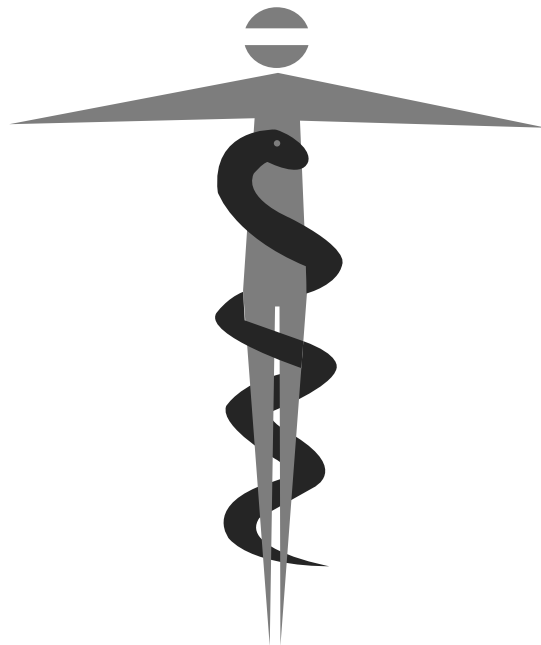


## TRIBUNA ÉTICA MÉDICA



TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE DEL CAUCA - TEMV

# TRIBUNA ÉTICA MÉDICA



Cali, octubre de 2009

**Comité Editorial****Magistrados**

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

**Relator**

Doctor Augusto Cuéllar Rodríguez

**Secretaria - Abogada**

Doctora Diana Julieta Olivo

**Editores**

Doctor Néstor Harry Amorocho Pedraza  
Doctor Héctor Mario Rengifo C.

**Imagen de portada:** Aristóteles

**Diseño, corrección de textos e impresión**

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

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

# Contenido

<b>Normas e instrucciones para publicación .....</b>	<b>7</b>
<b>Editorial.....</b>	<b>9</b>
<b>Muerte digna, derecho fundamental</b>	
Juan Mendoza Vega .....	11
<b>De la eutanasia: La ética, la libertad, la autonomía y el ejercicio médico</b>	
César Prieto Ávila.....	13
<b>Sobre la calidad de vida de los profesionales médicos en Cali</b>	
Néstor Harry Amorocho P. ....	17
<b>Cómo reducir a justas proporciones el concepto error médico. La práctica médica, una obligación de medio</b>	
Augusto Cuéllar Rodríguez .....	25
<b>Categorización del evento adverso</b>	
Rodrigo Triana Ricci .....	29
<b>¿Por qué son procesados los médicos? El quijotismo y el sancho-pancismo en el ejercicio de la medicina</b>	
Edgar Saavedra Rojas.....	31
<b>Procesos ético-disciplinarios</b>	
Sentencias del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca	
Resolución No. 001-2007 .....	47



# Normas e instrucciones para publicación

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

Acepta contribuciones para la revista en varias categorías de artículos:

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

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

## **Artículo original**

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

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

- A) Página de título
- B) Resumen
- C) Abstract ( resumen en inglés)

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

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

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

*Texto:* Debe ser dividido en secciones, así:

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

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

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

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

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

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

nuevos estudios a partir de éste y hacer recomendaciones.

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

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

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

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

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

### **Artículo de revisión**

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

### **Presentación de casos**

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

### **Comunicaciones breves**

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

### **Artículos de reflexión**

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

### **Perspectivas**

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

### **Controversias**

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

### **Editoriales**

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

### **Memorias**

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

### **Cartas al editor**

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



## Editorial

Medicina y Derecho son las dos ciencias sociales más antiguas. En el valle de Mesopotamia, entre los ríos Tigris y Éufrates, la llamada cuna de la civilización, se encontraron vestigios de una profesión u oficio médico más o menos organizada hace cuatro mil años, y en el año 1760 a.C. aparece el Código de Hammurabi, tal vez el primer cuerpo de leyes que conoció la humanidad. Este código es todo un conjunto de normas que regulan la vida en sociedad en múltiples aspectos, entre ellos la relación médico-paciente, y contiene las penas a que se ven abocados los transgresores de la ley; penas que se sustentan en la sentencia “ojo por ojo y diente por diente”.

Derecho y Medicina han tenido desde entonces una relación interdependiente y dinámica, la cual se ha hecho más estrecha en las últimas décadas y ha dado origen a nuevas áreas especializadas del Derecho: Derecho Médico, Derecho Sanitario, Derecho Genómico, etc.<sup>1</sup>

El desarrollo de la Medicina moderna ha permitido conocer más sobre la aplicación de las ciencias de la vida (biología y genética) y de la ingeniería (robótica, comunicaciones) y siguiendo los cauces de la Bioética llegamos a nuevas formas de hacer Medicina: Medicina predictiva –predicción de la enfermedad–; Medicina individualizada –farma-

cogenómica–; Nanomedicina –intervención de las enfermedades a escala molecular–; Medicina de reemplazo –reemplazo de órganos o tejidos defectuosos–; Telemedicina –Medicina no presencial–; Medicina anti-envejecimiento –manejo de procesos biológicos asociados con el envejecimiento.<sup>2</sup>

Esta “Medicina de frontera” que permite métodos de intervención y transformación de la vida antes inaccesibles para el hombre, genera una serie de problemas éticos, sociales, políticos y económicos que retan al Derecho a transformarse para extender su actividad al campo de la Medicina, que se conoce como Derecho Médico, especialidad que cada vez cobra más auge, y a preocuparse por las nuevas supraespecialidades médicas con toda sus implicaciones éticas y bioéticas que crearán problemas generales y específicos, que deberán ser regulados en Colombia.

**Tribuna Ética Médica** invita a los profesionales de la Medicina y el Derecho a que incursionen en este novedoso campo Médico Jurídico de la Medicina de Frontera y publiquen su pensamiento.

**Néstor Harry Amorocho P.**

Magistrado Presidente

Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca

1. Primer Foro en BioDerecho que se realizará los días 11 y 12 de agosto de 2009 en la ciudad de Bogotá

2. Idem,



# Muerte digna, derecho fundamental

Juan Mendoza-Vega M.D.<sup>1</sup>

Si aprendiéramos a reflexionar sobre la muerte y sobre nuestra propia muerte como lo hacemos sobre otros asuntos importantes de la existencia, los seres humanos no sólo acabaríamos con uno de los motivos mayores de temor y angustia que nos atenazan, sino lograríamos una serenidad indudablemente benéfica y una visión de la vida que nos haría mejores, más aptos para vivirla en paz.

Quien se convence de que la muerte no es una monstruosa anomalía que lo amenaza desde la sombra, sino apenas una parte esencial de la vida misma, pone los cimientos para construir un futuro tranquilo, cuya duración ciertamente desconoce pero al cabo del cual comprende que lo espera el final inevitable y que de él mismo depende el dar a ese final los caracteres que desee, los que sean más acordes con su personal sentido de la existencia.

Llegar al término de nuestros días sin perder los derechos ni la dignidad intrínseca de Ser Humano, conservar hasta el último instante la libertad, la autonomía para decidir sobre todo aquello que nos concierne, exhalar el aliento final en medio de quienes nos aman y aprecian, auxiliados por los beneficios de la Ciencia y los progresos de la Tecnología pero no atropellados en su nombre, es lo que de verdad puede llamarse **morir con dignidad**.

En su condición de “ser social”, el ser humano ha decidido aceptar y respetar ciertos modos de actuar y ciertas limitaciones a sus actos, como medio para tener una relación más armónica con sus semejantes. Por supuesto, cada individuo se com-

promete a respetar para los demás esos derechos y, en reciprocidad justa, espera que a él se le respeten. El derecho a una vida digna es, por obvias razones, fundamental y como la muerte es la última parte de la vida, es posible sin mayores retóricas afirmar que existe como uno de los derechos humanos el de dignidad en la muerte, y exigir que se respete para todos.

Las decisiones sobre nuestra existencia, en ejercicio de la autonomía, deben incluir todo lo relativo a la muerte y al morir. Desde mediados del siglo veinte hay, en muchos países y entre ellos Colombia, documentos con los cuales una persona puede manifestar lo que desea y lo que no desea para cuando se inicien las horas finales de su existencia. Se los ha llamado “voluntades anticipadas”, “testamento vital”, *Living will* en inglés; entre nosotros el más conocido es el que propone la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, DMD, y tiene por título “Esta es mi voluntad”<sup>2</sup>. Como documento civil que firma libre y espontáneamente el ciudadano que así lo desea, tiene plena validez legal y debe ser respetado en todos sus términos tanto por los parientes de la persona como por los médicos e instituciones que lo atiendan.

En términos generales, lo que una persona exige en su documento para el final de la vida no es muy distinto de aquello que se reconoce desde el siglo pasado dentro de los derechos de la persona enferma, derechos que en Colombia están plasmados en una resolución del antiguo Ministerio de Sa-

1. Médico Neurocirujano, Profesor Titular y Emérito del Colegio Mayor de N.S. del Rosario, Facultad de Medicina. Presidente, Federación Mundial de Sociedades del Derecho a Morir, WFRtDS. Presidente, Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, DMD Colombia. Expresidente, Academia Nacional de Medicina. Individuo correspondiente, Academias Colombianas de la Lengua y de Historia.

2. Copia de este documento, así como información sobre DMD, puede obtenerse en el sitio [www.dmd.org.co](http://www.dmd.org.co)

lud y que sigue vigente. Los “cuidados paliativos”, es decir, aquellos tratamientos que ya no buscan curación –porque el avance de la enfermedad ha vuelto imposible ese resultado- sino solamente alivio de síntomas y molestias, no suscitan dudas ni problemas éticos o legales, aun dentro de los más exigentes conceptos religiosos; obligar a alguien, con cualquier pretexto, a soportar el dolor o cualquiera otra clase de sufrimientos, sería actitud inhumana y como tal rechazable desde todo punto de vista; la posición contraria, de buscar la disminución y ojalá desaparición de los sufrimientos o dolores cuando ya no es posible hacer más por ese enfermo, coincide en todo con las mejores tradiciones hipocráticas y con los sentimientos más humanitarios.

