecible y su comienzo puede ser agudo o insidioso, con evolución lenta y progresiva. Pueden coexistir sus dos tipos, somática y autonómica, pudiendo prevalecer una sobre la otra.

En la neuropatía somática están afectados los nervios sensoriales y motores, pudiendo expresarse con sintomatología y sinología sensitiva y motora. En general, lo predominante es lo sensitivo. Los síntomas más frecuentes son el dolor, las parestesias en las extremidades inferiores (hormigueo y adormecimiento), que comprometen inicialmente la región plantar en forma bilateral. El dolor puede estar presente con intensidad variable. Evolutivamente, esta sintomatología y sinología pueden ir extendiéndose, hasta comprometer pantorrillas y rodillas. El compromiso de las extremidades superiores es menos frecuente, pudiendo encontrarse en las manos alteraciones de la sensibilidad al calor, el frío, el tacto, la presión y estímulos dolorosos. Se puede comprometer además el reconocimiento manual de

objetos. En los pies se puede obtener una mala percepción de las superficies de apoyo, determinando sensación de inestabilidad. La disminución de la sensibilidad al dolor, en concomitancia con los trastornos de la sudoración y de la circulación como expresión de compromiso del sistema nervioso autónomo, predispone a la aparición de lesiones a nivel de los pies por traumatismos, muchas veces sin que el paciente tome conocimiento de esto.

El compromiso motor en general es distal, afecta especialmente pies y/o manos, puede expresarse como calambres en las pantorrillas, disminución de fuerzas en las extremidades inferiores, problemas para mantener la posición de pie, hacer ejercicios, caminar o subir escaleras, apreciándose en concomitancia a través del tiempo, atrofia muscular a nivel de pies y/o piernas. Esto se debe a que la musculatura intrínseca de los pies por la DM se vaya disminuyendo en el tiempo y se incrementa, si ha tenido mal comportamiento en el manejo de su DM.

A largo plazo este compromiso sensitivo motor predispone a la aparición de la postura característica del pie, que determina una carga de peso anormal durante la acción de caminar y estar de pie. El desbalance de fuerzas entre flexores y extensores predispone a la aparición de dedos en garra, y a la prominencia de las cabezas de los metatarsianos, básicamente por el predominio de la acción del tendón del extensor largo. Estas alteraciones estructurales favorecen la aparición de callos y úlceras en las zonas de mayor presión. (6)

Como expresión máxima de la osteopatía diabética tenemos el "pie de Charcot", caracterizado por fracturas subcondrales recurrentes y proliferación desordenada del tejido óseo adyacente, todo lo cual produce una alteración anatómica severa del pie, que inicialmente puede ser o no dolorosa, pero que es indolora en las fases tardías. Al examen físico puede encontrarse crepitación ósea al movilizar el pie, edema y aumento de la temperatura local e inicio de una deformidad del mismo, ya que normalmente tenemos un arco longitudinal que es cóncavo y cuando el Charcot se instala este arco se vuelve convexo.

La neuropatía autonómica coexiste con la somática en el pie en riesgo de complicarse, caracterizándose fundamentalmente por trastornos de la sudoración y un aumento del flujo sanguíneo en ausencia de enfermedad de grandes vasos (auto-sympactomía).

La sequedad de la piel predispone a la formación de callos y fisuras y el incremento del flujo sanguíneo determina un aumento de la temperatura de la piel y un engrosamiento de las venas del dorso del pie cuando el paciente está en posición supina. Aunque el flujo sanguíneo a la piel esté aumentado, el aporte de nutriente estará disminuido.

Clínicamente, el paciente puede referir sudoraciones nocturnas que comprometen cuerpo y cara, sequedad de las extremidades inferiores y aumento de la temperatura de los pies. Estas alteraciones, en concomitancia con la reducción de la percepción del dolor y calor, predisponen a la aparición de los signos que definen clínicamente la existencia de "un pie diabético". (7) (8). Aunque algunos pacientes con úlcera en él o los pies tienen sintomatología o sinología que sugieren neuropatía, muchos no han tenido expresión clínica sintomática previamente. Este hecho avala la actitud de considerar al paciente sintomático como "de riesgo" y a la "ausencia" de sintomatología neurológica como no necesariamente indicadora de que el paciente tiene un pie sano.

La evaluación clínica puede poner en evidencia el compromiso neurológico y los exámenes no invasivos podrán confirmarlo. Los pacientes con úlceras de los pies invariablemente tienen anomalías en la percepción térmica y vibratoria, con alteraciones severas tanto de la electromiografía como de la velocidad de conducción. Los factores que predisponen a acelerar el compromiso vascular en el diabético, son entre otros:

1. Aumento de la agregación plaquetaria.
2. Liberación por parte de las plaquetas del factor de crecimiento muscular liso.
3. Desequilibrio entre la actividad del tromboxano y la prostaciclina.
4. Alteración de la glicosilación de las proteínas estructurales y circulantes.
5. Alteración a nivel del fibrinógeno, de las proteínas de baja densidad y del metabolismo oxidativo (9 a 20).

Consideraciones médicas

Una herramienta valiosa que debe utilizar el ortopedista y traumatólogo para poder hacer un manejo adecuado, objetivo y completo del pie del DM desde el punto de vista de su especialidad es la Clasificación de San Elián, adoptada internacionalmente, que incorpora la parte anatómica, los factores agravantes y la afección tisular. Se trata de una escala de hasta 30 puntos que permite categorizar la patología de cada paciente, de la siguiente manera:

- *Grado I, hasta 10 puntos.* Leve, buen pronóstico para la cicatrización exitosa.
- *Grado II, entre 11 y 20 puntos.* Moderado, amenaza parcial, con resultados dependientes de la terapéutica aplicada y la respuesta biológica del paciente.
- *Grado III, entre 21 y 30 puntos.* Grave, amenaza para la extremidad afectada y la vida.

La anterior escala posibilita una clasificación más precisa de la patología del pie DM, porque incluye otros factores, como el índice tobillo-brazo, que ayuda a dilucidar el problema del pie con más certeza, siempre y cuando el médico conozca e interprete adecuadamente los resultados de los exámenes solicitados por medicinas vascular e interna, nutrición y ortopedia y traumatología. (21).

Es importante comprender que si como ortopedistas no contamos con los conocimientos suficientes sobre esta enfermedad efectuaremos manejos no confiables como especialista o como médico general, que podrán conducir a secuelas desastrosas en los pacientes como la amputación de extremidades. Por lo anterior, la diabetes es una patología que requiere un manejo interdisciplinario o multidisciplinario del que hacemos parte los ortopedistas y traumatólogos, en cuyo conocimiento y manejo debemos ahondar, pues algunos estudios estiman que en 2033 la DM se incrementará en un 63,3 %, pudiéndose convertir en una epidemia. Es así como el número de personas con diabetes aumentó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014 y en el mismo periodo la prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) aumentó del 4,7 % al 8,5% (22).

Algunas recomendaciones sobre medicamentos y exámenes

Presento a continuación una relación de medicamentos y exámenes que se deben tener en cuenta para el tratamiento del pie diabético.

- *Medicamentos.* Entre estos están la pregabalina, el ácido alfa lipoico y otros medicamentos prescritos para el manejo general del paciente.
- *Exámenes.* Ordenar exámenes adecuados, como glicemia, hemoglobina glicosilada, nitrógeno uréico (N ureico), creatinina, proteínas totales, hemograma, y si existe proceso infeccioso, PCR y VSG. El médico debe considerar la toma de radiografías cuando estime necesario, sobre todo ante la aparición del pie de Charcot.
- *Evaluación vascular.* Además de los exámenes del punto anterior, de ser posible el médico debe solicitar un doppler arterial y una pletismografía para poder conocer el índice tobillo-brazo (ITB), elemento muy importante, y de esta manera poder clasificar el estado del paciente en cuanto a su parte vascular.

- *Aspectos a tener en cuenta respecto al ácido alfa lipoico.* Respecto a este ácido, el médico debe conocer y tener en cuenta si este ácido: a) tiene actividad mitocondrial; b) interviene en la glicolisis, es decir que convierte el azúcar en energía; c) tiene actividad antioxidante (porque es hidrófilo y liposoluble); d) actúa en el estrés oxidativo; e) existe una acción hipoglucemiante; f) reduce el dolor. (23, 24)

Conclusiones sobre el pie diabético desde el punto de vista ortopédico

Presentamos a continuación algunas conclusiones inherentes al desarrollo de este artículo sobre el manejo del pie diabético desde la mirada del ortopedista.

1. *Valoraciones.* Deben ser multidisciplinarias.
2. *Costos.* Actualmente son muy elevados: un estudio realizado en la Clínica de Occidente con 183 pacientes tratados por pie diabético durante 23 días generó gastos por valor de \$ 2.744.806.879, un alto monto causado en buena medida por la falta de prevención, cuyos lineamientos contempla la Ley 100.
3. *Prevención de amputaciones.* Se deben evitar las amputaciones de los pacientes con pie diabético, lo que mejora su calidad de vida y la de sus familias.
4. *Concientización a médicos.* Se debe concientizar a los médicos sobre el manejo de esta patología para que ordenen tratamientos adecuados, basados en exámenes completos que incluyen revisión de los pies, monofilamento, sensibilidad con diapason, etc.

Finalmente, como autor de este artículo me llama la atención que en Colombia existe gran desconocimiento sobre la diabetes, lo que se refleja, entre otros aspectos, en que a los pacientes no les controlan la parte cardíaca, con lo que se podrían prevenir infartos; algunos desarrollan pie de Charcot y terminan amputados, pues no les hacen manejo nutricional ni los envían al cirujano vascular para que los valore y, otros pacientes no pueden volverse a valer por sí mismos, lo que los hace dependientes de sus familias. De todo lo anterior se infiere que es muy importante que el ortopedista y traumatólogo conozca todo el manejo integral de la diabetes para que no opere y se convierta solamente en un amputador.

Bibliografía

1. Grekin, Carlos. Pie diabético: Consideraciones médicas.
2. *Mon Act Soc Esp Med Cir Pie Tobillo*. 2018;10:1-2. Abordaje por cirugía ortopédica del pie diabético.
3. Mariano Matas Pareja Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. *Mon Act Soc Esp Med Cir Pie Tobillo*. 2018;10-2. Abordaje por cirugía ortopédica del pie diabético.
4. Moss SE, Klein BE. The 14-year incidence of lower extremity amputations in diabetic population: the Wisconsin Epidemiological study of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 1999;22:951-9.
5. Shin JY, Roh SG, Sharaf B, Lee NH. Risk of major limb amputation in diabetic foot ulcer and accompanying disease: a meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2017 Dec;70(12):1681-8.
6. Pie diabético. Fisiopatología y consecuencias. Physiopathology and prognosis of diabetic foot. Rodrigo Triana Ricci, Vol. 28. Núm. 4.01 Diciembre 2014, pp. 137-230.
7. Masson EA, Angle A, Roseman P, et als. *Foot Ulcers: Do Patients know how to protect themselves?* Practical Diabetes 1988.
8. Most RS, Sinnock P. The epidemiology of lower extremity amputation in diabetic individuals. *Diabetic Care* 1983; 6: 87 – 91.
9. Management of diabetic foot problems, Kozak GP, et als. (eds), W.B. Saunders Co, Philadelphia 1984.
10. Brand PW. The diabetic foot. Ellenberg MY, Rifkin N. (eds), *Diabetes Mellitus*, Medical Examination Publishing Co., New York 1983: 829.
11. West KM. Specific morbid effects (complications). In: *Epidemiology of Diabetes and its vascular lesions*, New York, Elsevier 1978: 331.
12. Benjamin B, Chang MD, et als. Treatment of the Diabetic Foot from a Vascular Surgeon's View Point. *Clin Orthopaed and Related Res* 1993; 296: 27 – 30.
13. Simposio Satélite sobre Inhibidores de la Aldosa Reductasa VIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Mar del Plata, 26 de Octubre de 1992.
14. Newman JA. Noninfective disease of the diabetic foot. In: Connor H, Boulton AJM, Ward JD. (eds). *The foot in Diabetes*, Chichester, England, John Wiley and Sons, 1987: 81.
15. Ahmed ME, Delgridge L, Le Quesne LP. The Role of Autonomic Neuropathy in diabetic foot ulceration. *J Neurol Neurosurg Psych* 1986; 49: 1002 – 6.
16. Boulton AJ, Nardisty CA, Betts RP, et als. Dynamic foot pressure and other studies as diagnostic and management aids in diabetic neuropathy. *Diabetes Care* 1983; 6: 26-33.
17. Edmonds M.E., Roberts VC, Watkins PJ. Blood Flow in the diabetic neuropathic foot. *Diabetol* 1982; 22: 9-15.
18. Ward JD, Boulton AJ, Simms JM, et als. Venous distension in the diabetic neuropathic foot. *J R Soc Med* 1983; 76: 1011 – 13.
19. Ward JD, Boulton AJ. Peripheral vascular abnormalities and diabetic neuropathies. *Diabetic Neuropathy*, Philadelphia, W.B. Saunders 1987: 89.
20. Young RJ. Identification of the subject "at Risk" of foot Ulceration. In: Connor N, Boulton AJ, Ward JD (eds) *The foot in Diabetes*. Chichester, England, John Wiley and Sons, 1987: 23.
21. The International Journal of Lower Extremity <http://ijl.sagepub.com/content/9/2/74> The online version of this article can be found at: DOI: 10.1177/1534734610371594 2010 9: 74 *International Journal of Lower Extremity Wounds* Fermín R. Martínez-De Jesús A Checklist System to Score Healing Progress of Diabetic Foot Ulcers Published by:
22. Consenso Internacional sobre Pie diabético. Grupo de Trabajo Internacional sobre el P.D. Tratado de pie diabético. Marinello R et al. Levin ML. Preventing Amputation in the Patient with Diabetes. *Diabetes Care* 1995; 18: 1383-1394. Roche E., Callejas JM. El pie diabético. 1997 International Best Practice Guidelines: Wound Management in Diabetic Foot Ulcers. *Wounds International*, 2013.
23. Pie diabético. Fisiopatología y consecuencias. Physiopathology and prognosis of diabetic foot. Rodrigo Triana Ricci, Vol. 28. Núm. 4.01 Diciembre 2014, pp. 137-230.
24. Recomendaciones del manejo del pie diabético desde el punto de vista Ortopédico. Management recommendations for diabetic foot patients. Instructional course. Rodrigo Triana Ricci y colaboradores, Vol.35, Núm.4, pp. 303-329. (Octubre-Diciembre 2021).

Reflexiones sobre el rol médico en la transformación del sistema de salud: ¡Es el momento de liderar!

Dr. Alejandro Solo Nieto Calvache *

Resumen

En Colombia se presenta una oportunidad para que se efectúe la transformación del sistema de salud. Una nueva etapa en este proceso busca garantizar el acceso real a los servicios de salud y mejorar la filosofía de atención que hay detrás de la cobertura, pero los actores llamados a liderar presentan un desgaste histórico en su credibilidad. Sin embargo, merced a la reputación pública del médico, a su suficiencia técnica, a los aprendizajes del sistema y, además, por la exclusión que han tenido los médicos por parte del actual sistema de salud, se vislumbra una posibilidad: retomar el liderazgo médico. Desde los colegios médicos, como entes de supervisión ética que generan garantías de acompañamiento, se posibilita entonces que la atención sea dirigida por los médicos de manera directa y que los servicios brindados por las IPS sean evaluados y direccionados por médicos que serán remunerados por mantener sanos a los pacientes y a sus familias y que las eficiencias logradas sean recompensadas a los médico que lo dirigen y no a los intermediarios, y que la libre elección del paciente motive al médico a un trato más humano y directo.

Introducción

Quiero empezar esta reflexión con una pregunta de perogrullo: ¿Y si dejamos el liderazgo del sistema de atención médica a los médicos?!

En el modelo de salud actual los médicos somos tratados de manera ambivalente como una parte necesaria de la maquinaria del sistema, pero al tiempo, como los generadores del gasto y la siniestralidad, una especie de enemigo necesario, lo que nos ha hecho sufrir simultáneamente la culpabilización por los resultados y nos ha limitado nuestra autonomía de decisión.

Si profundizamos un poco, seguro encontraremos mucha tela para cortar, pero yo quiero hablar un poco de la filosofía del sistema: el gasto médico es el coco de las aseguradoras, concepción bajo la cual estará presente la

palabra 'gasto', con la que el médico simplemente constituirá el problema. Permítanme ilustrarlo: si una entidad se ve a sí misma como una promotora de salud, temas como la educación en salud, la modificación de conductas y la atención preventiva son razonablemente su prioridad, caso en el cual un gremio médico que cuente con esa orientación será su aliado o al menos un sujeto clave de intervención; sin embargo, si la misma entidad se ve como una aseguradora, entonces la óptica cambiará, ya la ecuación será más simple pues solo habrán 'prima' y 'siniestro', entonces la atención médica, sea preventiva o la de la carga básica de enfermedad, se transformará simplemente en un siniestro, caso en el cual los médicos para esa entidad seremos generadores de siniestros, un problema a resolver. Amable lector, en este momento usted puede ahorrar varias páginas de este escrito si como médico considera que la última situación no ha sido su caso, que quizá esa sea solamente mi percepción, por lo

* Médico y Cirujano, Universidad del Valle. Especialista en Auditoría en Salud, Universidad del Valle. Magíster en Gestión Pública, Universidad Santiago de Cali. Actualmente es director de Salud del Grupo Ospedale.

que le pido perdón por el tiempo que ha invertido; sin embargo, si usted halla coherencia entre mis planteamientos y su experiencia profesional, probablemente me pueda acompañar un poco más en esta reflexión, porque no será tan superficial como considerar que la culpa la tienen otros.

También nosotros los médicos tenemos parte importante de culpa, pues al aprender a lidiar con el sistema cometimos errores: considero que el principal fue no agruparnos realmente, además de permitir que nuestros egos nos separaran y, de alguna manera, simplemente concentrarnos en aprender a resolver los asuntos que nos planteaban, como comprender lo que es el POS (Plan Obligatorio de Salud) y el NO POS, luego aprender a formular en MIPRES (una herramienta tecnológica que implementa el Ministerio de Salud), entender que nuestro criterio sería cuestionado o invalidado sin argumentos por profesionales no pares y a veces hasta por no profesionales, entender los casos en los cuales debía recomendarle al paciente que le daría mejores resultados pagar por sus servicios o interponer tutela, pero también terminamos comprendiendo que debíamos obrar en forma tan absurda como fuera necesario para encajar en la caricatura de modelo de salud en el que fuimos, y, seguro, algunos caen en la tentación de facturar de más, en ordenar de más, en ejercer a la defensiva, en escribir en la historia no por la necesidad o la ciencia sino por la demanda o la queja, formular o no formular porque eso espera alguien, sea el paciente, la EPS o la IPS; es decir, ver por sí mismos porque no sentimos que alguien vea por nosotros, cayendo a veces en el canibalismo médico. En estas circunstancias, en fin, la desesperanza aprendida del gremio médico es muy evidente, pero no tiene por qué seguir siendo así.

Hoy se presenta una oportunidad que está sobre la mesa en la agenda pública y que ocurre cada tanto: una reforma, un redireccionamiento del sistema de salud, una nueva etapa de ensayo y error.

Un brochazo de historia en cámara rápida

En 1946 la Ley 90 de 1946 del Congreso de Colombia creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), que cubría al trabajador en enfermedades no profesionales, el cual correspondía básicamente al modelo de Alemania de 1886, planteado por el canciller Otto Von Bismarck. En 1964 y 1967 a esta entidad se añadieron 'riesgos laborales y pensiones'; en 1975 se amplió la cobertura a la familia y se creó el Sistema Nacional de Salud, momento en el cual también se presentaron algunas experiencias de atención primaria en salud (incluso antes de la Declaración de Alma-Ata).

La insatisfacción de los colombianos con sus resultados en los años ochenta del siglo XX se materializó mediante un proceso denominado la Séptima Papeleta, que se cristalizó en la Constitución Política de 1991, que permitió gestar y dar a luz la Ley 100 de 1993, la etapa empresarial del sistema de salud.

En 2005 fenecieron los remanentes del Seguro Social; en 2007 se presentó la primera reforma mediante la Ley 1122, año en que también se promulgó la Ley 1164 con disposiciones en materia del Talento Humano en Salud; en 2009 el Gobierno Nacional declaró el Estado de Emergencia Social en todo el territorio nacional, cuyo propósito era incrementar recursos, medida que se cayó porque no era una situación "sobreviniente", a pesar de lo cual las medidas financieras quedaron incluidas en la Ley 1393 de 2010.

En 2011 se presentó una segunda reforma, amparada por la Ley 1438 que incluyó la Atención Primaria en Salud como base del sistema, además de otras buenas intenciones; en 2015 se creó la Ley Estatutaria 1751, "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"; en 2016, la Ley 1797 con medidas de rescate financiero; en 2018, la Ley 1917 de residencias médicas; en 2019 la Ley 1949 fortaleció la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud); también en 2019, la Ley 1997 reglamentó la atención a migrantes venezolanos; en 2020 apareció la pandemia del COVID-19; en 2021 no se creó ninguna ley; y a la fecha, durante 2022 ya van doce diferentes leyes, entre ellas una que autoriza al departamento del Meta a emitir una estampilla prohospitales y otra que "tiene por objeto eliminar las barreras de acceso a programas de apoyo para la rehabilitación integral de las personas diagnosticadas con cáncer de mama y otros tipos de cáncer, y mejorar la oportunidad en los tiempos de respuesta para brindar la atención requerida".

Si usted sobrevivió a la lectura de los párrafos anteriores, seguro se enteró de varias leyes que le son totalmente desconocidas, porque en todas las etapas de esta historia han existido leyes que simplemente no se reglamentaron, que fueron directamente al cementerio, como diría el doctor Stevenson Marulanda, y otras que son tan técnicas que aunque nos cambian la vida no las retendremos en la memoria; sin embargo, el problema ni siquiera está en la creación o no de leyes sino, por un lado, en su reglamentación y aplicación, y por otro, en la adecuación al momento histórico y a la filosofía imperante. Finalmente, es bastante doloroso que en 2022 estemos quitando barreras de acceso para la atención del cáncer de mama, cuando es una patología cuya atención está tan reglamentada y financiada.

Ahora miremos un poco más profundo: El ICSS solo recibió dos terceras partes de lo que se dispuso que recibiría,

y fue creciendo en responsabilidades y capacidad técnica pero no en cobertura; además, las normas de obligatoriedad no se exigieron en ese tiempo, como sí se ha hecho en la época de las EPS. El Sistema Nacional de Salud se concibió en una Colombia con escasez de médicos generales y especialistas; sin embargo, el énfasis en la atención primaria no se ajustó en los mecanismos de remuneración. Las EPS se crearon como Entidades Promotoras de Salud pero se han comportado como Aseguradoras y no existió masa crítica para ajustar el sistema de salud, ni claridad o suficiencia técnica en los mecanismos de control. Supuestamente el contrapeso era la Supersalud, entidad concebida inicialmente para vigilar las transferencias de las loterías a la salud, la cual ha ido ganando capacidad técnica lentamente y, como se ha podido constatar, una Ley de hace tres años fortaleció esta entidad, lo cual ha permitido que se liquiden algunas EPS, pero que se ha reflejado poco en la mejora de la atención directa a los pacientes y de las condiciones de los médicos.

Entonces podemos observar la tendencia a formular un sistema de salud, incumplir los presupuestos del mismo y posteriormente descartar tanto lo malo como lo bueno de este, se mira al pasado y se traza una nueva ruta. Quizás sería prudente recoger lo aprendido de ese camino, porque cada cinco a diez años se repite la misma fórmula, que incluye “crisis, salvamento financiero, planeación, periodo de ajuste, reforma, atención primaria en salud (APS)”, fórmula que tampoco se aplica sino que sirve de cortina de humo, para que todo cambie sin que nada cambie. Al final, de acuerdo con lo expuesto, cada uno añora lo bueno de lo que se ha perdido y mira el futuro con el temor de lo que se perderá.

Aprendamos de nuestros errores, pero no con amputación sino con desbridamiento, aprendamos de lo bueno y de lo malo, hoy tenemos más claridad de lo que hace bien a cada actor: los entes territoriales son muy buenos en salud pública colectiva y hasta individual, pero no tanto en contratación de servicios (aunque siempre hay excepciones); las IPS han demostrado ser efectivas para generar eficiencias, pero no para articularse en red; las EPS auditan y controlan bien los costos, cobran adecuadamente a los independientes, pero no gestionan a sus afiliados sanos, no educan en salud, no gestionan riesgo; la Supersalud ha comenzado a controlar correctamente el aseguramiento, no tanto la prestación. En resumen, estos años han dejado aprendizajes muy importantes, así que existen unas responsabilidades que son reutilizables y algunas transiciones que pueden ser más suaves.

Ahora, ante un cambio de dirección política en el gobierno nacional, se presenta una Atención Primaria en Salud (APS) en un Sistema Público, lo cual considero que está muy bien, propuestas frente a las cuales todos los involucrados tienen expectativas y temores.

Actor	Expectativa	Temor
EPS	Construir sobre lo construido	Desaparecer
Pacientes urbanos	Ser mejor atendidos	Depender de hospitales públicos o políticos de turno
Pacientes rurales	Volver a existir para el sector salud	Depender de hospitales públicos o políticos de turno
Entes territoriales	Mejor gobernanza	Recibir responsabilidades no financiadas o sobre las cuales no tienen experiencia
Profesionales de la salud	Mejorar sus condiciones	Que todo cambie, pero no para ellos
IPS	No sufrir tanto por recaudo	Tener que andar detrás del alcalde, en vez de la EPS

Por otra parte, estos temores y expectativas, y otros más, pueden variar de acuerdo con las orientaciones políticas de las personas, de tal forma que lo que llena de tranquilidad a algunos, a otros les infunde horror.