La “Limitación de esfuerzos terapéuticos”, LET, que consiste en no iniciar tratamientos que ya no vayan a ser útiles o suspenderlos si ya se habían comenzado a aplicar, es conducta médica que cumple las exigencias de los principios fundamentales de nuestra profesión; con ella se evita el hacer daño, porque no se dan falsas esperanzas que engañen al enfermo o a sus parientes y amigos, no se prolonga innecesariamente la agonía ni se incurre en gastos que no permitirán mejorar las condiciones de ese enfermo. Al obedecer una orden de LET, no se está “practicando eutanasia” porque la limitación no tiene intención de cortar la vida del enfermo, la cual terminará por efecto de las lesiones que padece.

Tal vez la “sedación terminal” puede mostrar menos claridad pero, pese a ello, está igualmente aceptada en los países occidentales; como se sabe, consiste en aplicar a un enfermo que inició el proceso de morir y lo sufre en medio de intensos dolores, la cantidad necesaria de analgésicos para dominar tales dolores, aunque con ello se obnuble o pierda la conciencia y se acorte la agonía al debilitarse el automatismo respiratorio. Acudir a la sedación terminal es ofrecer a un ser humano la hermosa posibilidad de que sus horas finales pasen sin el estrés de un sufrimiento intenso, que sin duda afectaría gravemente no sólo al moribundo mismo sino a cuantos lo rodean, en calidad de parientes, amigos o profesionales tratantes.

Como persona, como médico que ha ejercido por más de cincuenta años una especialidad tan difícil como la Neurocirugía, como estudioso de estos y otros temas de la Ética y la Bioética, considero que entre las posibilidades a que debe tener derecho todo ser humano cuando se acerque el final de su vida debe estar la “Eutanasia”. Con esta palabra debe designarse únicamente el acto de cortar la vida de una persona que lo solicita consciente y reiteradamente, porque sufre de manera intolerable y no hay forma de aliviar ese sufrimiento; en Colombia, según la sentencia de la honorable Corte Constitucional emitida en 1997, la persona debe hallarse además en la etapa final de su vida y el acto debe ser efectuado por un médico. Puede verse sin dificultad que hay tres exigencias indispensables: la solicitud concreta que haga quien va a morir, el intenso sufrimiento que no puede aliviarse, y la intención de cortar esa vida mediante una acción o una omisión adecuadas; si una sola de estas condiciones falta, no se puede hablar de eutanasia. Es apenas lógico aceptar que hay personas cuyas convicciones, generalmente religiosas, les vedan aceptar la eutanasia; su negativa debe ser respetada sin condiciones. Pero igualmente debería ser respetada la posición de quien, no teniendo esas limitaciones por convicciones, prefiera conservar pleno control sobre la última etapa de su vida y escoger con autonomía el momento y el modo de su muerte, tal vez antes de verse reducido a la triste condición de gimiente guiñapo en medio de la angustia impotente de sus seres queridos.

Pero aun quienes rechazan la eutanasia están de acuerdo, no lo dudo, con la afirmación de que **morir con dignidad** es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano; que la sociedad debe respetar y garantizar como muestra elemental de sentimiento humanitario verdadero; que en todos los planes de atención a la salud deben quedar incluidos los cuidados paliativos sin que su reconocimiento exija autorizaciones ni comités especiales, de esos que se inventan como talanqueras para dificultar trámites y gastos en el actual entramado de la famosa Ley Cien.

# De la Eutanasia: la ética, la libertad, la autonomía y el ejercicio médico

César Prieto Ávila M.D.\*

“No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomaré iniciativa de una sujeción de este tipo” Juramento Hipocrático. Siglo V a.C.

Artículo 11. “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”. Artículo 12. “Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. Artículo 18. “Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni obligado a actuar contra su conciencia”. Constitución Política de Colombia. 1991.

“La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual”. Declaración de Principios de la Ley 23 de 1981.

“El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance mientras exista esperanza de aliviar o curar la enfermedad: Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales”. Artículo 13, Ley 23 de 1981.

“El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de tres a seis años”. Artículo 326, Código Penal Colombiano.

“El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana”. “El médico debe velar

con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, aun bajo amenaza y no emplear sus conocimientos para contravenir las leyes humanas”. Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial.

“Cuando el médico ayuda a una persona a poner fin a su vida intencional y deliberadamente, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de rechazar un tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere”. Declaración de la Asociación Médica Mundial. Aprobada en la 44ª Asamblea Médica Mundial. Marbella, España. Septiembre 1992.

La libertad se expresa en el ser humano como la manifestación de su soberana determinación personal; esto es lo que se conoce como la autonomía que consagra y ampara la Constitución Nacional y está implícita en las decisiones que toma quien se somete a un tratamiento médico.

“En el caso de tratamientos médicos la libertad individual debe ser preservada, aun si el enfermo toma una decisión imprudente o en perjuicio de su salud y no permitiría desconocerla en aquellos eventos en los cuales el médico considera que el paciente ha tomado una opción equivocada”. Sentencia Corte Constitucional T-401/94. En este último caso se debe haber cumplido el artículo 16 de la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica) que consagra la obligación del médico de mantener informado a su paciente en forma completa y precisa, siem-

\* Presidente del Colegio Médico del Valle del Cauca. Vicepresidente de la Federación Médica Colombiana.

pre que sea posible, sobre su condición de salud, opciones de tratamiento, sus complicaciones y sus secuelas

“La Junta Directiva y el Consejo de Presidentes de la Federación Médica Colombiana consideran que por ser para el médico la defensa de la vida y la salud su papel principal, no acepta la eutanasia activa ni pasiva como método para aliviar el presunto sufrimiento del paciente, pues está de acuerdo con que la vida es el principio fundamental” Declaración aprobada en Medellín el 2 de agosto de 1997.

Con todo este bagaje de antecedentes con los cuales se ve claramente la complejidad del asunto, sin adentrarnos, a propósito, en los campos que lo complican aun más, como son la filosofía y la religión, haremos una aproximación al tema de la eutanasia con una serie de precisiones importantes, para definir un marco conceptual y así poder centrarnos en el campo que nos compete: el humanista, en el cual el hombre como ser mortal debe dar inexorablemente el paso de la vida a la muerte y ese es el concepto etimológico de la palabra eutanasia: **muerte normal**.

La eutanasia se entiende corrientemente como un comportamiento mediante el cual, por razones humanitarias relacionadas con el sufrimiento o la calidad de vida, se provoca intencionalmente la muerte de una persona, sea mediante acción directa (ACTIVA) con la producción o la anticipación de la muerte, o por omisión (PASIVA) cuando no se intenta detenerla, debido a cualquier evento que cause en el paciente un gran dolor físico o moral. La eutanasia pasiva puede ser PASIVA ABSOLUTA cuando no se le suministran al paciente ni siquiera elementos básicos de supervivencia como líquidos o alimentación, o PASIVA RELATIVA cuando se administran estos elementos básicos, y en caso de eventos más críticos en el proceso de la enfermedad no se efectúan maniobras para tratar de reanimarlo o prolongarle la vida.

La ortotanasia es el comportamiento en el cual no se utilizan tratamientos vigorosos, o de grandes reacciones secundarias, o demasiado costosos en pacientes críticos o en estado terminal cuando las posibilidades de recuperación son mínimas. Se acepta el curso de la enfermedad hacia la muerte.

La distanasia es el comportamiento en el cual se prolonga la vida o la agonía de un paciente crítico o terminal en forma innecesaria, inhumana e

ilógica, a cualquier costo (monetario, físico o emocional).

La definición más biológica de vida es aquella que la considera como un estado de organización de la materia caracterizado por un conjunto de fenómenos denominados funciones, en continua interacción con el entorno, que permiten el desarrollo acorde con la esencia típica de cada especie. Esto es, posibilitan las capacidades inherentes a su esencia, como crecimiento, desarrollo y reproducción. Pero la vida humana involucra, además de estas nociones puramente orgánicas, la voluntad, la libertad, la conciencia y aun el bienestar.

No hay una definición clara ni correctamente expresada de qué es la muerte, y se sigue utilizando la definición en forma negativa y simple: muerte es lo contrario a la vida. La definición médico-legal es la detención del proceso que preserva la integridad física del cuerpo, lo que implica a su vez la detención del proceso de la vida, y como tal es una secuencia de hechos que culmina en la cesación de las funciones fisiológicas. Los médicos y abogados forenses confirman la muerte cuando se comprueba la extinción de las funciones nerviosas, las funciones circulatorias y las funciones respiratorias. El término **agonía** se entiende como sinónimo de combate o de lucha, aunque no necesariamente termine en victoria; es simplemente la última etapa del ciclo vital.

Sin entrar en disquisiciones teológicas o filosóficas con respecto al alma, se ha aceptado que es el cerebro el órgano que puede definir la muerte biológica y, por consiguiente, se entiende que la vida de un ser humano termina cuando el cerebro deja de funcionar en forma irreversible; es el punto de no retorno, lo que se conoce como **muerte cerebral**, el momento biológico en el cual un tratamiento para revertir las condiciones biológicas puede atentar contra la voluntad del paciente o crear en la familia falsas expectativas con costos monetarios y emocionales no justificables. La muerte biológica total es la extinción de la actividad de todas las unidades funcionantes del organismo, las células, y es solamente cuestión de tiempo.

Un enfermo terminal es aquella persona que padece una enfermedad que a la luz de los conocimientos científicos actuales y la tecnología disponible no es susceptible de curación y entra en un proceso de deterioro progresivo de sus funciones

orgánicas que lo conducirá irremediabilmente hacia la muerte en un periodo no muy largo.

La gran diferencia entre un enfermo terminal y un enfermo crítico es que en este último su estado, a pesar de ser crítico por un accidente o un proceso de enfermedad grave, es susceptible de recuperación. En este caso las unidades de cuidado intensivo e intermedio, con toda su tecnología, son las encargadas de revertir la situación crítica y ayudar a los médicos a devolver al paciente a unas condiciones de vida, si no plenas, por lo menos las mejores tanto para el paciente como para su familia.

Un enfermo en estado vegetativo es aquella persona que pierde en forma irreversible la capacidad de conciencia de sí misma y de su entorno, sin posibilidades de recuperación, independiente de si todavía existe algún tipo de actividad cerebral manifestada por movimientos reflejos o por ondas eléctricas en el encefalograma.