Descrita la evolución histórica y la emoción actual, pasaremos a presentar unas propuestas.

Propuestas para un sistema de salud

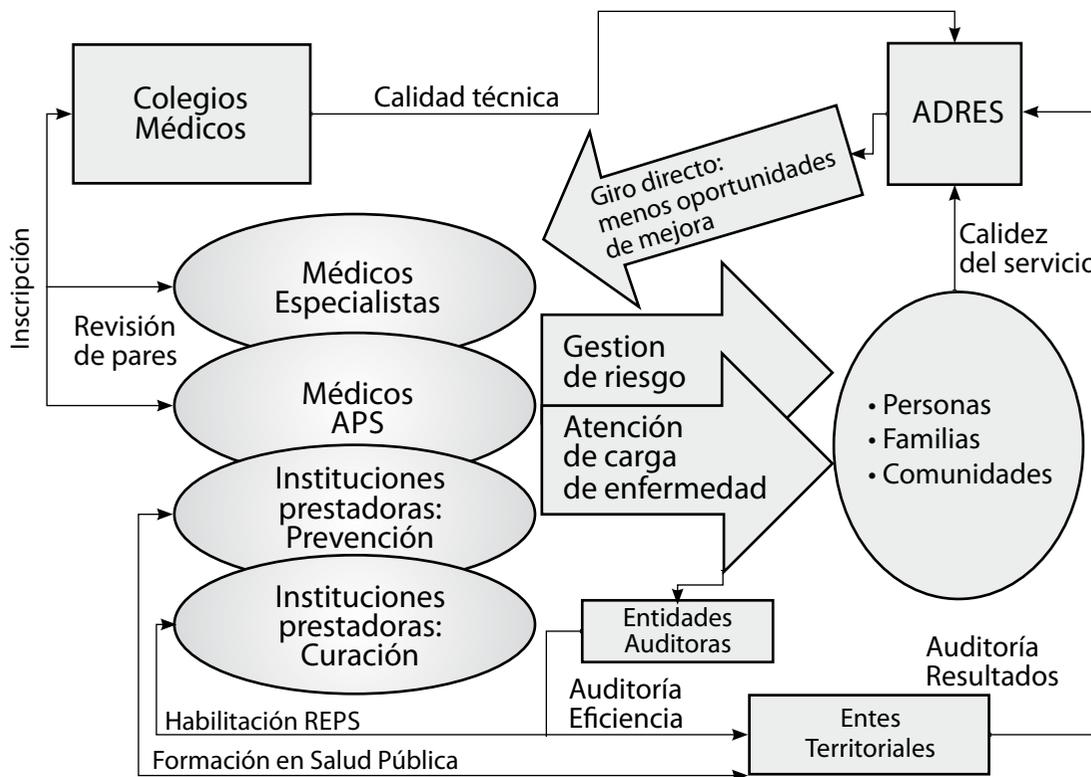
A pesar de que el actual sistema de salud ha logrado cobertura y brinda una importante protección financiera, falla en incentivar adecuadamente el mejor ejercicio disponible y le falta un contrapeso científicamente competente y éticamente alineado, desconectado de las lógicas de mercado. Por ejemplo, actualmente las EPS se controlan a sí mismas y tienen un poder que afecta incluso la autonomía médica, pero no tiene muchos médicos.

Propongamos un sistema en el que la atención en salud se pague de manera directa a los médicos mediante un programa en línea que valore resultados, eficiencia, calidez y calidad técnica, en el cual cada criterio sería evaluado por actores competentes para ello: los resultados, por las asociaciones científicas y los organismos técnicos, con la participación de las direcciones territoriales; la eficiencia, por las empresas de auditoría, que pueden ser las actuales EPS; la calidez, directamente por el paciente y su familia, y la calidad técnica, por los colegios profesionales. Habría un sistema bancario en el que la transferencia del pago la haría la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que contaría con cuatro

avales procedentes de diferentes actores, con un conjunto de criterios establecidos de acuerdo con cada tipo de ejercicio profesional, con calificaciones que se pueden visualizar en línea y criterios claros e influenciados por profesional.

Actualmente existe un registro único del talento humano y uno de las IPS, y por ende el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con un software que posibilita la facturación en línea, recursos con los cuales las metas del sistema propuesto se pueden lograr a corto plazo desde lo informático; sin embargo, el componente de calidad técnica debe ser evaluado, preferiblemente por pares, aspecto en el

que encuentran su lugar los colegios médicos, que tienen un llamamiento ético dejado en el abandono, pues incluso a la hora de elaborar el registro en línea fueron dejados por fuera. En esta propuesta los colegios médicos pueden ser actores claves que posibilitarán, si la norma lo incentiva, que se vincule a los médicos en el sistema de remuneración, acción mediante la cual sus conceptos éticos y científicos realmente tendrán peso. No solo se trata de darle poder a los colegios médicos porque ¡si se busca liderar el sistema de atención médica, todos responderemos por sus resultados!, y en mi opinión: ¡es hora de liderar!



Auto Interlocutorio sobre mérito para declarar caducidad de facultad sancionatoria a favor de un médico – Primer Proceso

Auto Interlocutorio No. 49-2021 Proceso Ético Disciplinario No. 2280-16

Santiago de Cali, a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Objeto de decisión

Se procede a resolver si existe mérito para declarar la caducidad de la facultad sancionatoria en favor de la Dra. X. M. T. en los hechos relacionados con la atención médica a la señora paciente M. J. V.

Antecedentes

El abogado A. M. S., en calidad de apoderado de la médica ginecologista X. M. T. solicitó mediante memorial de 5 de marzo de 2021 que el Tribunal Seccional declare la caducidad de la acción ética-disciplinaria en favor de su representada, apoyándose en el concepto emitido el 15 de noviembre de 2016 por el Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil.

Argumenta que si la Ley 1437 de 2011, conocida como CPACA, unificó el procedimiento administrativo sancionatorio, el cual no solamente deben aplicar los servidores públicos de la administración sino también los particulares que de acuerdo con una ley especial ejercen funciones administrativas sancionatorias, como lo son los Tribunales de Ética Médica, pero en la regulación de esa ley especial el procedimiento sancionatorio presenta vacíos, tal como ocurre precisamente con la Ley 23 de 1981 con la figura de la prescripción de la acción disciplinaria, el Código a aplicar es el CPACA y de ninguna manera el Código de Procedimiento Penal o la Ley 734 de 2002, anterior Código Disciplinario Único, cuyo artículo 30 ha sido el fundamento del Tribunal Seccional del Valle del Cauca para resolver peticiones de prescripción de la acción disciplinaria, dado que a partir del 2 de julio de 2012, ese vacío normativo se resuelve aplicando el artículo 52 del CPACA, ya que la facultad que tienen las autoridades para imponer sanciones caduca a los tres años de ocurrido el hecho, la conducta u omisión que pudo ocasionarlas.

Concluye el togado que si los hechos alusivos a la actuación de la profesional de la medicina investigada con respecto a la atención médica a la señora paciente M. J. V. sucedió el día 18 de junio de 2015, el proceso disciplinario debe archivarse por caducidad de la acción porque a la fecha se han superado los tres años de la ocurrencia de los mismos.

Síntesis de la actuación

Hechos

El 11 de julio de 2016 el TEMV recibe mediante oficio 2-2016-060777 de la Supersalud por traslado de competencia, copia de una queja sobre supuesta negligencia de la doctora X. M. T. por hechos ocurridos en el proceso de atención a la señora M. J. V. de 37 años de edad, en la Clínica Palma Real de Palmira.

La quejosa refiere que la Dra. M. realizó procedimiento quirúrgico para resección de tumor de ovario en la Clínica Palma Real el 28 de mayo/15. Posteriormente presentó dolor abdominal, en junio 18 en control posquirúrgico la Dra. M. manifestó que se trataba de un hematoma, el 7 de julio en urgencias de la IPS SER le dijeron que se trataba de una infección urinaria; el 15 de julio en el baño vio que le salía algo blanco por la vagina, acude nuevamente a la Clínica Palma Real donde es valorada por el Ginecólogo J. Z. quien hace retiro de una mecha vaginal. Habían transcurrido más de 45 días desde la cirugía.

El 27 de julio de 2016 el Magistrado Instructor dispuso abrir investigación ético-disciplinaria a fin de verificar los hechos, determinar si son constitutivos de falta disciplinaria conforme a la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981, esclarecer los motivos determinantes y si existe o no causal de exclusión de responsabilidad, contra la Dra. X. M. T. por hechos relacionados con la atención médica brindada a la

paciente, Sra. M. J. V. en la Clínica Palma Real localizada en Palmira. (Folio 0009)

Ratificación y ampliación de la queja

El 24 de mayo de 2018 se hizo presente ante el TEMV la señora M. J. V. para declarar bajo juramento que se reafirmaba y ratificaba en todas y cada una de las partes de la queja que presentó en contra de la Dra. X. M. T.

A la pregunta sobre en qué consistía su queja responde que hace 3 años ingresó a la Clínica Palma Real para una cirugía del ovario derecho; cuando despertó de la anestesia presentaba mucho dolor y ardor dentro de la vagina, al cabo de una hora le dan salida de la clínica. A los 10 días tuvo el retiro de los puntos y le comentó al enfermero que sentía dolor en la vagina y que sentía por dentro que algo le sobaba la herida, el enfermero le respondió que le comentara a la doctora que la operó el día del control postquirúrgico. El 18 de junio al asistir a ese control le dice a la Dra. M. que tiene mucho dolor en la vagina y en el lado derecho donde estaba el ovario, ella la revisó superficialmente y le responde que tiene un hematoma y le recetó diclofenaco y control por ginecología, pero para pasar a esa consulta se debe ir nuevamente a consulta de médico general, al asistir al control en la IPS con el médico general para que le diera la remisión al ginecólogo, el médico le dice que según un examen presenta una infección urinaria, le da una fórmula pero no le entrega la remisión al especialista. El día 15 de julio se despertó con mucho dolor bajito, fue al baño y se encontró con que había algo saliendo por la vagina, acudió inmediatamente a la Clínica Palma Real, pero la enfermera del triage le dice que allí no la podían atender porque llevaba casi dos meses de operada, que debía acudir al Hospital San Vicente de Paúl, ella se negó y comenzó a llorar, un médico al verla llorando le dice que espere que acabe de atender un paciente para verla a ella, le explicó la situación, le hizo retirar el pantalón y al observarle llama a la enfermera del triage y le dice que tiene el tapón de control de hemorragias, la enfermera ingresa y le dice que eso es normal que dejan ese tapón por 3 días pero la quejosa le informa que lleva casi dos meses de operada, es enviada al servicio de Ginecología en camilla, allí la ve un ginecólogo, le revisa nuevamente y procedió a retirar la mecha manualmente; le entrega una fórmula y le dan salida. Posteriormente refiere la quejosa que continuó con dolor en esa parte, su vida no es la misma, no pudo volver a tener relaciones porque le duele mucho, que por eso ya no tiene pareja. Pidió cita con el ginecólogo quien le dio remisión para Urología.

A la pregunta sobre si ha formulado queja o denuncia ante otra autoridad responde que envió comunicaciones a

la Supersalud, a la Secretaría de Salud de Palmira, a Emssanar EPS y a la directora de cirugía de la Clínica Palma Real pero que solo recibió respuesta de Emssanar que le ayudó a que la atendiera un Urólogo de la Clínica Colombia, quien le mandó una serie de exámenes que no se han podido hacer porque no los cubre la EPS. Finalmente, se le pregunta si ha vuelto a tener contacto con la Dra. X. M. responde que intentó hablar con ella, pero le dijeron que no le era posible hablar con ella, que lo que ella quería era únicamente que la revisara y la ayudara para que la viera el urólogo para saber qué secuelas tenía, ya que le había advertido al ingresar a la cirugía que ya había sufrido un daño en la vejiga en otro procedimiento ginecológico. (Folio 0054)

Historia clínica (Folios 18-33)

Clínica Palma Real

28/05/2015 08:35 – *Nota quirúrgica*

Procedimiento realizado: Cistectomía de ovario por laparoscopia - Lisis de adherencias peritoneales por laparoscopia.

En la descripción del procedimiento anotan como hallazgos: ausencia de útero – Síndrome adherencial de epiplón a cúpula y a fosa ovárica izquierda – Quiste simple de ovario izquierdo de 5 cts. aprox. Y finaliza la nota: Retiro de torunda vaginal.