### **¿Estamos preparados para morir?**

Creo que no es fácil evaluar qué cambios ha tenido y con qué rapidez la forma de pensar y de sentir en nuestra sociedad, cuán profundamente se han transformado los valores, los paradigmas que nosotros conocimos; cómo ha cambiado la forma de visualizar la vida en forma individual y colectiva con el advenimiento del culto a la belleza, al placer, a lo *light*, y el rechazo a todo lo que no sea bello y al sufrimiento y con mayor razón a la muerte, a la que se ha tratado de sacar de nuestras vidas quitándole su lugar y desplazándola al último rincón de nuestra mente, hasta cuando ciertas situaciones y hechos naturales, por ser simples mortales, aparecen y vuelven a validarla.

Hasta hace poco, cuando el paciente estaba en estado crítico era llevado a su casa, donde se reunía la familia. Se trataba de dejar organizado el grupo familiar de la mejor manera posible; se pedía y se concedía el perdón, con lo cual paciente y familia quedaban en un estado de armonía y esto tranquilizaba al enfermo, el cual hacía su tránsito hacia la muerte en forma apacible, contando con el apoyo y el calor de su familia. Ahora se le ha quitado ese derecho al paciente y se le condena a morir en un medio frío, sin el cariño de su familia, en la cama de un centro hospitalario.

Y esto lo hemos visto con los cambios vertiginosos en nuestras costumbres sociales: del ritual

respetuoso y ceremonioso con los familiares del difunto, la usanza del luto, el acompañamiento al duelo, etc., se ha pasado a una actitud de frialdad, casi de indiferencia, en la que se evita el tema o se sale del compromiso social lo más rápido posible.

El enfermo debe durar hospitalizado el mayor tiempo que se pueda; se delega su cuidado y atención en el personal médico y sanitario y si fallece allí mucho mejor; se acabaron el velorio y las costumbres religiosas en casa; el cadáver pasa a la mayor brevedad posible a una sala de velación en la que se delega igualmente la atención de los visitantes y el cuidado del difunto, quien de allí es llevado a una capilla y a un horno crematorio para que desaparezcan rápidamente las evidencias del sufrimiento.

### **¿Y los derechos del paciente?**

Como una premisa fundamental, o si se quiere, como corolario de los conceptos expresados hasta ahora, debemos dejar claramente establecido que es el paciente en su real saber y entender el único responsable y dueño de su vida, en ejercicio de su autonomía.

El deber del médico ante un paciente con una enfermedad terminal, intenso sufrimiento e irreversible proceso de su dolencia es, como en todos los actos médicos que realice, mantener informado al paciente sobre su condición de salud, las opciones terapéuticas existentes y disponibles, las secuelas que de estas opciones se deriven y los costos, procurando de esta manera que el paciente pueda procesar esa información con el objeto de llegar a una determinación responsable, la cual debe ser respetada independientemente de si el médico o sus familiares están de acuerdo o no con ella.

Se exceptúan, claro está, aquellas situaciones en las que el paciente no tiene capacidad de decidir por causas orgánicas (inconsciencia, inmadurez) o por otros factores (presiones familiares, creencias religiosas), o tiene disminuida dicha capacidad y puede ser inducido a error en el procesamiento mental de la información y terminar en decisiones equivocadas.

En aquellos casos de consentimientos o solitudes previos firmados por los pacientes, es indispensable estar seguros de que el paciente firmó esa solicitud consciente, libre y responsablemente y no es producto de un momento emocional, inducido o coyuntural, o lo hizo sin la debida información

en las condiciones anteriormente anotadas y puede ser susceptible de retractarse, con lo que el médico puede resultar involucrado en problemas legales serios.

De todas maneras, con los elementos de juicio actuales la práctica de la eutanasia va en contravía del ordenamiento jurídico del país, de la estructura ética y de la conciencia de los médicos, por lo que obviamente no podemos aprobarla, pero tampoco podemos permitir que nos señalen como únicos responsables de una decisión de esa naturaleza y así debe quedar claramente establecido, escrito y firmado en la historia clínica para evitarse problemas de tipo jurídico y ético en aquellos casos en que tengamos que intervenir.

Es claro, entonces, que el respeto por la decisión del paciente en condiciones terminales, sin esperanza de recuperación, debe llevarnos a defender el derecho del paciente a morir dignamente, pues ello se constituye en una clara manifestación de respeto a la dignidad humana; pero es igualmen-

te claro que existen los derechos, la dignidad y la autonomía del médico que no deben nunca violentarse por la voluntad de un paciente o de su familia que quiere disponer de su vida y obligar al médico a actuar contra su propia conciencia.

## **Bibliografía**

- Guzmán F, Franco E, Saavedra E. Derecho Médico Colombiano. Elementos Básicos. Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria. Tomo I. Departamento de Publicaciones. Universidad Libre. Bogotá. 2006.
- Guzmán F, Franco E. Muerte humana. Derecho Médico Colombiano. Tomo I. Responsabilidad Civil Médica. Biblioteca Jurídica Diké. Medellín. 2004.
- Coronado T. El respeto a la vida. Crónicas Ético-Médicas. Editorial Antillas. Barranquilla. 2003.
- Guzmán F, González N. Eutanasia: Reflexiones éticas, jurídicas y filosóficas. Heraldo Médico. Vol. XXII. Septiembre 1997.



# Sobre la calidad de vida de los profesionales médicos en Cali

Néstor Harry Amorocho P.\*

## Justificación

Recientemente fui invitado a participar en un foro sobre dignidad humana y calidad de vida de los profesionales y trabajadores de la salud<sup>1</sup>. El tema me interesó y recordé que en el TEMV (Tribunal de Ética Médica del Valle) alguna vez tratamos sobre el síndrome de Burnout. Freudenberg (1974) define el Burnout como un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas (síndrome de desgaste profesional). Con base en un documento que consulté<sup>2</sup> y en otros que llegaron a mis manos hilvané mi presentación como panelista del foro. A partir de allí decidí ahondar más en el tema y encontré artículos en la literatura que trataban el problema específicamente en Cali, lo cual me brindó material para este artículo de revisión.

## Introducción

El sistema general de seguridad social en salud, SGSSS, plantea la necesidad de lograr la cobertura universal en salud de toda la población y crear un ambiente desmonopolizado para la libre competencia entre las empresas prestadoras de servicios de salud y la libre elección de los usuarios de las que consideren más convenientes; además establece las formas y los mecanismos de la captación del

recurso económico y su distribución, y la forma de vinculación de la población a los organismos encargados de prestar atención médica, pero deja a voluntad de las empresas promotoras de salud (EPS) y de las instituciones prestadoras de salud (IPS) la libre contratación de las personas encargadas de prestar estos servicios (personal médico y paramédico), lo cual las coloca en situación de total desprotección ante el libre juego del mercado de la oferta y la demanda y permite que se genere una práctica que desestimula en muchos casos la dedicación y preparación de las personas que tienen la responsabilidad real e inmediata de la atención de los pacientes y el logro de la recuperación de su salud y bienestar.<sup>3</sup>

## Trabajos relacionados y consultados

### *Sobre demandas a los médicos*

Publicamos en *Tribuna Ética Médica* “Por qué demandan a los médicos ante el Tribunal de Ética Médica”, un trabajo de revisión de casos en el cual se analizó la base de datos del TEMV, ante la imposibilidad de encontrar una base de datos que permitiera calcular tasas que midieran el riesgo de cometer errores en el ejercicio profesional, sobre quejas instauradas y archivadas y procesos disciplinarios

\* Magistrado Presidente Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

1. Foro Dignidad humana y calidad de vida de los profesionales y trabajadores de la salud. Asamblea del Valle del Cauca. Organiza Guillermina Bravo Montaña, Diputada del Valle del Cauca. 27 de mayo de 2009.
2. Ana María Arón, Ph.D. María Teresa Llanos. Cuidar a los que cuidan de quiénes que trabajan con violencia. [acosomoral.org/](http://acosomoral.org/)
3. Gómez G. Jesús J. La práctica médica actual, un estudio exploratorio en la ciudad de Cali. UniValle Escuela de Salud Pública. Tesis grado Magister. /2005.

durante el quinquenio 2000 – 2004.<sup>4</sup> El análisis de los datos se organizó para responder fundamentalmente a tres preguntas: 1) Por qué demandan a los médicos en el departamento del Valle del Cauca; 2) Cuáles son los médicos más demandados en el ejercicio de su profesión; 3) Quiénes demandan a los médicos.

Como resultado de la investigación, tras la aplicación de la Ley 23 de 1981, normas sobre ética médica, fueron sancionados disciplinariamente 75 profesionales (34.2%) de un total de 219 investigados y por ello recibieron amonestaciones y censuras y fueron suspendidos del ejercicio profesional, de acuerdo con el fallo del Tribunal.

1) ¿Por qué demandan a los médicos en el Valle del Cauca? Principalmente por fallas en la relación médico-paciente que denotan distanciamiento y frialdad del profesional con el enfermo y su núcleo familiar y poco acatamiento y respeto a las normas de procedimiento clínico - administrativas. De hecho el 80% de las infracciones se concentraron en los artículos 3° al 26 y 33 al 41 de la Ley 23/81.

2) ¿Cuáles son los médicos más demandados? Aquellos que laboran en Medicina General, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia y Anestesiología. En efecto, el 80.8% de las demandas fueron de pacientes atendidos por profesionales ubicados en estas áreas. El 39.7% de estos galenos son médicos generales.

Nótese que son estas disciplinas las que exigen, además del conocimiento, una gran destreza y habilidad para realizar una práctica médica eficaz, de conformidad con la **Lex Artis**.

En estas disciplinas, la mayoría de los errores médicos se cometen no por **impericia** sino por **imprudencia**, la cual con frecuencia conduce a la **negligencia** u **omisión** de lo que debió hacerse.

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

A partir de los resultados de esta publicación nos pareció que debíamos analizar más a fondo las causas de error médico para no quedarnos solo con la justificación de la sentencia o fallo del Tribunal, y conocer las circunstancias del qué, el cómo y el dónde como adjuntos a los determinantes de la culpa médica (imprudencia, negligencia, impericia, inobservancia del reglamento), que entraría a formar parte adicional de las causas de eventos adversos, y por ello consultamos otros estudios relacionados con la forma de trabajar de los médicos en entrenamiento de postgrado y de los médicos en ejercicio profesional en quienes se identificó que sufrían el síndrome de Burnout.<sup>5</sup>

### ***Sobre el síndrome de desgaste profesional (SDP)***

El síndrome de Burnout, también llamado síndrome de “estar quemado” o de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada del estrés profesional y se produce cuando hay un desequilibrio entre las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario.

Este síndrome es un mal invisible que incide directamente en la calidad de vida y fue descrito por Maslach y Jackson en 1986 como un cuadro de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal que afecta a individuos que trabajan con personas y se caracteriza por incapacidad de establecer el contacto emocional necesario para la realización satisfactoria del trabajo (despersonalización).

Para el médico afectado los pacientes dejan de ser personas con sentimientos para convertirse en casos clínicos. Predominan en él actitudes negativas, insensibilidad y cinismo hacia quienes reciben sus servicios y hacia sus compañeros de trabajo o familiares (deshumanización), sufre irritabilidad y pérdida de motivación; baja su productividad laboral y muestra moral baja, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés ambiental; distanciamiento emocional, sentimiento de soledad, impotencia, apatía, hostilidad, suspicacia, irritabilidad, somatizaciones (gastro-intestinales, cardiovasculares, respiratorias, inmunológicas, afectaciones sexuales, musculares, del sistema nervioso, etc.).

4. Amorocho N.H., Guzmán G. Ney. “Por qué demandan a los médicos ante el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. Rev. Tribuna Ética Médica. Vol.3 No 1/2008

5. García, P.E., y Musa, Marcela. Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Septiembre de 2006, [cdnp.org.do/.../GarciaMusa\\_SindromeBurnoutEnMedicosResidentesSalvadorBGautier.ppt](http://cdnp.org.do/.../GarciaMusa_SindromeBurnoutEnMedicosResidentesSalvadorBGautier.ppt)

### **Estudio comparativo sobre SDP en Norteamérica**

Un estudio realizado en residentes de medicina interna de la Universidad de Washington<sup>6</sup> encontró una prevalencia de 76% de desgaste profesional, con autopercepción de una menor calidad en el cuidado profesional de los pacientes al compararlo con los residentes no afectados (53% vs. 21%) y estableció que el componente de despersonalización era el más significativo. Otros estudios<sup>7,8</sup> observaron 7.1% de desgaste emocional, 17.8% de despersonalización y 23.2% de baja realización personal. El ambiente laboral caracterizado por una pobre comunicación entre el personal del hospital, falta de recursos, pobre autopercepción de proficiencia técnica y de capacidad de cuidar a otros, es factor asociado con la presencia del SDP<sup>9</sup>.

### **Estudio en la Universidad del Valle, Cali.**

En un estudio publicado en el año 2008 (*Colombia Médica*),<sup>10</sup> descriptivo transversal, mediante encuesta anónima se evaluaron aspectos de funcionalidad familiar y la presencia e intensidad del síndrome de desgaste profesional. Se evaluó a 150 médicos (63 internos y 87 residentes) sin diferencias sociodemográficas entre internos y residentes, de los cuales 63 (42%) ejercían especialidades clínicas y 42 (28%) eran residentes que pertenecían a especialidades quirúrgicas.

La prueba de desgaste profesional de Maslach (MBI)<sup>11</sup> se aplicó para evaluar la variable dependiente SDP. Las variables independientes fueron las sociodemográficas y la funcionalidad familiar caracterizada con el APGAR Familiar, que evalúa la percepción que tiene la persona acerca del funcionamiento de su familia.<sup>12</sup>

El SDP es un trastorno adaptativo crónico que se asocia con el inadecuado manejo de las demandas psicológicas del trabajo; altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales.

Se identifican como componentes del síndrome:

1. Agotamiento emocional, caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización, caracterizada por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.
3. Falta de realización personal, que se caracteriza por la percepción del trabajo en forma negativa. Los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

Según los autores del estudio el SDP se observó en 128 (85.3%) médicos incluidos en el estudio con intensidades entre moderada y aguda. No hubo diferencia estadística sobre intensidad del síndrome entre internos y residentes clínicos o quirúrgicos, ni tampoco por el sexo, la procedencia y el estrato socioeconómico. Se detectó mayor frecuencia de la etnia afrocolombiana y las parejas estables (casados, unión libre) en el grupo de médicos residentes.

El análisis estadístico bivariable no mostró asociación significativa entre el SDP y las variables sociodemográficas y el número de horas recreativas o de trabajo médico, el estado civil, el nivel académico, la etnia y el tipo y nivel de entrenamiento.

Se observó que 60.7% de médicos que presentaban disfunción familiar también mostraban SDP

6. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136: 358-367.

7. Clark S. Why do people become doctors and what can go wrong? *BMJ* 2000; 320: 7241-7246.

8. Johnson J, Wagner R, Rueger R, Goepfert H. Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey. *Head Neck* 1993; 15: 557-560.

9. Bohle A, Baumgartel M, Gotz M, Muller E, Jocham D. Burnout of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. *J Urol* 2001; 165: 1158-1161.

10. César A. Guevara.; Diana P. Henao.; Julián A. Herrera.; Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002*

11. Maslach C. Burned-out. *Can J Psych* 1979; 6: 5-9.

12. Thommasen H, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinion of physicians of rural British Columbia. *Can Fam Phys* 2001; 47: 737-744.

de moderado a alto. El desgaste profesional, de acuerdo con lo descrito en la literatura, puede generar problemas familiares, que a su vez generan más desgaste profesional.<sup>13,14</sup>

A su vez, el tipo de disfunción familiar se asoció con el tipo de SDP y el número de turnos semanales se asoció significativamente con el desgaste profesional.

Se observó que 76% de los médicos incluidos en el estudio presentaban desgaste emocional entre moderado y agudo; 60%, despersonalización y 50%, alta realización personal, sin diferencias estadísticas entre internos, residentes clínicos o quirúrgicos.

“Las consecuencias del SDP son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y/o farmacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos”.

Por último los autores concluyen así: “...los médicos internos y residentes tienen aproximadamente 80% de la carga asistencial de la institución, la falta de descanso, la ausencia de remuneración por el trabajo realizado, la disminución gradual en beneficios económicos gubernamentales, la irregularidad en la alimentación, entre otros. Estas características en los programas de residencias podrían explicar la mayor prevalencia de SDP profesional en los internos y residentes de la institución. Es necesario más investigación que permita establecer relaciones de causalidad para proponer acciones que disminuyan el efecto negativo del mismo tanto en médicos en entrenamiento como en pacientes”.

Esta enfermedad, con una clara presencia en el ámbito laboral, no está reconocida por la legislación laboral y lógicamente lograr unas organizaciones sin SDP puede parecernos una utopía, pero tenemos que trabajar para que esta dolencia aparezca lo menos posible en nuestras empresas del sector salud para que no se convierta en una de las enfermedades profesionales del siglo XXI.

### ***Sobre la práctica médica y la relación laboral***

Para optar al título de Magíster en Salud Pública de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, el odontólogo Jesús Julio Gómez G. presentó un estudio<sup>15</sup> cuyo propósito es arrojar luces sobre el estado de satisfacción de los médicos que trabajan en el SGSSS y cuánto de ello se debe a las presiones del negocio de la salud facilitada por las disposiciones legales de la Ley 100 y sus decretos reglamentarios .

Gómez G. justifica su estudio en la inconformidad y queja permanentes de los médicos por las condiciones en que se encuentran, lo que hace necesario investigar las condiciones socio-afectivas, económicas y laborales contractuales de los profesionales de la medicina.

Pretende el estudio identificar mediante una encuesta: Características psicosociales en que se encuentran los profesionales médicos, el grado de satisfacción, las condiciones en que ejercen y la manera como se ve afectada su condición personal frente a la relación de pareja y su vida familiar; la opinión de los profesionales sobre la capacidad resolutive de los problemas que se presentan en los servicios donde ejercen; calidad de la atención médica de acuerdo con el tiempo dedicado al paciente; autonomía para aplicar su criterio en ayudas diagnósticas y prescripción de medicamentos.

La no existencia de una base de datos sobre población médica, tal como sucedió en nuestro estudio,<sup>16</sup> hizo que el autor trabajara sobre una muestra de 240 médicos de los cuales sólo 78 (32.5 %) respondieron la encuesta. Para los 162 que no contestaron se encontraron, entre otras, como razones: sin explicación, 86 (53.1 %); dirección errada, 18 (11.1%); temor a represalias, 17 (10.5%); no desea contestar, 13 (8.0%); no tiene tiempo para contestar, 11 (6.8%).

Se podría pensar, por la forma de actuar de este grupo, que padece de una o más formas de SDP.

Los que contestaron la encuesta manifestaron: El 78.2 % de ellos, a pesar de jornadas laborales superiores a ocho horas, no se sienten bien remu-

13. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario en salud. *Colomb Med* 1994; 25: 26-28.

14. Cebriá J, Segura S, Corbella P. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten. Primaria* 2001; 27: 459-468

15. Gómez G. Jesús J. La práctica médica actual, un estudio exploratorio en la ciudad de Cali. Univalle Escuela de Salud Pública. Tesis de grado en Magíster. /2005

16. Amorocho, N.H., Guzmán, G. Ney.; Por qué demandan a los médicos ante el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca. *Rev. Tribuna Ética Médica*. Vol.3 No 1/2008.

nerados; ingresos no satisfacen sus necesidades y las de su familia, 53.8%; no cuentan con crédito de la empleadora para vivienda, 68%; no tiene crédito educativo para él y su familia, 74.3%; el 46% no tienen prestaciones sociales. Todas las respuestas son cifras estadísticamente significativas.

Sobre otros aspectos psicosociales respondieron, en cifras relevantes, el cuestionario y entre las respuestas el autor encontró algunas como estas: Siente que su jornada de trabajo es estresante, 60.2%; con frecuencia quisiera hacer muchos cambios y no sabe por dónde empezar, 57.7%; se siente con frecuencia más cansado de lo que debiera estar con su trabajo, 56.4%; se siente culpable o responsable de lo que pueda pasar a su paciente, 50.0%; siente con frecuencia que, no importa lo que haga, todo sigue igual, 46.2%; se siente con frecuencia solo luchando contra el mundo, 39.7%; está con frecuencia preocupado e irritable, 39.7%.