18/06/2015 aparece una nota de Historia Clínica Ingreso Ginecología donde solo aparecen 2 ítems. Motivo de consulta: por laparoscopia del 28/05/15, por quiste endometriósico, según reporte de patología del 29/05/15 compatible con quiste endometriósico, refiere ardor en fosa iliaca derecha. No hay ningún dato de signos vitales ni de examen físico. No está descrito un examen ginecológico por parte de la Ginecóloga X. M. T. quien la atiende, únicamente existe un acápite que dice textualmente “COMENTARIOS: Ya no tiene puntos. Heridas cicatrizadas y dolor tipo ardor en flanco derecho. Se formula Diclofenaco oral por 7 días”.

15/07/2015 Consulta por salida de material blanco por vagina. No signos de irritación peritoneal. Genitales se retira mecha vaginal con lo cual cede el dolor. Ginecólogo J. Z.

06/08/2105 Consulta por dolor intenso al orinar. Al examen físico dolor a la palpación en cara superior de vagina pared vesical. Conducta complementar estudios climaterio para iniciar TRH. Valoración por urología.

A folios 0031-0032 aparece Consentimiento Informado sobre el procedimiento a realizar: laparoscopia operatoria, completamente diligenciado.

A folio 0033 se adjunta un formato sobre Gestión de eventos adversos. Análisis del evento.

Aparece en la casilla, causas identificadas para acciones inseguras: 1. Falta de adherencia a protocolos y guías establecidas en la institución en relación a calidad de los procedimientos quirúrgicos. 2. Ausencia de actualizaciones a los protocolos y guías establecidos en la institución. 3. La falta de adherencia a la lista de chequeo de cirugía segura.

Diligencia de versión libre y espontánea Dra. X. M. T.

El 24 de septiembre de 2018 compareció la citada con el fin de ser oída en diligencia de Versión Libre. Informa que se graduó en la Universidad Libre Seccional Cali como Médica y Cirujana en el año 2001 y como Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Valle en el año 2007. Otorgó poder amplio y absoluto al Abogado A. M. S.

Informa que para referirse a la atención dada por ella a la paciente se basará en la historia clínica que reposa en el expediente pues no recuerda el caso en particular. Refiere que para el 28 de mayo de 2015 prestaba sus servicios como ginecóloga en cirugía laparoscópica en la Clínica Palma Real de Palmira, que la paciente venía referida por otro ginecólogo quien la había programado para laparoscopia por quiste de ovario. A folio 031 del expediente reposa consentimiento informado suscrito por la paciente donde se documenta que ella le explicó con suficiencia en qué consistía el procedimiento, así como sus principales riesgos y complicaciones, el mismo día 28 de mayo de 2015 se realizó el procedimiento quirúrgico en el cual se identificó un quiste de ovario izq. de 5 ctms., el cual procede a resecar, además había adherencias del epiplón a la cúpula y a la fosa ovárica izquierda que se liberaron; se observó ausencia de útero. El procedimiento se realizó sin complicaciones y luego de una evolución favorable se dio de alta con recomendaciones y fórmula médica por tratarse de un procedimiento ambulatorio. A folio 020 del expediente se advierte que vuelve a ver la paciente el 18 de junio de 2015 y se revisó el informe de patología del 29 de mayo de 2015, que reportaba quiste endometriósico, la paciente refería ardor en fosa ilíaca derecha. Se advierte que la paciente ya no tiene puntos quirúrgicos y que las heridas están cicatrizadas y formuló diclofenaco oral por 7 días, aclara que la paciente refería dolor en fosa iliaca derecha, pero al examen se encuentra dolor es en el flanco derecho que es más alto que la fosa ilíaca y que puede ser atribuible a las incisiones quirúrgicas, lo cual le explicó a la paciente con suficiencia; revisando el expediente encuentra que nunca más volvió a ver a la paciente.

Se le interroga si se encuentra indicado, de acuerdo con las guías y protocolos vigentes, el uso de tampones intravaginales para el procedimiento de resección de quiste de ovario por laparoscopia a lo cual responde que sí, que esta

paciente puntualmente no tenía útero por antecedente de histerectomía, entonces cuando se va a realizar la laparoscopia ginecológica se necesita una guía que identifique la cúpula vaginal ante la ausencia del útero, entonces es importante colocar un dispositivo que sirva de guía y como la vagina es una estructura elástica hay que poner elementos suaves, en el caso de esta paciente fue una torunda vaginal que es un conjunto de gasas sostenidas con una pinza larga. Se le pregunta que, de acuerdo con la descripción del procedimiento, que figura en el folio 018, al final se lee retiro de torunda vaginal, si el retiro de esa torunda fue realizada por la disciplinada, responde que no recuerda; añade que cuando se hace un procedimiento quirúrgico hay un equipo, el instrumentador quirúrgico y su labor es tener el conteo de los materiales que se introducen en el cuerpo del paciente y debe cerciorarse que sean retirados. Dice que en este caso puntual en el folio 29 donde está el registro de instrumentación quirúrgica no se hizo un conteo de las gasas ni inicial ni final, esto genera inseguridad pues el equipo no está cumpliendo con su labor adecuadamente y añade que hay información que se anota en la nota quirúrgica, basado en los datos que da el instrumentador quirúrgico, por eso cree que consignó el retiro de la torunda vaginal.

Al preguntarle que cuál es su opinión sobre lo que pudo haber ocurrido para que esta paciente después de 45 días después de la cirugía expulse un material extraño por vagina responde inicialmente que no se puede precisar qué era ese material pues ni se conservó ni se envió a patología e insiste en que la responsabilidad del recuento del material utilizado en cirugía es del instrumentador quirúrgico y finaliza afirmando que esa situación no es atribuible a ella como cirujana.

Se le interroga además por qué en folio 20 aparece una nota de control ginecológico por X. M., cuál es la razón para que no aparezca un examen ginecológico ni con espéculo ni con tacto vaginal, contesta que porque "a la paciente no se le hizo ningún procedimiento por vía vaginal". Y reitera que "como la paciente refería en el posoperatorio era dolor en fosa iliaca derecha y en el examen físico encontró dolor en el flanco derecho y como no se hizo intervención vaginal o de la cúpula por eso no se realizó el examen vaginal".

Frente a las causas identificadas en el formato de Gestión de Eventos Adversos dice que no sabe a qué protocolos o guías se refieren y que la debieron haber invitado al análisis del evento, lo que no se hizo.

Con respecto a la queja elevada por la paciente que dio origen a la investigación, manifiesta que no es cierto que el 18 de junio de 2015 efectuara a la paciente un examen físico superficial ya que como consta en la historia clínica le palpó el abdomen y encontró dolor abdominal alto el cual

asoció a las incisiones, por lo cual formuló antiinflamatorio y analgésico, continúa afirmando que el dolor en vientre bajo que refiere la paciente no puede atribuirse al cuerpo extraño ya que en una paciente con antecedente de histerectomía en la cual no hay comunicación hacia la cavidad abdominal la inflamación e infección que se presenta fue a nivel local en vagina el cual mejoró con el retiro del cuerpo extraño y el tratamiento médico, afirma además que los problemas del área sexual y de pareja que refiere la paciente pueden tener explicación en un cuadro de menopausia por lo que se encuentra que en una consulta posterior le formularon terapia hormonal. Continúa diciendo que no volvió a hablar con la paciente, que nunca supo que la paciente la estaba buscando porque quería hablar con ella, que jamás se ha negado a hablar con ningún paciente y finaliza la diligencia afirmando que considera que su actuar fue ético y profesional y por lo tanto solicita al Tribunal el archivo de la investigación. (Folios 63 a 65)

Formulación de cargos

Previo informe del magistrado instructor, por Auto interlocutorio No. 27 de 20 de febrero de 2019 la Sala Plena determinó formular cargos a la doctora X. M. T. por presunta violación a los artículos 1.1, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981, en concordancia con el artículo 9 del Decreto 3380 de 1981. Conclusión acogida por los restantes magistrados, dada la evidencia de aparición de un evento adverso que pudo haber llevado a un proceso de morbimortalidad a una paciente con riesgo por el antecedente de otro evento adverso, en una cirugía ginecológica anterior, que no aparece en la historia clínica, pero que lo refiere la paciente en la diligencia de ratificación y ampliación de la queja.

El error médico puede evaluarse en dos aspectos: el que surge de simple ignorancia, en cuyo caso se deben examinar las condiciones que llevaron a su ocurrencia; la otra es la ignorancia atrevida. En este caso lo que se juzga no es en realidad un resultado inadecuado, sino si ese resultado se origina en un acto negligente que no sigue las reglas del arte de ese momento, habida cuenta de la disponibilidad de medios y las circunstancias del momento en el cual se evalúa el caso.

Jurídicamente el error médico está constituido como entidad por el conjunto de datos, hechos, síntomas, pruebas y opiniones que lo diferencian claramente del error común o vulgar que da lugar a responsabilidad civil, en otros términos. Pero un médico que pretende actuar bajo una constancia de idoneidad certificada por un entrenamiento con respaldo académico que supone una excelente capacitación en conocimiento, habilidades y destrezas, no siempre debe acertar y puede tener equivocaciones, pero tendrá que obtener en su práctica profesional el poder de análisis

y raciocinio basado en un conjunto de signos, de síntomas, de evolución del cuadro clínico, de guías de manejo, de datos suministrados por la literatura científica de información que objetiva o subjetivamente se entrecruzan para obtener finalmente una explicación que sea el punto de partida para asumir una conducta apropiada a su bagaje intelectual y desarrollo profesional sin asumir conclusiones, sin evadir responsabilidades, por el contrario al cumplir las normas, al realizar una valoración clínica integral pueda comprobar sus hipótesis y evitar así, un perjuicio al paciente.

A folio 0033 se adjunta un formato de Coomeva Salud sobre Gestión de eventos adversos. Análisis del evento. Por parte de un comité responsable del análisis. Aparece en la casilla: causas identificadas para acciones inseguras: 1. Falta de adherencia a protocolos y guías establecidas en la institución con relación a calidad de los procedimientos quirúrgicos. 2. Ausencia de actualizaciones a los protocolos y guías establecidas en la institución. 3. La falta de adherencia a la lista de chequeo de cirugía segura.

La disciplinada en forma sorprendente en la Diligencia de Versión Libre, cuando se le interroga sobre cuál es la razón para que no aparezca en nota de historia clínica a folio 020 un examen ginecológico ni con espéculo ni con tacto vaginal en el primer control posoperatorio realizado por ella, contesta que porque "a la paciente no se le hizo ningún procedimiento por vía vaginal". Y reitera que "como la paciente refería en el posoperatorio era dolor en fosa iliaca derecha y en el examen físico encontró dolor en el flanco derecho y como no se hizo intervención vaginal o de la cúpula por eso no se realizó el examen vaginal".

El examen ginecológico realizado a cualquier paciente, por un médico y con mayor razón por un especialista en ginecología, debe ser integral; no se puede realizar caprichosamente por partes, ya que todo el aparato genital es una unidad que debe ser evaluada en su totalidad, dedicándole entonces el tiempo necesario para su ejecución. Por lo anteriormente dicho, se considera que vulnera con su actuación el artículo 1 numeral 2 de la Ley 23 de 1981 "El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas curativas y de rehabilitación correspondientes..." y bajo el mismo hilo argumentativo se vulnera el artículo 10 que reza: "El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes

indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.”

Por otro lado, en una Nota operatoria, que es un elemento básico de una Historia clínica, cuando se trata de la realización de procedimientos quirúrgicos, es fundamental que los datos allí anotados sean fidedignos y respaldados por lo realizado, recuérdese que es un elemento de prueba, de manera que no se puede basar en supuestos; a folio 0018 aparece la frase “Retiro de torunda vaginal” pero la misma doctora M. T. refiere que es posible que una de las gasas que conformaba la torunda se quedara dentro de la cavidad vaginal y que el instrumentador quirúrgico lo pasara por alto debido a que no realizó el registro del número de gasas que conformaba la misma ni en conteo inicial ni final, lo cual no es atribuible a ella como cirujana.

No se pueden eludir las responsabilidades del ejecutor del acto médico quien debe tener el manejo y control de éste y asumir la supervisión de las acciones ejecutadas o no por parte del equipo auxiliar que es eso, auxiliar en la ejecución del acto médico, que, aunque tiene responsabilidades en sus respectivas funciones, al final la responsabilidad total e ineludible es del ejecutor del acto médico por su obligación contractual con el paciente. Por lo que se considera vulnerado el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 en lo que reza: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados...” y de contera el artículo 9 del Decreto 3380 de 1981 que explica: “Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico- patológicas del mismo.”

Diligencia de descargos

La doctora M. T. fue escuchada en diligencia de descargos el 26 de marzo de 2019, lee en Sala escrito de descargos en 35 folios, aporta documentos y solicita práctica de pruebas. (Folios 81 a 116)

Mediante Auto Interlocutorio No. 81-2019 la Sala Plena del TEMV decide sobre la práctica de las pruebas solicitadas en descargos, determinando escuchar al doctor E. A. R. B. para la ratificación del peritaje presentado como prueba por la investigada.