Empiezo a creer que voy encontrando nuevas causas del SDP a medida que reviso los trabajos propuestos y a la vez hallo otros elementos como el que corresponde a la insatisfacción por la remuneración recibida por los médicos en su ejercicio profesional, con el modelo impuesto por la Ley 100, y no como anteriormente vimos en el estudio de los residentes e internos del HUV, que asociaba el SDP a la disfunción familiar y ésta a aquél. Este elemento, la disfunción familiar, no se incluyó en esta encuesta.

Es interesante y cabe anotar que, igual que los internos y residentes, los médicos en ejercicio según el estudio en cuestión perciben que la atención que recibe el paciente es susceptible de mejorar, 76.9%; la atención que recibe el paciente no satisface todas sus necesidades, 57.7%; siente culpabilidad o responsabilidad de lo malo que puede pasar al paciente, 50.0%. Además, se suma la relación empleador-empleado o contratado según la percepción del profesional así: No puede ordenar cualquier medicamento al paciente, 56.4%; tiene restricción para ordenar exámenes complementarios, 55.1%; no puede ordenar cualquier tipo de examen al paciente, 41.0%; la institución lo hace responsable por resultados de estas restricciones en sus pacientes, 41.0%; el 30.8% considera que la institución lo obliga a transgredir su ética profesional.

Con todo, el 77% de los médicos creen que estas circunstancias son susceptibles de corregirse con la concertación de médicos empleados y empleadores.<sup>17</sup>

### ***Sobre las relaciones laborales en el sector de la salud***

La reestructuración en procesos de productividad y globalización trajo como consecuencia modificaciones en las formas de trabajo y específicamente en el sector de los servicios de salud con manifestaciones notorias en los países latinoamericanos.

El desarrollo de los recursos humanos en salud es condición indispensable para el funcionamiento de un sistema de salud, el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y la prestación de servicios de salud. Este desarrollo incluye una adecuada regulación de los mercados laborales y de gestión de la fuerza de trabajo en salud. El observatorio de recursos humanos en salud, iniciativa de OPS liderada en Colombia por el ministerio de la Protección Social, ha promovido la realización de estudios locales, nacionales y regionales que den cuenta de las transformaciones que han venido ocurriendo en el mundo del trabajo y sus repercusiones sobre los recursos humanos del sector salud, con el fin de obtener información que le permita apoyar el diseño de políticas tendientes a impactar positivamente, entre otros aspectos, en las condiciones de trabajo de este personal. En este marco se realizó un estudio de casos exploratorio, con el fin de identificar las características de la flexibilización laboral en instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas de la ciudad de Cali, específicamente en lo relacionado con formas de contratación, estrategias de remuneración e incentivos y relaciones colectivas entre los profesionales de enfermería, medicina, trabajo social, bacteriología, odontología y terapia física.

En la Universidad del Valle se realizó un estudio descriptivo con información cuantitativa proveniente de la base de datos de personal y /o de la nómina de salarios de las instituciones participantes y se utilizaron las técnicas de recolección de información cuantitativa.

17. Gómez G. Jesús J. La práctica médica actual, un estudio exploratorio en la ciudad de Cali. Univalle Escuela de Salud Pública. Tesis de grado en Magister /2005.

Los resultados del estudio indican que se está frente a una disminución del salario de base y un aumento del salario variable, tercerización de la relación laboral, inestabilidad en el empleo, contratación temporal y pérdida o disminución de las garantías laborales. Los cambios en las relaciones contractuales están afectando de manera negativa la organización de los trabajadores de la salud.<sup>18</sup>

### ***Reflexiones sobre dignidad humana y calidad de vida de los profesionales y trabajadores de la salud***

El foro al cual me referí al principio de este escrito<sup>19</sup> dejó planteado un proyecto para la construcción social de un Manifiesto por la Dignidad Humana y la Calidad de Vida de los Trabajadores y Estudiantes de la Salud, que una vez consolidado serviría de fundamento a un proyecto de ley que se presentaría al Congreso. El manifiesto en cuestión se elaboró con base en una encuesta sobre las condiciones en que desarrollan su labor y cómo se forman los trabajadores y estudiantes de la salud.

Quienes participaran espontánea y libremente debían manifestar su acuerdo o desacuerdo con los siguientes puntos:

- 1- Que las condiciones en que los trabajadores y estudiantes de la salud realizan su labor inciden en la calidad de vida y la dignidad humana de ellos mismos y de toda persona que accede a sus servicios.
- 2- Que la remuneración de los trabajadores de la salud debe ser consistente con sus necesidades, con su formación, con su carga de trabajo y con el flujo de recursos que de forma considerable aportamos los colombianos al sistema de salud.
- 3- Que los estudiantes de la salud (internos rurales y residentes) tienen una doble condición, como sujetos en formación y en práctica laboral.
- 4- Que la práctica laboral realizada por los estudiantes debe ser remunerada por las instituciones a las que prestan sus servicios.
- 5- Que el control ciudadano de la salud debe ser realizado por veedurías ciudadanas con regulación especial y podrán requerir toda clase de información de las EPS, IPS y ARS. Acompañar al paciente, con su autorización, en las consultas y procedimientos de salud.  
Acompañar a los trabajadores y estudiantes de la salud para propugnar, frente a terceros, el respeto de sus derechos.
- 6- Hacer uso de los medios de comunicación, con franjas obligatorias semanales y gratuitas en televisión, radio e Internet para señalar los aspectos deficientes y denunciar la vulneración de los derechos de trabajadores y estudiantes de la salud, las entidades que los generan o se involucran en ello y las propuestas de solución, así como la gestión y eficacia de la Superintendencia de Salud.  
Promover la integración de trabajadores y estudiantes de la salud para proceder frente a situaciones de vulneración de los derechos de sus colegas.<sup>20</sup>

El autor hizo el seguimiento a las pretensiones que durante la realización del foro crearon expectativa para conocer su posible impacto, evolución y resultados. Al indagar sobre qué había pasado recibió información de uno de los organizadores. La encuesta fue tabulada y como consecuencia de los resultados cursa en el Congreso de la República un proyecto de ley del cual toma algunos apartes.

### **Proyecto de ley que contribuye al fortalecimiento de las condiciones laborales y humanas de los trabajadores y profesionales de la salud**

#### ***Sobre la exposición de motivos***

Actualmente son más de 43.000 los médicos generales, lo que representa el 72% de los médicos en Colombia. Trabajan mediante contrataciones injustas e intermediación de la vinculación del recurso humano.

18. Arias, C, Liliana., Llanos, C, Manuel. Observatorio de Recursos Humanos en Salud Nodo del Sur Occidente. Universidad del Valle. Relaciones laborales en el sector salud. El sistema general de seguridad social en salud en Colombia. El caso de la ciudad de Cali.

19. Foro Dignidad humana y calidad de vida de los profesionales y trabajadores de la salud. Asamblea del Valle del Cauca. Organiza Guillermina Bravo Montaño, diputada del Valle del Cauca. 27 de mayo de 2009. (Idem 1)

20. (Idem. 19)

Según los estudios de la Organización de Médicos Generales, desde 2001 los médicos en el país pasaron de estar en su mayoría en estratos 4 y 5 (57.7%) a hacer parte de los estratos 3 y 4 en la misma proporción. Mientras en promedio devengaban \$3'500.000, hoy más de la mitad gana menos de \$2.800.000. También se observa que al 15% se le paga por horas, al 11% se le paga por honorarios, al 6% se le paga por paciente atendido. Diez horas diarias trabajan en promedio. Al mes cada uno hace ocho turnos nocturnos, pero algunos llegan a tener jornadas de 36 horas seguidas.<sup>21</sup>

“Los médicos en Colombia no tienen un salario justo; más del 63% de ellos gana menos de \$2'500.000, cifra que se encuentra por debajo de los estándares de países como Paraguay, República Dominicana y España. En República Dominicana el salario mínimo para los médicos es 80 mil pesos dominicanos; en pesos colombianos esta cifra corresponde a \$ 5'240.655. En Paraguay el salario para médicos en las zonas rurales es de 9.000.000 de guaraníes, lo que en pesos colombianos asciende a \$4.215.456”.<sup>22</sup>

“Lo cierto es que el 56% de los médicos trabajan un mayor número de horas que las permitidas por la ley laboral general (192 horas mensuales de trabajo). Los médicos laboran desde una semana más de trabajo por cada mes hasta cuatro semanas más de trabajo por mes. ¿Qué se pone en riesgo con esta situación? La salud de los médicos y la de todos los colombianos y colombianas, ya que esta extensión de horarios propicia, entre otros, el error médico por culpa de la fatiga.

El Ministerio de Protección Social no lleva un registro unificado de esos errores y “la Dirección General de Calidad de Servicios de este Ministerio viene trabajando en la recolección de datos sobre eventos adversos, los cuales no identifican los errores por procedimiento médico. Esta información la maneja cada prestador de servicios de salud”.<sup>23</sup>

### **Artículos de la ley propuesta**

La ley consta de ocho artículos que se resumen así:

Art. 1.- Además del enunciado del proyecto de ley, propone generar información completa y actualizada del talento humano en salud y propender al seguimiento y control de la calidad de los servicios de salud.

Art. 2.- **Principios que regulan el régimen de vinculación de los estudiantes, trabajadores y profesionales de la salud.** Son principios que regulan y rigen el régimen de vinculación de los estudiantes, trabajadores y profesionales de la salud: **Autonomía profesional. Reconocimiento mutuo. Méritos. Retribución justa. Seguridad laboral. Estabilidad laboral. Ética. Integralidad. Concertación. Interés público.**

Art. 3.- **Régimen especial para los estudiantes, trabajadores y profesionales de la salud.**

Art. 4.- **Veedurías de la salud** (Las establecidas por la Ley 850 de 2003).

Art. 5.- **Programa de Auditorías de la Salud.**

Art. 6.- **Apoyo de sostenimiento mensual para estudiantes.**

Art. 7.- **Propone modificación del artículo 23 de la Ley 1164/ 2008, Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud e información sobre sanciones de los TEM.**

Art. 8.- **Vigencia.**

### **A manera de corolario**

El autor hace una revisión de artículos a partir de un trabajo del TEMV, publicado en *Tribuna Ética Médica*, que relacionado con un foro sobre dignidad humana y calidad de vida de los profesionales de la salud, al cual fue invitado, le creó la motivación para investigar más sobre el tema y así aparecen otros aspectos relacionados como el síndrome de Burnout o de desgaste profesional (SDP) en internos y residentes del Hospital Universitario del Valle; un estudio exploratorio sobre la práctica médica actual en Cali, y otro que analiza, desde un observatorio de la Universidad del Valle, las relaciones laborales en el sector salud y el SGSSS en la ciudad de Cali. El autor observa que hay correlación, en términos generales, que permiten identificar el SDP, la forma

21. Gloria Stella Díaz Ortiz, representante a la Cámara por Bogotá. Alexandra Moreno Piraquive, senadora de la República. Manuel Virgúez P., senador de la República

22. [http://www.elcomerciodigital.com/prensa/20061103/asturias/medico-anos-antiguedad-pasara\\_20061103.html](http://www.elcomerciodigital.com/prensa/20061103/asturias/medico-anos-antiguedad-pasara_20061103.html)

23 Luis Carlos Ortiz Monsalve. Ministerio de la Protección Social. Información Talento Humano en Salud. Radicado 204485 de 6/ 07/09.

de trabajo y la insatisfacción y frustración laboral en internos y residentes, que se repiten en los médicos ya en ejercicio profesional como causas de fondo que convertidas en factores determinantes de culpa médica (negligencia, imprudencia, inobservancia de reglamentos) los pueden comprometer en procesos éticos disciplinarios manejados en los Tribunales de Ética. Además, la investigación de la Universidad del Valle desde el observatorio confirma que las condiciones laborales y salariales de los profesionales médicos no son satisfactorias y se sienten sometidos a presiones en el desempeño de su trabajo.

Por último, encuentra que quienes participaron en el foro ya mencionado concordaron que las organizaciones de médicos en formación, médicos en ejercicio y empleados de la salud, en un frente unido, pueden permear la estructura política del país y hacer que se presente un proyecto de ley que, en opinión del autor, debe ser respaldado por las organizaciones médicas de tipo colegiado para que en el debate se logre su aprobación y curse como una ley que mejore las condiciones laborales y humanas de los trabajadores y profesionales de la salud.



# Cómo reducir a justas proporciones el concepto error médico

## La práctica médica, una obligación de medio

Augusto Cuéllar Rodríguez\*

La Ley 1164 de 2007, más conocida como del “Talento Humano en Salud”, se ocupa en el artículo 26 del acto propio de los profesionales de la salud. Señala que en la relación entre el profesional de la salud y el “usuario” se genera una **obligación de medios**, la cual está basada en la competencia profesional.<sup>1</sup>

Como uno de los integrantes en la atención de la salud es el médico, estos comentarios están orientados a cómo reducir a justas proporciones el concepto de “error médico” partiendo de la base de que en materia de derecho civil la práctica médica es una obligación de medio y no de resultado, que la ciencia de la medicina no es exacta –también tiene limitaciones– y, por consiguiente, que en el tratamiento de las enfermedades existirá un “alea” que escapa al examen clínico más cuidadoso y a las previsiones y controles más rigurosos, lo cual repercute en el análisis de cada caso en particular cuando se trata de definir responsabilidades.

En las obligaciones de medio el deudor, es decir, el médico, se obliga a poner al servicio del acreedor, es decir, el paciente, los medios de los cuales dispone: toda su diligencia en la ejecución del contrato. Por ello se llaman a veces “obligaciones de prudencia y diligencia”. El contenido de la

obligación de medio no es exactamente un hecho; es el esfuerzo del hombre, un esfuerzo constante, perseverante, tendiente a la adopción de una actitud frente a sus propias cualidades para aproximarse a una finalidad deseada. Si el deudor, es decir, el médico, no se obliga a alcanzar una meta determinada, se compromete al menos a tratar de alcanzarla. Si un evento de fuerza mayor impide al deudor, es decir, al médico, lograr lo que por hipótesis es su última finalidad, su obligación es simplemente un comportamiento.<sup>2</sup>

Lo que promete el médico es poner todas las posibilidades de la ciencia médica al servicio de un fin, curar al enfermo, sin que se obligue necesariamente a obtenerlo. En consecuencia, cuando se cuestiona una defectuosa prestación del servicio por parte del médico, la responsabilidad se funda en una obligación de medio y no de resultado. En esta última el deudor se compromete a procurar al acreedor un resultado determinado y preciso, y si el hecho prometido no se cumple es condenado a indemnizar.

Para definir la responsabilidad de los médicos se han tenido en cuenta las condiciones muy particulares en las cuales se ejerce el arte de curar, el

---

\* Asesor Jurídico T.E.M. Valle del Cauca.

1. “Artículo 26. *Acto propio de los profesionales de la salud*. Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título. El acto profesional se caracteriza por la autonomía del profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional. [...]”.
2. Guifford Aguirre, Andrés, *El médico y su responsabilidad*. Bogotá, Editorial Temis, 1993, pág. 87.

área de la ciencia médica, las reacciones imprevisibles, inexplicables algunas veces, del paciente.

La teoría de la culpa tiene como punto de referencia en el campo civil la clasificación tripartita que hace el artículo 1604 del Código Civil,<sup>3</sup> según la cual una persona puede ser responsable bien de la culpa lata o grave (aquella que no cometería el hombre más cuidadoso en sus propios negocios), o de la culpa leve (aquella en que no incurriría un tipo humano corriente de hombre prudente y diligente v. gr., el buen padre de familia), o de culpa levisima (equivalente al mínimo descuido, en la cual no habría incurrido el hombre juicioso, esmerado, diligente, en sus propios negocios).

La importancia de esta clasificación tripartita de la culpa consiste en que sirve para señalar cuál es el grado de responsabilidad por el cual ha de responder el deudor en las diferentes clases de contratos, mirando la utilidad que estos reportan a las partes: si solamente es benéfico al acreedor, responde por la culpa lata; si el beneficio o utilidad es recíproco para acreedor y deudor, responde por la culpa leve; si el beneficio es únicamente para el deudor, responde por la culpa levisima.

Aplicar lo anterior a la práctica del ejercicio médico significa que como normalmente los servicios médicos son remunerados, sólo estaría el médico obligado a responder en caso de culpa leve. Sin embargo, si el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes (Art. 1º. num. 1 Ley 23 de 1981), está ligado a una función social como servicio público a cargo del Estado (Art. 49 Constitución Política). El contrato de prestación de servicios médicos está sujeto a especiales obligaciones y deberes, aun en la eventualidad de que se tratara de un servicio gratuito. De ahí que no se acepte que se exija mayor diligencia y cuidado cuando se recibe paga que cuando se atiende a un enfermo de manera gratuita. Por tanto, en todos los casos al médico se le considera responsable de su actuar cuando, examinando los hechos y las obligaciones convencionales, se deduzca que no se ha comportado como lo habría hecho un médico prudente y diligente.

No obstante que pareciera de fácil comprensión que en medicina el ejercicio profesional se realiza sobre un organismo vivo, que a quien se trata es al enfermo como unidad psíquica y somática, sometido a variables externas, que el ser humano tiene reacciones autónomas, y siempre estará acompañado el acto médico de una constante de incertidumbre, en la jurisprudencia colombiana fue muy controvertido un fallo del Consejo de Estado sobre un caso de obstetricia en el cual se concluyó que la obligación del médico era de resultado y no de medios (Sección Tercera, Sent. 11. 802, febrero 19/1998, Magistrado Ponente Daniel Suárez Hernández).

Esta sentencia permitió que también en el campo de la cirugía plástica no reconstructiva se mirara de la misma forma al médico especialista. El Tribunal Nacional de Ética Médica en Providencia No. 09 – 2003, Magistrado Ponente Dr. Efraim Otero Ortiz, definió que en la relación médico–paciente existe una obligación de medio y no de resultado, apoyándose en conceptos ya emitidos por el Dr. Fernando Guzmán Mora, también Magistrado del Tribunal Nacional, en la obra *Práctica de la Medicina y la Ley*.<sup>4</sup>

Sentada esta primera base, paso a ocuparme del concepto “error médico” como generador de responsabilidad.

Colocar en duda el ejercicio profesional del médico señalando en una demanda, denuncia o queja que en determinado momento de la atención de un paciente éste fue víctima de un “error médico”, es una práctica que ha ido en aumento. Esa calificación, ahora tan generalizada, en la mayoría de los casos está indebidamente utilizada, al punto que el uso indiscriminado del término “error médico” fue inclusive rechazado por la Academia Nacional de Medicina a raíz de unas declaraciones emanadas del Ministerio de la Protección Social, pronunciamiento oficial publicado en la *Revista Médica*, Vol. 30, No. 2, de junio de 2008.

En términos generales el concepto de error entraña un juicio equivocado o falso que conlleva una acción equivocada que resulta lesiva para quien la sufre. En síntesis, se reduce a una interpretación falsa sobre unos hechos.

3. “Artículo 1604. – Responsabilidades del deudor. El deudor no es responsable sino de la culpa lata en los contratos que por su naturaleza solo son útiles al acreedor; es responsable de la leve en los contratos que se hacen para beneficio recíproco de las partes; y de la levisima en los contratos en que el deudor es el único que reporta beneficio. [...]”

4. Fernando Guzmán Mora, Eduardo Franco Delgadillo, Edgar Saavedra Rojas, Derecho Médico Colombiano. Elementos Básicos. Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria. Tomo II, Universidad Libre, Bogotá, 2006 Pág. 1019

Cuando se habla de manera amplia de error médico se da a entender que proviene de un acto médico, lo cual no resulta ajustado a la realidad en razón a que en la prestación del servicio de salud y el cuidado del paciente intervienen otros profesionales, como enfermeras y terapistas, por ejemplo. Cuando el paciente hospitalizado se cae de la cama o en el baño, o los resultados de laboratorio clínico se entregan de manera equivocada, o el personal de enfermería olvida las órdenes médicas, la falla o el resultado dañoso derivado de estos hechos no podrá atribuirse al médico.

En el curso de la prestación del servicio de salud, por causa o con ocasión del tratamiento o el procedimiento médico, pueden presentarse diversas situaciones desfavorables o adversas para el paciente, pero pocas de ellas podrán considerarse como producto de verdadero error médico, que se deriva de la imprudencia, impericia o negligencia.

En el campo de la responsabilidad médica tres categorías de eventualidades han merecido especial distinción cuando se trata de calificar si el error médico proviene de la imprudencia, la negligencia o la impericia: la complicación, el riesgo terapéutico y el evento adverso.