Resolución sancionatoria

En resolución No. 13-2019 se analizaron los descargos presentados por la disciplinada y la prueba pericial solicitada y admitida por este Tribunal.

1. *Inexistencia de certeza de la naturaleza y el origen del cuerpo extraño encontrado en cavidad vaginal de la paciente.* (Folio 0084)

La defensa se enfrasca en una discusión exclusivamente semántica en cuanto al cuerpo extraño y mezcla en su alegato los términos mecha, torunda, gasa o compresa; igualmente, el Perito en la respuesta al interrogatorio por parte del tribunal se refiere al cuerpo extraño como mecha, gasa o algodón. La certeza de la naturaleza del cuerpo extraño y que es la causa de la queja interpuesta inicialmente ante la Superintendencia Nacional de Salud, fue basada en el concepto de un Médico Especialista Ginecólogo-Obstetra de amplia experiencia, el Dr. J. Z. V., quien atendió a la paciente el 15 de julio de 2015 en el servicio de Ginecología de la Clínica Palma Real y anota en la historia clínica: Genitales: “se retira mecha vaginal, con lo cual cede el dolor” (folio 0021 del expediente). De manera que, a diferencia de lo asegurado por la defensa, sí existe soporte probatorio para afirmar con grado de certeza que existió el cuerpo extraño extraído de la paciente el 15 de julio de 2015 reconocido como una mecha vaginal posiblemente dejada accidentalmente, 45 días atrás, en el procedimiento quirúrgico realizado por la Dra. X. M. T. y que fue la causa principal para la queja presentada ante el Tribunal.

El Tribunal no expresa que la Historia Clínica no fuera verídica y auténtica, lo que sustenta y, es otro elemento importante para ratificar la presunción del Tribunal sobre la certeza del cuerpo extraño, y el reproche que se hace es que, de acuerdo con la norma establecida en la Resolución 1995 de 1999, la Historia Clínica no cumple con la racionalidad científica la cual, para los efectos de esta resolución anotada, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Por otra parte, se constituye en una descalificación temeraria por parte de la defensa, la nota en la Historia Clínica citada, argumentando que... “es una simple apreciación subjetiva del examinador”... y seguidamente... “se reitera que esta es una simple apreciación subjetiva del profesional de la medicina que extrajo el cuerpo extraño de la cavidad vaginal”... El profesional de la medicina que se menciona por la defensa es un profesional que dedicó 7 años de su vida a capacitarse como Médico y Cirujano y otros 3 años para entrenarse en el área de la Ginecología y Obstetricia, por lo tanto, debe haber conocido por lo menos, qué es una mecha vaginal.

Este Tribunal debe basarse, para el análisis de las quejas sobre presunto desconocimiento de las normas sobre Ética Médica (Ley 23 de 1981), en dos pilares fundamentales y básicos: La Historia Clínica y la Ejecución del Acto Médico. La Ley 23 de 1981 establece en el artículo 33 que las prescripciones médicas se harán por escrito, de conformidad con las

normas vigentes en la materia, en el artículo 34 expresa que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente y en la Resolución 1995 de 1999, expedida por el Ministerio de Salud, se establecen normas en su artículo 3 sobre la racionalidad científica ya anotada.

El Acto médico es la acción por medio de la cual se concreta la relación médico-paciente, es un contrato entre una persona que consulta por alteración en su salud (paciente) y otra que está en capacidad de orientar y tratar de sanar a esa persona de acuerdo con sus capacidades (médico) solo puede ser ejercido por el médico, quien es el profesional que se entrena para tratar de obtener la curación o alivio del enfermo. Esto quiere decir que la responsabilidad total de lo que corresponde al cumplimiento de ese contrato recae exclusivamente en el médico que lleva a cabo un procedimiento o un acto médico y, con mayor razón en el evento de un procedimiento invasivo.

Una cosa es el trabajo en equipo o la división de roles en los procedimientos quirúrgicos y otra es eludir la responsabilidad final de algún error u omisión en el desarrollo del mismo, porque se supone que debe existir una supervisión de las actuaciones del personal que participa en el acto quirúrgico; de acuerdo con los argumentos de la defensa no se le debería entonces tampoco atribuir responsabilidad a la instrumentadora como lo hace la defensa, pues ella delegaría en el personal auxiliar la labor de recuento de material usado en la cirugía, diluyéndose en esa forma la responsabilidad en el caso de eventos adversos en la ejecución de un proceso médico-quirúrgico. La prueba de esta división de roles indiscriminado, se encuentra en el término utilizado en diferentes notas de la Historia Clínica para referirse al cuerpo extraño que fue encontrado dentro de la cavidad vaginal de la paciente 45 días después del procedimiento quirúrgico: compresa, torunda, gasa, mecha vaginal, algodón.... Esto solo puede ser corroborado, en las circunstancias del procedimiento quirúrgico que nos ocupa, por el ejecutor del acto médico, quien se supone tiene la experticia y la experiencia en este tipo de cirugías, con una rutina establecida por él tanto en las circunstancias y momento de la introducción de un elemento extraño al comienzo de la cirugía, así como de su retiro al final de la misma, rutina que no es conocida por ningún otro actor del acto quirúrgico. Este es el argumento principal para definir un acto médico realizado dentro de las normas del cumplimiento del deber objetivo de cuidado y garantizar que el profesional médico actúa bajo la *lex artis* con pericia, prudencia y sin negligencia como en el presente caso y ratifica la presencia de un cuerpo extraño durante el proceso de atención de la paciente M. J. por parte de la Dra. X. M. y que fue causa de la queja que fue conocida por este Tribunal, remitida por la Superintendencia Nacional de Salud por competencia.

2. Descargos sobre la inobservancia de los artículos 1.2 y 10 de la ley 23 de 1981.

Los argumentos expresados en términos EX-POST o EX-ANTE son irrelevantes en el análisis de las pruebas estudiadas, pues no tienen ningún valor fáctico, no se consideraron en ningún momento las circunstancias de tiempo, modo y lugar, la consideración fundamental del análisis realizado por el Tribunal es que un Médico Especialista que realiza un procedimiento quirúrgico invasivo y no realiza en el posoperatorio el examen insignia de su especialidad y solamente realiza una inspección somera al paciente que no es su característica propia, está omitiendo su responsabilidad profesional, no se necesita una gran deliberación para estar ciertos que el examen ginecológico debido realizado en el posoperatorio, hubiera evidenciado ciertamente la presencia del cuerpo extraño, independientemente de si el abordaje fue solamente abdominal y que aparezca en la descripción quirúrgica (folio 0018) "colocación de torunda vaginal" y posterior "retiro de torunda vaginal" la Dra. M. afirma en la versión libre que se basa en la historia pero sin embargo refiere que no recuerda el retiro de la torunda vaginal. (Folio 0064-0065)

El artículo 1.2 de la Ley 23 de 1981 es suficientemente claro cuando expresa que "...el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad, sus características individuales y ambientales y adoptar las medidas curativas y de rehabilitación correspondientes...". El ser humano es una unidad psíquica y somática, un paciente no es un abdomen o un quiste de ovario, es una persona humana que requiere toda la atención y el deber de cuidado en todas las intervenciones en el proceso de atención en salud por parte del profesional de la medicina.

Con respecto al Artículo 10 de la Ley 23.

La permanente queja de los médicos ante las circunstancias laborales y de actuación en el manejo clínico de sus pacientes es la serie de limitaciones impuestas tanto por las EPS como por las IPS en cuanto al tiempo disponible para la atención de los pacientes con calidad y oportunidad; la nota que aparece a folio 0020 bajo la responsabilidad de la disciplinada no es una Historia Clínica, es una nota que solo registra que "refiere ardor en fosa iliaca derecha" en el motivo de consulta; no se tomaron signos vitales, no hay examen físico y solo termina con una nota de un renglón "ya no tiene puntos – heridas cicatrizadas, hay dolor tipo ardor en flanco derecho, se formula diclofenaco oral por 7 días". Esta nota es una flagrante violación al artículo 10 de la Ley 23 de 1981: "El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud...".

La Historia Clínica es una de las formas de registro del acto médico, sus cuatro características básicas se encuen-

tran involucradas en la práctica del ejercicio clínico: a) Profesionalidad, solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico. b) Ejecución típica, es decir, su ejecución conforme a la denominada *lex artis*, debido a que la medicina siempre se ejerce acorde con las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar o entorno. c) El objetivo de ayuda al enfermo, que se traduce en aquello que se transcribe en la historia y d) la Licitud, pues la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable.

Es la base de la demostración de la diligencia médico-hospitalaria. Diligencia es la cualidad por la cual el médico ejerce su acto profesional utilizando los principios de cuidado, exactitud, ciencia y conocimiento, con el objeto de llegar a un diagnóstico preciso de las condiciones de un enfermo, para orientar su terapéutica. Negligencia, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, desidia, descuido e incuria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capacidad intelectual y técnica de preverlo.

La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto: "...el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con el fin de probar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio a la salud de aquellos, incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud..." (Jurisprudencia y Doctrina. Legis. Tomo XVI.184.p.322. Abril/87)

El acto médico negligente es una trasgresión a normas comunes de sensatez a diferentes niveles. Es decir, constituye un descuido u omisión tal, que al comparar la conducta de un médico con la de otro que posea un conocimiento similar y el correspondiente sentido común de responsabilidad que les ha conferido la experiencia y el estudio respectivos, y de quienes se esperaba una conducta lógica, mesurada y acorde con el deber de cuidado y la *lex artis* que rige el acto determinado que se analiza, se concluye que la disciplinada obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado.

3. Descargos frente a la inobservancia de los artículos 15 de la Ley 23 de 1981 y artículo 9 del Decreto 3380 de 1981.

No se pueden eludir responsabilidades del ejecutor del acto médico quien debe tener el manejo y control de éste y asumir la supervisión de las acciones ejecutadas o no por parte del equipo auxiliar que es eso, auxiliar en la ejecución del acto médico, quien, aunque tiene responsabilidades en sus respectivas funciones, al final la responsabilidad total e ineludible es del ejecutor del acto médico por su obligación contractual con el paciente. Por lo que se considera vulnerado el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 en lo que reza: "El

médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados..." Y de contera, el artículo 9 del Decreto 3380 de 1981 que explica "Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo".

Análisis de la prueba pericial

En estricto respeto al debido proceso este Tribunal aceptó el peritaje solicitado por la Dra. X. M. T. en asocio con su apoderado judicial, aceptando lo que el legislador determina que pueden serlo "los que tengan título legalmente reconocido en la respectiva ciencia, técnica o arte". Así quedó expresado en la parte resolutive del Auto Interlocutorio No. 81-2019 del 10 de julio de 2019 (folios 0120-0121), cuando expresa: Primero. "Se admite el informe presentado por la Dra. M. T., elaborado por el Dr. E. A. R. B. y se tiene en consideración su hoja de vida y Segundo: Se procede a citar al Dr. R. B. con el fin de que se ratifique en el peritaje entregado por la defensa y pueda ser interrogado y contrainterrogado.

Esas mismas razones han sido dadas por la jurisprudencia nacional y universal y como medio de corroborar esta afirmación nada mejor que citar a ese extraordinario procesalista italiano Eugenio Florián, quien en relación con los requisitos que se debían dar para admitir y aceptar un peritaje dentro de un proceso sostuvo "...El presupuesto único para que la peritación pueda tener cabida es que se patentice en el proceso la necesidad de una investigación o de una información de índole técnica, que sea necesario y oportuno realizar o que no sea dado obtener de otro modo" (Eugenio Florián. *De las pruebas penales*. E Temis pág. 195, Tomo II. Bogotá. 1976).

Se analizará en primer lugar la idoneidad técnico-científica del perito, y en segundo lugar la claridad de sus respuestas, su nivel profesional, docente y científico, los instrumentos utilizados para su evaluación del caso y la consistencia y contenido de sus respuestas.

Ideoneidad técnica-científica del perito

La primera revisión que se hizo fue la de la hoja de vida presentada por el perito en la cual se entrega una información vaga, generalizada y sin precisión de hechos, contenidos y certificaciones relativas a cada uno de sus apartes:

1. *Estudios realizados*: A folio 0106 aparecen algunos cursos, congresos y seminarios. (Sic) Más de 30 cursos y congresos y simposios certificados (los cuales no adjunta). Cuando se exigió por parte de la Secretaría de Salud el proceso de acreditación y habilitación realizó el posgrado formal en laparoscopia en la Universidad CES la que

Lo certificó como Especialista en Cirugía Ginecológica Laparoscópica, desde entonces es el responsable de la cirugía laparoscópica del hospital, asiste a todos los cursos de actualización del hospital y como coordinador de la revista *Asagio* por derecho propio asiste a todos los cursos por ser del comité organizador o como ponente. (Folio 0125 vltto.)