De manera resumida podría enunciarse:

1. No cabe hablar de error médico cuando en el curso natural de la enfermedad, durante el cuidado clínico, se presenta una situación que afecta negativamente al paciente, que incluye la muerte, o cuando las condiciones propias del paciente generan un resultado adverso. En ambos casos se estará frente a una **complicación**, pero no podrá argumentarse que el resultado negativo fue obra del médico o del equipo asistencial tratante. Por ejemplo, aquella persona que es lesionada con arma de fuego en el intestino potencialmente desarrollará una infección, previsible sí, pero incontenible a pesar de la oportuna y calificada cirugía y del tratamiento antibiótico recibido. Aquí el evento superó la capacidad de contención.

Si la atención médica se pudiera dividir en distintos escenarios, podría decirse que las complicaciones o fallas se dan, por ejemplo, en el campo de los cirujanos generales, en la evaluación preoperatoria, en el transoperatorio y en los cuidados postoperatorios. En este caso específico el cirujano general debe prever que

la institución donde se realizará la cirugía corresponde al nivel adecuado, que las complicaciones en el procedimiento pueden ocasionar remisión del paciente, lo cual en nuestro medio se dificulta debido al sistema implantado.

En síntesis, si las complicaciones en el tratamiento o el procedimiento corresponden a las condiciones clínico-patológicas del paciente, es inapropiado hablar de error médico.

2. Las condiciones clínico-patológicas del paciente constituyen un factor que de principio a fin en toda consulta, tratamiento o procedimiento debe tener presente el médico tratante. Su responsabilidad se ve comprometida cuando incumple con advertir al paciente sobre **los riesgos que en la práctica médica son considerados pre-visibles**, no aquellos de difícil previsión, pues si se llegare a presentar un evento adverso no informado de manera comprensible, prudente y formal con ocasión del tratamiento o procedimiento, el inicio de una acción judicial o disciplinaria queda al descubierto, y por supuesto comprometida su responsabilidad.

Pero a la vez, pretender que el médico está obligado a advertir al paciente de todo riesgo posible con ocasión del tratamiento o procedimiento, desde el más benigno hasta el más grave, es llegar al extremo en la relación médico-paciente por cuanto en la persecución del beneficio existe un campo aleatorio que impide obtener resultados únicamente positivos a pesar de la prudencia, diligencia y esmerado cuidado empleados por el profesional en la salud. El factor de lo aleatorio no permite que en la práctica médica la obligación sea de resultado, y a ello está asociado, en términos generales, todo tipo de riesgo, inclusive la muerte.

Sin ninguna profundidad en el análisis, se ha creído que por tratarse en sí del manejo del riesgo la medicina es una actividad peligrosa, equiparable a la conducción de un automóvil o al porte de armas de fuego. De ninguna manera. El móvil es bien diferente. Todo acto médico tiene un fundamento humano y científico, en donde la racionalidad y la objetividad están fundidas en procura del beneficio del paciente.

3. Si se pretendiera escoger una norma que contribuya a aclarar cuándo no hay error médico y el caso quedara comprometido dentro del

evento adverso, el artículo 13 del decreto reglamentario 3380 de 1981 sería el indicado. Se lee en esta disposición que como el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, **“el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico”**.

Hay eventos adversos evitables e inevitables. En los segundos las consecuencias dañosas no se pueden atribuir al médico, si éste demuestra la pertinencia de lo ordenado y su cuidado con el enfermo. Es un evento adverso, pero el carácter de lo irresistible libera de responsabilidad al médico.

En los eventos adversos previsibles o evitables sí hay un error humano, bien por descuido, impericia o imprudencia, lo cual genera responsabilidad legal. Lo cuestionable es el comportamiento, no el error en sí mismo.

Si la atención médica en esencia es el manejo del riesgo y de la incertidumbre,<sup>5</sup> la expresión “evento adverso” no puede eludirse cuando se comenta o analiza el tema de la responsabilidad médica. En conclusión, riesgos y eventos adversos se suman al factor complicaciones y constituyen una especie de triángulo ineludible cuando se trata de juzgar la conducta del profesional médico.

En conclusión, la calificación de un acto médico como generador de responsabilidad conlleva un juicioso, fundado y técnico análisis, que tiene como plataforma una obligación de medio y no de resultado.

5. Patiño Restrepo José Félix. “La desprofesionalización de la medicina”, Acta Med. 2001; 26

# Categorización del evento adverso

Rodrigo Triana Ricci M.D. Ortopedista\*

## ¿Cómo se considera el evento adverso?

El trabajo de salud se está volviendo muy riesgoso para el médico tanto general como especialista. Debido a que las entidades que prestan estos servicios a veces dilatan, por cuestiones administrativas y, por qué no, comerciales, la atención de los pacientes, ello hace que cuando se le presta la atención por el profesional éste está tan prevenido que la relación médico-paciente en algunas circunstancias va ya deteriorada y cualquier incongruencia que exista es capitalizada por el paciente y por la prensa, la radio y la televisión, con grandes titulares como “Médico es condenado a nueve meses de cárcel por error en una cirugía” (*El Tiempo*, Bogotá, 20 de octubre de 2008) José Luis Barragán Duarte.

Esta situación es universal. Expertos estadounidenses opinan que las probabilidades de que alguien muera cuando ingresa a una institución de salud para recibir tratamiento médico son de 1 en 500.

Si observamos otros eventos considerados como peligrosos encontramos que las posibilidades de morir en ellas son:

- Manejar vehículo automotor, 1 en 10.000.
- Viajar en avión, 1 en 8.000.000.
- Desplazarse en tren europeo, 1 en 10.000.000.
- Escape de energía nuclear, 1 en 12.000.000.

Con estas razones en U.S.A el evento médico adverso es la tercera causa de muerte y esto se traduce en aumento de sus costos anuales.

En nuestro país se está construyendo un sistema de información para conocer la incidencia de este fenómeno.

En estudios preliminares efectuados por el doctor Hernando Gaitán Duarte, director del Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud de la Universidad Nacional, encontró que de 7.263 admisiones que correspondieron a 6.688 pacientes, 310 registraron evento adverso que significó una tasa del 4,6%.

Las tasas de estos eventos en porcentaje en el mundo son:

En U.S.A. varían entre 2.8% y 5.9%.

En el Reino Unido es del 11%

En Nueva Zelanda, 5.2% y 18%

Las diferencias se pueden explicar por la metodología utilizada para la detección del evento adverso. En estudios de la Universidad Nacional en cuanto a la temporalidad se encontró:

69% se presentó en hospitalizaciones

35% durante la rehospitalización

7% en cuidado ambulatorio

En cuanto al lugar:

31% en sala de operaciones

28.8% en hospitalización

17.7% en sala de obstetricia

9.4% en urgencias

6.7% en la UCI

6.3% en recuperación post-quirúrgica

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

En cuanto a las causas:

- 27.6% por complicaciones técnicas intraoperatorias
- 16.4% por procedimientos obstétricos (parto – postparto de enfermería)
- 13.7% por complicaciones no técnicas
- 12.5% por infecciones de las heridas
- 9.2% por medicamentos
- 6.5% por complicaciones tardías
- 3% por fallas terapéuticas y caídas del paciente.

### **Consideraciones del error médico**

La expresión “error médico” es la más utilizada, pero debemos considerar que esto es una traducción inexacta de “Medical error”, y según Ana Isabel Gómez Córdoba “Medical” significa servicios médicos en general. Si fuera error médico se llamaría “Physician error”.

El profesor Javier Eslava Schmalba explica que la expresión correcta es evento adverso, pero la parte punitiva hace que a veces se utilice como evento reportable.

En términos generales, el evento adverso, según el profesor Gaitán Duarte, se define como “el daño que se hace al paciente después de que ingresa a la institución médica con motivo del cuidado proveído o con ocasión de este. Como ejemplos tenemos las infecciones intrahospitalarias, las caídas y el traslado a una cirugía cuando no está programada, etcétera”.

Para Gómez Córdoba, esta expresión se define como “la lesión que se produce en un paciente producto de su contacto con los servicios de salud, la cual no puede ser atribuida a la enfermedad del paciente o a la patología a consultar. Es una incapacidad, infección, daño psicológico o un aumento en el costo de la atención por la no calidad”.

Finalmente, el estudio nacional halló una tendencia que deja al descubierto que la magnitud del impacto negativo del fenómeno puede ser de proporciones mayúsculas en Colombia, debido al incremento en 1.072 días del tiempo de hospitalización de los pacientes, factor que se constituye, en el inicio de la actual crisis económica del país, en un evento adverso que puede causar pérdidas de millones para el sistema de salud.

# ¿Por qué son procesados los médicos? El quijotismo y el sancho-pancismo en el ejercicio de la medicina

Edgar Saavedra Rojas\*

Si bien es cierto que la medicina como profesión liberal que es constituye una forma de subsistencia de quienes se dedican a su bella práctica, también lo es que por el objeto mismo de la medicina –la persona humana en toda su dimensión somática y psíquica– requiere y exige de sus cultores un alto grado de idealismo, solidaridad y sacrificio. Porque más allá de los honorarios profesionales que pueda cobrar el médico por la prestación de sus servicios, el tiempo y los cuidados al paciente sobrepasan en mucho lo que económicamente pueda representar la remuneración recibida por los mismos.

El médico en el ejercicio pleno de su profesión debe sacrificar el merecido descanso, porque el trabajo médico no puede tener las limitaciones de un horario laboral; y es en realidad el estado del paciente el que le señala el tiempo y la dedicación que debe entregarle, sin que para ello importen los horarios y los límites a la jornada laboral señalados por el Código Sustantivo del Trabajo. El médico no tiene tiempo estipulado para su familia, porque las vacaciones y el tiempo cotidiano que requieren los hijos y la esposa son muchas veces sacrificados, pues el estado del paciente así lo exige. Todo en la vida del médico está signado fatalmente por las exigencias requeridas por los pacientes; sus recaídas y agravaciones en muchas ocasiones son perfectamente imprevisibles y la más cuidadosa programación se desploma como castillo de naipes por

el irrompible yugo impuesto por el estado de salud del paciente.