2. *Experiencia profesional:* A Folio 0107 aparece una serie de cargos sin orden y encabezando la lista: "Perito Asesor médico especializado, SCARE-FEPASDE de 2014 a la fecha. Otro cargo es Consulta externa en Ginecoobstetricia en dos Cooperativas una de las cuales es Prosalco, de la cual dice que es socio fundador y Miembro "de varias juntas". Profesor de cátedra de Ginecoobstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Profesor de Ginecoobstetricia CES-U de A- Hospital MUA. A la solicitud de especificar cuál es su carga académica y cuáles sus funciones en las entidades mencionadas, si es una sola o son tres entidades diferentes y en qué consiste la actividad docente en el área mencionada, su única respuesta fue que en el Hospital Manuel Uribe Ángel es el encargado de la cirugía ginecológica laparoscópica casi al 100 x 100, porque los otros especialistas no tienen el posgrado, de ahí se deriva que los residentes de tercer año que rotan por el hospital en el área quirúrgica están bajo su supervisión directa.
3. *Publicaciones académicas:* A folios 0108 y 0109, presenta un listado de 17 artículos, donde solo aparece una publicación física relevante para el área de la Cirugía Ginecológica Laparoscópica en la cual figura como coautor de un artículo sobre el reporte de un caso publicado en la Revista Colombiana de O. y G. y un video que se encuentra en la biblioteca CES. En el Interrogatorio se le solicitó si haría comentarios adicionales a esa reseña y responde que quisiera tener cien artículos que llegó a tener 18 artículos publicados médicos (aunque no menciona en qué medios, sobre qué temas ni en qué fechas), pero pasaron dos cosas, los criterios de evaluación de las revistas se hicieron tan exigentes que después de varios intentos desistió y empezó una carrera literaria que hoy se refleja en más de 15 novelas publicadas y decidió no insistir en las publicaciones académicas.

Analizando las condiciones personales del Perito las conclusiones que se pueden anotar serían:

1. Se trata de un Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, con un posgrado en Laparoscopia Ginecológica, que posiblemente tiene una vasta experiencia técnica en la ejecución de un número apreciable de procedimientos de laparoscopia ginecológica; lo que

no es claro es si esa experiencia ha sido sometida a algún tipo de evaluación técnico-científica con el fin de actualizar o renovar algunos elementos de la técnica en el proceso quirúrgico en cuanto a resultados o si estos permanecen constantes ya que se sigue haciendo lo mismo y por supuesto obteniendo lo mismo. La atención médica se ha ido haciendo cada vez más compleja por múltiples factores, siendo uno de ellos la montaña de información sobre los más variados temas, se considera que cada 5 años se recambia el 50 % del conocimiento en su totalidad, la búsqueda de nuevo conocimiento y nuevas evidencias resulta incesante y fundamental. La experiencia, sin ninguna duda, tiene muchísimo valor, pero por sí sola no alcanza a lograr la mejor medicina, no se opone a la evidencia científica, aunque, como se ve con mucha frecuencia, en nuestra realidad latinoamericana este tipo de aprendizaje se encuentra muy arraigado por mitos regionales transmitidos de generación en generación, pero que no dan como resultado avances en el conocimiento científico médico.

2. En el campo docente no hay tampoco claridad sobre su actividad en la trasmisión del conocimiento médico, no precisa si su carga académica se desarrolla a nivel de pregrado o posgrado, solamente refiere que en el Hospital Manuel Uribe Ángel es el encargado de la cirugía ginecológica laparoscópica casi al 100 x 100, porque los otros especialistas no tienen el posgrado, y añade sin mayor explicación que de ahí se deriva que los residentes de tercer año que rotan por el hospital en el área quirúrgica están bajo su supervisión directa. Igualmente, se limita a anotar que es profesor de la Universidad de Antioquia, del CES y del Hospital Uribe Ángel.
3. En relación con su actividad científica solamente menciona un artículo en el cual figura como coautor sobre el reporte de un caso publicado en la Revista Colombiana de O. y G. y un video que se encuentra en la biblioteca CES que no tiene ninguna referencia de publicación. Lo que sí es muy relevante es que en todo el peritaje y en el interrogatorio el Dr. R. B. no menciona dentro del desarrollo del método científico sino su experiencia personal en múltiples ocasiones y en su opinión personal, que solo se considera un nivel básico sin mayor valor científico, basado, además, según su declaración, en unos protocolos del Hospital Uribe Ángel, haciendo énfasis en que él es el autor de ellos. Resultando paradójico que sea el autor de los protocolos que se supone están basados en niveles superiores de medicina basada en evidencia científica con educación continuada e investigación.

Calidad del contenido y consistencia de las respuestas del perito

Al realizarse un análisis objetivo del Dictamen Pericial, así como de su ratificación y del Interrogatorio y contrainterrogatorio realizado, se encuentra que el Dr. R. B. basa sus apreciaciones, conceptos y afirmaciones casi que exclusivamente en su persona cuando en diferentes oportunidades habla en sus respuestas de “mi experiencia personal” y “en mi opinión”.

Al interrogarlo sobre los Protocolos en los que según él mismo basó su peritaje a folio 0102 solo menciona, sin aportar ningún documento para verificar sus contenidos: “el protocolo de nuestra institución” (el cual como lo reitera en varias oportunidades tanto en su peritaje escrito así como en su declaración juramentada que: “ Del protocolo de la institución en que trabajo soy el responsable porque soy yo el que lo hago”) y 4 referencias de publicaciones digitales, 2 de España, 1 de México y 1 de Estados Unidos de América.

En cuanto a sus conceptos sobre el uso de la mecha vaginal en la práctica de la cirugía laparoscópica ginecológica en nuestra región desde hace más de 30 años hasta ahora, que es la causa de la queja de la paciente M. J., y que dio origen a este proceso, que recordamos fue remitido por la Superintendencia Nacional de Salud, la descalifica totalmente e incluso expresa que en los 28 años de práctica de cirujano laparoscópico nunca ha visto que se utilice una mecha y que ignora totalmente su uso en este tipo de cirugía; pone en evidencia que no conoce el Protocolo de esta cirugía, fuera del que es autor en su hospital, y que fue la base para que la EPS a la cual pertenece la paciente en el análisis del evento, protocolo sobre el cual un Comité de Coomeva Salud clasificó el hecho como evento adverso y como prevenible por ausencia de adherencia a protocolos y guías establecidas en la institución. El Dr. R. B. afirma que públicamente tiene un enorme conflicto con la gestión de eventos adversos por parte de las instituciones y en ocasiones reconoce que se ha negado a acatar sus sugerencias y confiesa que no conoce el protocolo citado, el vigente en la EPS o en la IPS, a pesar de que en su respuesta a la pregunta que aparece a folio 0127 del expediente afirma que “en cuanto a la aplicación del protocolo en la historia veo que se apega a una correcta indicación quirúrgica, a una descripción técnica del procedimiento aceptada en los protocolos y no veo nada que me indique desviación de ellos”.

Conclusión inicial

El perito entrega al proceso aquellos conocimientos con los cuales el funcionario judicial no cuenta, para que, en conjunto con las demás pruebas arrimadas al proceso,

se pueda fallar la Litis. Según Jairo Parra Quijano: “El juez debe analizar el dictamen de los peritos, y si lo considera, puede tenerlo en cuenta para edificar sobre él, en todo o en parte, la decisión que tome, así mismo debe examinar los fundamentos y las conclusiones, y si les halla merito los tiene como base para fallar” (Parra, 2006).

En este caso que nos ocupa y que está a consideración del Tribunal, se trata de un problema médico, que no requiere de conocimientos súper especializados, sino que se trata de un caso que se podría responder por parte de los magistrados que integran la Sala, médicos especializados y con larga experiencia en el ejercicio profesional, la docencia y la Academia.

El análisis de la Prueba pericial presentada no aporta conocimiento nuevo, no resiste análisis con rigor científico y se considera una prueba ineficaz.

Es claro que tratándose como se trata en este caso de un problema eminentemente médico y no de una especialización extremadamente exigente, y debiendo resolver el conflicto una corporación integrada por cinco médicos magistrados, entre ellos dos Ginecólogos Obstetras, con larga experiencia en la vida profesional y en la docencia universitaria, ha de concluirse en sana lógica jurídica que el perito que presenta el dictamen no pudo ilustrar a los médicos magistrados en aspectos técnicos o científicos que los jueces que deben resolver el caso no conozcan, especialmente por estar basados exclusivamente en experiencias y conceptos personales sin presentar evidencias científicas de ellas.

Con fundamento en estas consideraciones el Magistrado instructor solicita a la Sala no tener en cuenta la prueba pericial presentada porque como ya se sostuvo, el perito no demostró una estructura técnico-científica comprobable ni aportó ningún conocimiento novedoso que pudiera proporcionar a los médicos-magistrados que deben resolver en derecho este caso, pero con fundamentos eminentemente técnico y científico en el cual radica el error médico que ha sido objeto de investigación.

Conclusión final

La prueba pericial aportada al proceso, apreciada en conjunto, con las demás pruebas aportadas al proceso indica que no solamente no se prestó la atención médica en forma adecuada a la paciente. Considerando los elementos testimoniales y documentos declaratorios, su ponderación determina certeza acerca de la errónea conducta de la médica investigada, la prueba pericial presentada es débil y sin ningún rigor científico.

Así las cosas, la Sala Plena, previo a escuchar el informe del magistrado instructor, determina no aceptar los descar-

gos presentados por la doctora X. M. T. e imponer sanción de censura escrita y pública, que se imponga una sanción por presunta violación a los artículos 1.2, 10, 15 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 9 del Decreto 3380 de 1981, por hechos relacionados con la atención a la paciente M. J. V. en la Clínica Palma Real de la ciudad de Palmira, por las razones expuestas en la parte motiva del Auto Interlocutorio No. 027-2019 del 20 de febrero de 2019 (folio 0078).

Contra dicha providencia el abogado A. M. interpuso recursos de reposición y en subsidio de apelación. Posterior a la presentación de los recursos de ley y con ocasión de la emergencia sanitaria decretada en todo el territorio nacional por la pandemia por COVID-19, los términos procesales fueron suspendidos en varias ocasiones, suspensiones que transcurrieron desde el 20 de marzo de 2020 hasta el 30 de noviembre de la misma anualidad.

Los términos procesales fueron suspendidos en varias ocasiones con ocasión de la pandemia por COVID-19, suspensiones que transcurrieron desde el 20 de marzo de 2020 hasta el 30 de noviembre de la misma anualidad.

Informe final del Magistrado Instructor

Presentado en Sala Plena el 17 de noviembre de 2021. El instructor solicita a la Sala que se declare la caducidad de la facultad sancionatoria a favor de las investigadas por estos hechos y archivar las diligencias. La Sala acoge el concepto en Acta No. 1824.

Consideraciones

Antecedentes de la huella jurisprudencial del Tribunal Nacional de Ética Médica

Se relacionan tres momentos que permiten comprender la posición que mantuvo el Tribunal Nacional hasta cuando esta Corporación acoge el concepto del Consejo de Estado, así:

1.- En el año 2002 algunos tribunales seccionales aplicaban cinco (5) años como término de prescripción de la acción disciplinaria, que era el mínimo que señalaba el artículo 83 del Código Penal (Ley 599 de 2000) para la conducta punible no privativa de la libertad, y sobre interrupción de la acción lo ordenado en el artículo 86 asimilando el vocablo “**resolución acusatoria o su equivalente**” a la formulación de cargos de que se trata la Ley 23 en el artículo 80. El Tribunal Nacional consideró inadecuada la remisión que efectuaban los seccionales al Código Penal

porque la Ley 23 de 1981 precisaba que la remisión debía realizarse al Código de Procedimiento Penal, en este caso la Ley 600 de 2000, y que en aquellas situaciones en las cuales no fuera posible su aplicación se debía acudir a lo establecido en la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único), que derogó la Ley 200 de 1995.

Precisamente, en Providencia No. 26-02, de 1° de octubre de 2002, frente a un caso en donde el Tribunal Seccional de Bogotá negó la solicitud de prescripción respecto a hechos que referían el 25 de abril de 1996 y 10 de octubre del mismo año como primera y última consulta dada al paciente, el Tribunal Nacional declaró prescrita la acción disciplinaria y decretó la preclusión de la investigación, apoyándose en la sentencia de constitucionalidad que con ponencia del magistrado Carlos Gaviria Díaz se dictó el 30 de mayo de 1996 (C-244), en la cual se declaró la inconstitucionalidad del parágrafo 1° del artículo 34 de la Ley 200 de 1995, que preveía la interrupción de la prescripción con la emisión de fallo de primera instancia, razón por la cual el legislador se abstuvo de reproducir la norma cuando se redactó la Ley 734 de 2002. En la providencia el Tribunal Nacional resaltó que era necesario aplicar el **principio constitucional de favorabilidad** en el trámite del proceso ético-disciplinario, que en el caso analizado por la Corte Constitucional consistía en una desigualdad entre un mismo grupo de personas –los trabajadores del Estado–, frente a un mismo acontecimiento –la prescripción de la acción disciplinaria–, frente a un hecho ajeno a su conducta y atribuible a la autoridad competente para decidir sobre ella, dado que la incapacidad del Estado para ejercer la potestad punitiva en materia disciplinaria no podía trasladarse al empleado, sin violar un derecho como era obtener en un plazo determinado una decisión que resuelva su situación jurídica.

Concluyó el Tribunal Nacional que siendo la acción de ética médica una acción disciplinaria, lo lógico es que se hiciera remisión a la ley disciplinaria que regula faltas de naturaleza similar a las de ética médica y no al Código Penal que contempla infracciones delictivas de un reproche social y punitivo mayor que las simples faltas disciplinarias (Gaceta de Jurisprudencia, Tribunal Nacional de Ética Médica, Vol. No. 7, enero-junio 2003, pág 15-26).

2.- Con ocasión de la expedición de la Ley 906 de 2004, actual Código de Procedimiento Penal, que en el artículo 531 consagró a través de la prescripción un trámite de descongestión, depuración y liquidación de procesos penales, el Tribunal Nacional de Ética Médica se vio precisado a definir que tres (3) años era el término de prescripción en aquellos procesos que hubiesen tenido ocurrencia antes de la entrada en vigencia de este

Código, y que no podía aplicarse lo que el mencionado artículo decía sobre que se exceptuaban aquellas actuaciones en las que se había emitido “**resolución de cierre de investigación**”. De haberse aceptado esto último, se habría reconocido la figura de la interrupción de la prescripción.

Sobre este punto vale mencionar lo resuelto en la Providencia No. 09-2005 de 1° de marzo de 2005 en la que el Tribunal Nacional declaró la prescripción de la acción disciplinaria en favor de tres profesionales que habían sido sancionados con censura verbal y pública por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca. Lo relevante del caso consistió en que la atención de la paciente se dio entre los meses de mayo y octubre del 2000 y la formulación de cargos se hizo con fecha 19 de noviembre de 2003, lo cual para el Tribunal Seccional significaba que ya había ocurrido el cierre de la investigación. El Tribunal Nacional consideró que aplicar analogía entre la formulación de cargos que trae la Ley 23 y la resolución de cierre de la investigación aludida en el artículo 531 del Código de Procedimiento Penal vigente, se incurría en una aplicación analógica “in mala partem”, por cuanto el artículo 531 se refería a un fenómeno procesal que no estaba previsto en la normatividad disciplinaria de la Ley 23 de 1981. Resaltó que el artículo 531 contenía una exclusión para procesos de descongestión, depuración y liquidación por tratarse de los delitos más graves o aquellos que afectan intereses públicos o victimiza a menores, pero que a la mayoría de los procesos adelantados por todos los actos de delincuencia tipificados en el Código Penal les sería aplicado el **principio de favorabilidad** como constitutivo del debido proceso, con categoría de derecho fundamental constitucional (Art. 29), y sería aberrante que se excluyera su aplicación a una falta disciplinaria, de mucho menor gravedad que un delito.

3.- Con la expedición de la Ley 1474 de 2011, cuyo artículo 132 modificó el artículo 30 de la Ley 134 de 2002 (Código Disciplinario Único), el Tribunal Nacional vuelve a ocuparse de la prescripción de la acción disciplinaria y del fenómeno de la interrupción. Así se tiene que en Providencia N°. 120-2011 de 6 de diciembre de 2011 decretó la prescripción en favor de dos médicos, por hechos acaecidos entre julio y septiembre de 2006, que ameritaron formulación de cargos en mayo 2 de 2011 y por los cuales se impuso sanción de amonestación privada por el Tribunal Seccional del Cauca en decisión de 6 de octubre de 2011, que fue recurrida en apelación. Se destacó que habiendo sido ya expedida la Ley 1474 de 2011, en este caso no podía aplicarse el artículo 132 en razón a que resultaba más desfavorable que el artículo 30 de la Ley 734 de 2002, porque en éste el término de

prescripción de la acción disciplinaria prescribe en cinco (5) años, contados para las faltas instantáneas desde el día de su consumación y para las de carácter permanente continuado desde la realización del último acto, mientras que el término prescriptivo de la Ley 1474 comienza a correr tiempo después de cometida la infracción, precisamente con la apertura de la investigación, cuando han transcurrido meses o años de la ocurrencia de los hechos, lo cual por ser desfavorable en su aplicación a los intereses del disciplinado, se resuelve acudiendo a leyes anteriores de manera ultra-activa, reconociendo en esta situación el **principio de favorabilidad** que consagra el artículo 29 de la Constitución Política.

De otra parte, algunos Tribunales Seccionales encontraron en el artículo 132 de la Ley 1474 de 2011 puntos benéficos para prolongar el término de prescripción y justificarlo, como por ejemplo en los procesos en que se había dispuesto iniciar primero con indagación preliminar (art. 150 Ley 734 de 2002), o en casos de cirugía estética en donde los efectos nocivos se evidencian después de cinco (5) años de haber sido aplicadas o administradas algunas sustancias. Pero como rondaban en los tribunales otros interrogantes acerca de la prescripción, de manera especial si era posible la interrupción del período prescriptivo de la acción disciplinaria, dado que el artículo 86 del Código Penal había sido modificado por la Ley 890 de 2004 y establecía que la acción penal se interrumpe con la formulación de la imputación, y que producida la interrupción del término prescriptivo comenzaba a correr de nuevo por un tiempo igual a la mitad del señalado en el artículo 83, evento en el cual el término no podrá ser inferior a cinco (5) años, ni superior a diez (10), el asunto fue analizado en un taller que con ocasión de un encuentro de tribunales organizado por el Tribunal Nacional se realizó en Bogotá en junio de 2015. Las diversas opiniones motivaron a que por parte del Dr. Fernando Guzmán Mora se planteara que existían estas alternativas: A) Aplicar la teoría de la prescripción en cinco (5) años de manera absoluta; B) Aplicar la Ley Penal que dice que el pliego de cargos interrumpe la prescripción; C) Aplicar la Ley 734 de 2002. La conclusión final fue que si no se encuentra un acto que se pueda asimilar a la formulación de imputación como evento que interrumpe el término prescriptivo de la acción (artículo 86 Código Penal), se justifica aplicar otras normas para llenar el vacío normativo que presenta la Ley 23 de 1981, pero en materia del término prescriptivo es el Código Disciplinario Único que por regular materias semejantes debería aplicarse.

Con posterioridad, el Tribunal Nacional en Providencia N° 62-2015 de 28 de julio de 2015 hace mención a este encuentro de tribunales y argumenta que condujo a los Tribunales a resolver la problemática de los vacíos de la Ley

23 aplicando el Código Disciplinario Único. En esta decisión el Tribunal Nacional insistió en que el vacío existente de la Ley 23 debe llenarse con la remisión al Código Disciplinario Único por reunir una doble connotación: que tiene la misma naturaleza de la Ley 23 de 1981, por regular ambos procesos disciplinarios y, en segundo lugar, por ser ambas de naturaleza penal y sancionatoria.

La nueva postura del Tribunal Nacional

En noviembre de 2019 se dio a conocer el concepto que con fecha 15 de noviembre de 2016 había emitido el Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, que el Tribunal Nacional de Ética Médica acogió al proferir Providencia No.27-2021 de fecha 12 de mayo de 2021.

Se transcriben algunos apartes de esta decisión que explican la nueva posición del superior jerárquico.

Es necesario advertir que la Ley 23 de 1981, Código de Ética Médica, no contiene ninguna norma que haga mención a la prescripción de la acción disciplinaria. La misma Ley dispone en su artículo 82 que “en lo no previsto en la presente Ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal”. Resulta que la problemática de la prescripción de la acción y de la pena son temas que no se tratan en los códigos de procedimiento penal, sino en los códigos penales, y en tales circunstancias era obvio que era imposible llenar el vacío de la Ley 23 remitiendo al C. de P. P.

En las circunstancias anteriores, frente a la subsistencia del vacío legislativo inicialmente se hizo remisión al Código Penal que sí prevé la problemática de la prescripción de la acción penal y en tales circunstancias se comenzó a aplicar el tiempo mínimo de prescripción previsto en el artículo 80 del C.P. de 1980 que era el vigente cuando comenzó a regir la ley disciplinaria¹.

Posteriormente, con la derogatoria de la anterior codificación y la entrada en vigencia del actual código penal, se siguió aplicando lo relacionado con la prescripción, en este caso concreto en el artículo 83 del C.P. de 2000, Ley 599 de ese año².

Al comenzar a regir la Ley 906 de 2004, que reglamentaba el nuevo procedimiento penal acusatorio de carácter oral, en cumplimiento de la reforma constitucional introducida por el Acto legislativo Nro. 3. de 2002³; se creó un problema para hacer remisión a la codificación procesal, puesto que al ser nuestro procedimiento de tendencia inquisitiva y escrito y, el nuevo código de tendencia acusatoria y oral, eran muchos los vacíos que no se podían resolver haciendo remisión al Código de Procedimiento Penal, razón por la cual, teniendo en cuenta que el Código Disciplinario Único era escrito y de tendencia inquisitiva al igual que nuestro procedimiento se comenzó a hacer remisión a este código, teniendo en cuenta fundamentalmente que se manejaban temas similares, es decir los relacionados con la justicia disciplinaria”.

1 ART. 80. —Término de prescripción de la acción. La acción penal prescribirá en un tiempo igual al máximo de la pena fijada en la ley si fuere privativa de libertad pero, en ningún caso, será inferior a cinco años ni excederá de veinte. Para este efecto se tendrán en cuenta las circunstancias de atenuación y agravación concurrentes.

En los delitos que tengan señalada otra clase de pena, la acción prescribirá en cinco años.

2 ART. 83. —Término de prescripción de la acción penal. La acción penal prescribirá en un tiempo igual al máximo de la pena fijada en la ley, si fuere privativa de la libertad, pero en ningún caso será inferior a cinco (5) años, ni excederá de veinte (20), salvo lo dispuesto en el inciso siguiente de este artículo.

<Inciso modificado por el artículo 16 de la Ley 1719 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> El término de prescripción para las conductas punibles de desaparición forzada, tortura, homicidio de miembro de una organización sindical, homicidio de defensor de Derechos Humanos, homicidio de periodista y desplazamiento forzado será de treinta (30) años. En las conductas punibles de ejecución permanente el término de prescripción comenzará a correr desde la perpetración del último acto. La acción penal para los delitos de genocidio, lesa humanidad y crímenes de guerra será imprescriptible.

En las conductas punibles que tengan señalada pena no privativa de la libertad, la acción penal prescribirá en cinco (5) años.

Para este efecto se tendrán en cuenta las causales sustanciales modificadoras de la punibilidad.

Inciso modificado por el artículo 14 de la Ley 1474 de 2011. El nuevo texto es el siguiente: Al servidor público que en ejercicio de las funciones de su cargo o con ocasión de ellas realice una conducta punible o participe en ella, el término de prescripción se aumentará en la mitad. Lo anterior se aplicará también en relación con los particulares que ejerzan funciones públicas en forma permanente o transitoria y de quienes obren como agentes retenedores o recaudadores.

También se aumentará el término de prescripción, en la mitad, cuando la conducta punible se hubiere iniciado o consumado en el exterior.

En todo caso, cuando se aumente el término de prescripción, no se excederá el límite máximo fijado.

3 ART. 250. Artículo modificado por el artículo 218351 del Acto Legislativo No. 3 de 2002. El nuevo texto es el siguiente: La Fiscalía General de la Nación está obligada a adelantar el ejercicio de la acción penal y realizar la investigación de los hechos que revistan las características de un delito que lleguen a su conocimiento por medio de denuncia, petición especial, querrela o de oficio, siempre y cuando medien suficientes motivos y circunstancias

La Providencia No. 27-2021 destaca del concepto del Consejo de Estado en mención estos párrafos:

La consagración de un procedimiento administrativo sancionatorio en el nuevo Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo es uno de los cambios más importantes frente a la legislación anterior, en la cual no se desarrollaban las garantías dentro de las actuaciones administrativas que implicaran el ejercicio del *ius puniendi* del Estado. Esta situación resultaba grave y alarmante en términos de garantías (Art. 29 C.P.), por cuanto si bien existían regulaciones para ciertos sectores (verbigracia salud, urbanismo, trabajo, entre otros), en los cuales se establecían las conductas infractoras y las sanciones administrativas por imponer, no se establecían asimismo los procedimientos respectivos.

En efecto, con excepción de algunos regímenes especiales, no existían reglas procedimentales a las cuales pudieran acudir las autoridades en las actuaciones que conllevaran la imposición de una

sanción administrativa. Los vacíos y lagunas se llenaban y solucionaban mediante remisión directa al procedimiento administrativo general del Decreto 01 de 198431, animadas por la filosofía del derecho de petición y de la resolución y satisfacción de situaciones a los ciudadanos. Por tanto, no resultaban congruentes con las actuaciones sancionatorias ni eran suficientes en relación con la materia, por lo que en no pocas ocasiones se ponía en evidencia su falta de conducencia, pertinencia y utilidad. Así, y quizá por cobijarse el derecho administrativo sancionatorio en el concepto del *ius puniendi* del Estado, algunos regímenes especiales como el que es materia de la consulta optaron por hacer una remisión directa al Código de Procedimiento Penal.

Esta situación varió sustancialmente con la Ley 1437 de 2011, en tanto el inciso primero del artículo 47 instituyó que el procedimiento administrativo sancionatorio establecido en el nuevo Código (arts. 47 a 52) es la regulación general que debe aplicar la autoridad administrativa para el ejercicio de la facultad sancionatoria que se le haya asignado

fácticas que indiquen la posible existencia del mismo. No podrá, en consecuencia, suspender, interrumpir, ni renunciar a la persecución penal, salvo en los casos que establezca la ley para la aplicación del principio de oportunidad regulado dentro del marco de la política criminal del Estado, el cual estará sometido al control de legalidad por parte del juez que ejerza las funciones de control de garantías. Se exceptúan los delitos cometidos por Miembros de la Fuerza Pública en servicio activo y en relación con el mismo servicio.

En ejercicio de sus funciones la Fiscalía General de la Nación, deberá:

1. Solicitar al juez que ejerza las funciones de control de garantías las medidas necesarias que aseguren la comparecencia de los imputados al proceso penal, la conservación de la prueba y la protección de la comunidad, en especial, de las víctimas.

El juez que ejerza las funciones de control de garantías no podrá ser, en ningún caso, el juez de conocimiento, en aquellos asuntos en que haya ejercido esta función.

La ley podrá facultar a la Fiscalía General de la Nación para realizar excepcionalmente capturas; igualmente, la ley fijará los límites y eventos en que proceda la captura. En estos casos el juez que cumpla la función de control de garantías lo realizará a más tardar dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes.

2. <Aparte tachado INEXEQUIBLE> Adelantar registros, allanamientos, incautaciones e interceptaciones de comunicaciones. En estos eventos el juez que ejerza las funciones de control de garantías efectuará el control posterior respectivo, a más tardar dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes, ~~al solo efecto de determinar su validez.~~

3. Asegurar los elementos materiales probatorios, garantizando la cadena de custodia mientras se ejerce su contradicción. En caso de requerirse medidas adicionales que impliquen afectación de derechos fundamentales, deberá obtenerse la respectiva autorización por parte del juez que ejerza las funciones de control de garantías para poder proceder a ello.

4. Presentar escrito de acusación ante el juez de conocimiento, con el fin de dar inicio a un juicio público, oral, con intermediación de las pruebas, contradictorio, concentrado y con todas las garantías.

5. Solicitar ante el juez de conocimiento la preclusión de las investigaciones cuando según lo dispuesto en la ley no hubiere mérito para acusar.

6. Solicitar ante el juez de conocimiento las medidas judiciales necesarias para la asistencia a las víctimas, lo mismo que disponer el restablecimiento del derecho y la reparación integral a los afectados con el delito.

7. Velar por la protección de las víctimas, los jurados, los testigos y demás intervinientes en el proceso penal, la ley fijará los términos en que podrán intervenir las víctimas en el proceso penal y los mecanismos de justicia restaurativa.

8. Dirigir y coordinar las funciones de policía Judicial que en forma permanente cumple la Policía Nacional y los demás organismos que señale la ley.

9. Cumplir las demás funciones que establezca la ley.

El Fiscal General y sus delegados tienen competencia en todo el territorio nacional.

En el evento de presentarse escrito de acusación, el Fiscal General o sus delegados deberán suministrar, por conducto del juez de conocimiento, todos los elementos probatorios e informaciones de que tenga noticias incluidas los que le sean favorables al procesado.

PARÁGRAFO. La Procuraduría General de la Nación continuará cumpliendo en el nuevo sistema de indagación, investigación y juzgamiento penal, las funciones contempladas en el artículo 27718463 de la Constitución Nacional.

PARÁGRAFO 2º. <Parágrafo corregido por el artículo 118467 del Decreto 379 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Atendiendo la naturaleza del bien jurídico o la menor lesividad de la conducta punible, el legislador podrá asignarle el ejercicio de la acción penal a la víctima o a otras autoridades distintas a la Fiscalía General de la Nación. En todo caso, la Fiscalía General de la Nación podrá actuar en forma preferente.

por el ordenamiento jurídico, cuando no existe un procedimiento administrativo especial o cuando, existiendo, el mismo adolece de vacíos o lagunas. En caso de que estas normas sean también insuficientes en la actuación administrativa sancionatoria, los vacíos y las lagunas deben llenarse y solucionarse con sujeción a las demás disposiciones de la parte primera del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (arts. 1 a 46 y 53 a 97 ibidem) y, en su defecto, es decir, en los aspectos no contemplados o regulados por este, es necesario acudir a las normas del Código de Procedimiento Civil, o del Código General del Proceso a partir del 1 de enero de 2014, en lo que sea compatible con la naturaleza de la actuación sancionatoria (arts. 34 y 306 ejusdem).”⁴

El Tribunal Nacional concluye señalando que en su estructura los procedimientos disciplinarios son de naturaleza administrativa, pero en su contenido son de naturaleza sancionatoria, y es por esta última característica que en su desarrollo respetar trascendentales principios, como la dignidad humana, la igualdad, la imparcialidad, la presunción de inocencia, el derecho a la defensa, la doble instancia, y otras garantías propias de un proceso donde la persona es acusada de haber realizado una conducta contraria a derecho.

Descendiendo al caso de autos, es indudable que al repetirse la parte argumentativa de la Providencia No. 27-2021 en otros procesos que ha conocido el Tribunal Nacional

que terminan reconociendo la aplicación del artículo 52 del CPACA, como sucedió a título de ejemplo en el proceso disciplinario con radicación No. 2266-16 de este Tribunal Seccional, cuando en Providencia No.32-2021 de 19 de mayo de 2021 el Tribunal Nacional resuelve de manera oficiosa declarar la caducidad de la acción disciplinaria porque era evidente que había transcurrido un tiempo superior a los tres (3) años desde la ocurrencia de los actos médicos, y como consecuencia dispuso la preclusión de la investigación en favor de los dos profesionales, el valor que adquiere su pronunciamiento sobre este específico punto jurídico debe ser reconocido porque representa una nueva jurisprudencia.

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

Resuelve

PRIMERO.- Declarar la caducidad de la facultad sancionatoria en favor de la Dra. X. M. T. en los hechos relacionados con la atención médica a la señora paciente M. J. V., por los motivos explicados en los considerandos de esta Providencia.

SEGUNDO.- Notifíquese la decisión de manera personal, transcribiendo la parte resolutive, a la médica y a su apoderado judicial, de no obtenerse, se notificará por estado; y comuníquese a la quejosa.

TERCERO.- Una vez en firme, dispóngase el archivo de las diligencias adelantadas por este Tribunal.

Notifíquese y cúmplase

FIRMADO: Dr. William Libardo Murillo Moreno, Magistrado-Presidente; Dr. Otoniel Franco Agredo, Magistrado; Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo, Magistrado; Dr. César Augusto Prieto Ávila, Magistrado Instructor; Dr. Héctor Mario Rengifo Castillo, Magistrado; Diana Julieta Olivo Ospina, Abogada Secretaria; Augusto Cuéllar Rodríguez, Abogado Asesor.

⁴ Consejo de Estado. Ibidem.

Auto Interlocutorio sobre mérito para declarar caducidad de facultad sancionatoria a favor de un médico – Segundo Proceso

Auto Interlocutorio No. 056-2022

Proceso Disciplinario No. 2213-16

Santiago de Cali, a los veintitrés (23) días del mes de marzo de dos mil veintidós (2022)

Aprobado en sesión de Sala Plena de 23 de febrero de 2022, ACTA N°. 1834

Nota aclaratoria del Dr. Augusto Cuéllar Rodríguez, Abogado Asesor

Resulta pertinente anotar que la decisión que se publica a continuación tuvo como origen que se haya formulado cargos contra el disciplinado por supuesta violación a los artículos 1.2, 5.1, 10, 15 (Con. Art. 10, Ley 1751/2015), 20, 34, 35 y 36 de la Ley 23 de 1981 (Con. Arts. 1 y 4, Res. 1995/1999), fuera escuchado en diligencia de descargos, en proceso donde también se investigó y formularon cargos contra otro profesional de la Medicina.

Objeto de pronunciamiento

Se procede a resolver si existe mérito para declarar de manera oficiosa la caducidad de la facultad sancionatoria en favor del Dr. A. A. G. V., por hechos relacionados con la paciente señora H. R. L. C.

Consideraciones

1. Antecedentes de la investigación

En Providencia No. 30-2021 de 9 de mayo de 2021, el Tribunal Nacional de Ética Médica resolvió declarar la caducidad de la facultad sancionatoria en este proceso disciplinario en favor del Dr. G. O. L., precluir la investigación, y devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia.

El motivo del envío del expediente al Tribunal Nacional consistió en que por parte del Dr. O. L. se interpuso recursos de reposición y apelación contra el auto Interlocutorio No. 020-2020 del 12 de febrero de 2020 que concluyó con no acceder a la solicitud de pruebas que se presentó en la diligencia de descargos del 27 de noviembre de 2019.

El Tribunal Seccional no repuso la decisión y concedió en el efecto suspensivo el recurso de apelación como subsidiario ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Consideraciones del Tribunal Nacional de Ética Médica

Se expresó que al revisar la fecha de los hechos que suscitaban la queja, 28 de octubre de 2014, y aunque el proceso de atención se mantiene por unos cuantos meses más, acontece que ya han transcurrido más de tres años de estos, y que de acuerdo a la Providencia No 27-2021, presentada y aprobada en Sala Plena del 12 de mayo de 2021 por el H. M. Dr. Germán Gamarra Hernández, el Tribunal Nacional decidió acoger el concepto de la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, que consideró que el proceso ético médico disciplinario era de naturaleza administrativa, no penal, y por tanto, que los vacíos existentes en la Ley 23 de 1981 debían ser llenados acudiendo al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA) y no al Código Disciplinario Único.

La omisión cometida

El Tribunal Nacional de Ética Médica centró su atención en la situación del médico Dr. G. O. L. por ser el sujeto procesal que interpuso los recursos a una decisión del Tribunal Seccional que negó la práctica de unas pruebas, olvidando que en el texto de la Providencia No 30-2021 de 19 de mayo hacía alusión al otro profesional investigado, el cirujano plástico

Dr. A. A. G. V., quien intervino el 28 de octubre de 2014 a la señora H. R. L. C. en la Clínica Lungavita, practicando rinoplastia y rinoplastia con pexia o levantamiento de cejas, blefaroplastia superior e inferior y corrección de la papada en el cuello, siendo dada de alta el mismo día por el Dr. G. V.

Tratándose de unos mismos hechos, en donde la paciente es la señora L. C., en donde la atención en el posoperatorio se brindó por el Dr. O. L. con el visto bueno del especialista en Cirugía Plástica y Reconstructivo, la decisión del Tribunal Nacional también debió ocuparse del Dr. G. V. cuando el primero es beneficiado con la declaratoria de caducidad de la facultad sancionatoria por el artículo 52 del CPACA.

Esta omisión se debe corregir para que el derecho de igualdad ante la ley y el debido proceso prevalezcan como derechos fundamentales constitucionales (art. 13 y 29, Constitución Política), que también son considerados como principios en el artículo 3 del CPACA, numerales 1 y 2, que toda autoridad administrativa debe aplicar en las actuaciones y procedimientos.

Así las cosas la Sala Plena concluye que se declarará la caducidad de la facultad sancionatoria y se archivará el proceso en favor del Dr. A. A. G. V.

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

Resuelve:

PRIMERO.- Declarar la caducidad de la facultad sancionatoria en favor del médico Dr. A. A. G. V., por las razones expuestas antes.

SEGUNDO.- En consecuencia, se dispone el archivo del proceso.

TERCERO.- Notifíquese la decisión al profesional médico, como a la señora H. R. L. C. en calidad de quejosa.

Notifíquese y cúmplase

FIRMADO: Dr. William Libardo Murillo Moreno, Magistrado Instructor - Presidente; Dr. Otoniel Franco Agredo, Magistrado; Dr. Jorge Hernán Jiménez Restrepo, Magistrado; Dr. César Augusto Prieto Ávila, Magistrado Instructor; Dr. Héctor Mario Rengifo Castillo, Magistrado; Diana Julieta Olivo Ospina, Abogada Secretaria; Augusto Cuéllar Rodríguez, Abogado Asesor.