Si en criterio de Cabanellas “el no nacido e inmortal personaje cervantino encarna el idealismo..., no sería irrazonable calificar la medicina como una quijotada, entendiéndose por tal “la acción o empresa al servicio del ideal cuando cuenta con escasos medios para el logro o se frustra por estar el espíritu muy por encima de los recursos disponibles”.<sup>1</sup>

En tal ejercicio debe luchar, ahora que se ha socializado la medicina a costa de los intereses profesionales del médico y del paciente, ahora que los criterios economicistas priman sobre los intereses de los grandes protagonistas de la medicina: el médico y el paciente. A los dedicados a esta sacrificada profesión se les imponen criterios surgidos de los economistas y no de los principios de los maestros que enseñan y siguen los ideales de Hipócrates y Galeno. Es decir, el quijotismo<sup>2</sup> de la profesión enfrenta ahora mayores problemas, porque los intereses económicos le imponen la obligación de ver a un número determinado de pacientes por hora, a no poder recetar ciertas medicinas de última generación o a no ordenar demasiados exámenes de laboratorio o tratamientos altamente costosos para los intereses del sancho-pancismo<sup>3</sup>, porque es una realidad que el quehacer existencial de Sancho Panza se constituye en el modelo de las empresas de la salud de ahora, porque para el go-

---

\* Abogado asesor del Tribunal Nacional de Ética Médica

1. Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual, Guillermo Cabanellas, pág 535, Tomo VI, E. Heliasta, Buenos Aires, 1996.

2. La exageración en defensa de grandes y arduos ideales.

3. “La barriga grande, el talle corto y las zancas largas”. De aquí su apellido de Panza. El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha. Miguel de Cervantes Saavedra. Edición IV Centenario, con grabados de Gustavo Doré, comentada por Clemencín y precedida de un estudio de Luis Astrana Marín, pág XXIX, tomo I. E. Alfredo Ortellas.

bernante de la Ínsula Barataria es más importante seguir dirigido por las necesidades de su estómago que el aceptar los sabios consejos del médico doctor Pedro Recio de Agüero, que en cumplimiento de sus deberes le aconseja la inconveniencia de los excesos en la comida fundamentado en las enseñanzas de Hipócrates.<sup>4</sup>

Ya Cervantes en su genial descripción del género humano ubicaba la sacrificada posición social del médico cuando pone en boca de Pedro Recio de Agüero la siguiente reflexión:

Yo, señor, soy médico, y estoy asalariado en esta ínsula para serlo de los gobernadores de ella, y miro por su salud mucho más que por la mía, estudiando de noche y de día, y tanteando la complexión del gobernador, para acertar a curarle cuando cayere enfermo; y lo principal que hago es asistir a sus comidas y cenas y a dejarle comer de lo que me parece que le conviene, y a quitarle lo que imagino que le ha de hacer daño y ser nocivo al estómago; y así mandé quitar el plato de la fruta, por ser demasíadamente húmeda, y el plato del otro manjar también le mandé quitar, por ser demasíadamente caliente y tener muchas especies, que acrecientan la sed, y el que mucho bebe, mata y consume el húmedo radical, donde consiste la vida.<sup>5</sup>

La medicina debe llegar a todos los ciudadanos de un país, porque constituye con la justicia los dos servicios públicos esenciales de una verdadera democracia; pero no puede pretenderse que el servicio de salud sea ofrecido como un servicio social obligatorio que deben prestar los profesionales de la salud, ni tampoco con detrimento de los derechos de los pacientes concebirse como una actividad económica regida fundamentalmente por los principios de las pérdidas y las ganancias.

No debe olvidarse jamás que la salud es un servicio público a cargo del Estado y no de los médicos.

## Capítulo I. Constitución y salud

La Constitución de 1991 dispuso un muy especial cuidado a los problemas relacionados con

la salud, la seguridad social y el desarrollo integral y armonioso de los ciudadanos al establecer una serie de normas que tienen como finalidad fundamental garantizar el pleno y libre desarrollo de la personalidad, dentro del más estricto respeto a la dignidad de ser hombre.

Por ello en el artículo 43 estableció que la mujer:

Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

En el 44 se determinó que:

Son derechos fundamentales de los niños; la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada...

En el 46 se dispone la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad, garantizándoles los servicios de la seguridad social integral; y en el 47, la protección de los minusválidos, mientras que en el 48 se determina la existencia de la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio prestado bajo la dirección y control del Estado; para finalmente establecer en el art. 49 que:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir, y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad.

4. "Porque nuestro maestro Hipócrates, norte y luz de la medicina, en un aforismo suyo dice: *omnis saturatio mala, perdicis autem pésima*. Quiere decir: "Toda hartazgo es mala; pero la de las perdices, malísima".

5. El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha, Miguel de Cervantes Saavedra, ilustrado por José Segrelles, Pág 301, Tomo II. E. Espasa Calpe, Madrid, 1966.



La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

En el art. 50 se consagra el derecho de todo niño menor de un año a recibir atención gratuita en todas las instituciones que reciban aportes del Estado cuando no tuvieren cobertura en salud.

Finalmente, de una manera general, es decir, referido a todas las profesiones se establece que:

*El secreto profesional es inviolable.*

Dentro de tales parámetros normativos es fácil entender que nuestro constituyente quiso crear los elementos de derecho positivo esenciales para garantizar la vida y la salud de la totalidad de los colombianos, destacándose éste como uno de los derechos con una mayor presencia en el texto constitucional, y esta posición es de lógico entendimiento porque si la vida es el sustrato o fundamento para el desarrollo y ejercicio de todos los demás derechos constitucionales es claro que se debe dar una mayor protección a la conservación de la vida y de la salud para que los demás derechos puedan ser ejercidos y para que aquélla pueda desarrollarse en el marco inviolable que corresponde a la dignidad de ser hombre.

Es imposible que los demás derechos garantizados en este Estado de Derecho pudieran llegar a ser ejercidos por los ciudadanos si no se garantiza la vida o se carece de la salud necesaria para poderlos aprehender en su plenitud.

Lamentablemente, existe un abismo entre los derechos retóricamente consagrados en la Carta Política y la dramática realidad de la inmensa mayoría de la nación colombiana. La vida constituye un derecho en constante peligro de ser vulnerado y la salud se garantiza de conformidad con los seis estratos que enfrentan y dividen nuestra sociedad.

Les ha correspondido a los médicos en esa triste realidad prestar un servicio social no previsto constitucionalmente y la universalidad de la cobertura en salud se ha pretendido lograr con el sacrificio de los derechos básicos de los médicos y con grave y peligroso detrimento de los derechos y la salud de la mayoría de los colombianos.

Pero dentro de ese abismo que separa la realidad de las previsiones normativas, es indiscutible

que por ser el objeto de estudio y del ejercicio de la medicina la vida humana, se trata de una profesión prioritaria en la vida de la comunidad y por ello el Estado se ve en la obligación de reglamentarla y controlarla con mayor precisión y exigencia que las otras profesiones liberales que están autorizadas en su ejercicio por la Constitución y la Ley.

## **Capítulo II. Objetivos de la ley ética dentro de los presupuestos constitucionales**

La ley ética no ha sido concebida con un propósito persecutorio contra los médicos, sino con la laudable finalidad de garantizar un ejercicio responsable de esta profesión y de tal manera obtener la concreción de los principios constitucionales antes citados.

En este entendimiento no es posible que pueda concebirse el proceso ético-médico como un instrumento de venganza privada, o un medio de persecución puesto en manos de los pacientes o de sus familiares para hostigar al profesional de la medicina del cual recibieron sus servicios, ni menos aun que mediante el mismo pudieran aspirar al resarcimiento de los perjuicios económicos que afirman han sufrido como consecuencia de la intervención médica, o pretender obtenerlos.

El proceso de ética médica pretende ante todo garantizar un cabal, técnico, científico y humanizado ejercicio de la medicina y por ello su objetivo fundamental es de naturaleza social y pública, puesto que se convierte en un instrumento de seguridad para todos los integrantes de la comunidad.

Por su naturaleza de derecho público y de sus objetivos eminentemente sociales sería inconcebible que el paciente o sus familiares pretendiesen constituirse en parte civil para como resultas del proceso obtener la indemnización que buscan sobre los posibles perjuicios recibidos.

Es hipótesis imposible de concebir porque ni el paciente, ni sus familiares, pueden pretender convertir el proceso disciplinario en un instrumento de presuntos resarcimientos económicos y si estiman haber recibido un perjuicio económico de la asistencia médica, deberán optar por la iniciación de un proceso penal o uno de naturaleza civil o contencioso administrativo.

### Capítulo III. El derecho disciplinario y la potestad sancionadora

El Derecho Penal Disciplinario en el pensamiento de don Luis Jiménez de Asúa:

Es un conjunto de normas que asocian a las infracciones de naturaleza administrativa en que interviene la potestad jerárquica, con una sanción que reviste carácter de pena.<sup>6</sup>

Existe, sin embargo, una profunda diferencia entre los dos ordenamientos por los principios en que se fundan, porque mientras el derecho penal, con la creación previa de un catálogo de tipos penales, busca la represión y prevención de la delincuencia, con el objetivo de proteger aquellos bienes jurídicos de especial relevancia para el Estado, la sociedad, la comunidad y el individuo, el derecho disciplinario, mediante sanciones que si no asumen la índole de penas, tiene sí un claro carácter correctivo y ejemplarizante, pues con ellas se busca mantener la eficiencia y debido comportamiento impuestos por los ordenamientos disciplinarios destinados a mantener el adecuado manejo de la administración pública, el funcionamiento correcto de las instituciones docentes, la lealtad en la práctica deportiva o el correcto ejercicio de las profesiones liberales autorizadas y reguladas por la legislación.

Es importante igualmente destacar que el rigor que en la descripción de las conductas típicas se exige en el ámbito del derecho penal no se da en el derecho disciplinario, puesto que al decir del maestro Jiménez:

A nuestro juicio, lo que acontece es que la infracción suele estar formulada inconcretamente, vagamente. En este sentido y por lo mismo que los tipos penales son agotadores, no le falta razón a Max Ernesto Mayer al establecer como

características del Derecho Penal disciplinario la ausencia del tipo.<sup>7</sup>

La potestad disciplinaria que posee el Estado deviene directamente de la propia Constitución, puesto que al imponerse una serie de deberes a los funcionarios públicos, se prevé la posibilidad de su sanción para garantizar el correcto y eficiente funcionamiento del Estado en todas y cada una de sus manifestaciones.

La Constitución Nacional, en el capítulo destinado a la función pública, precisa y determina quiénes son funcionarios públicos y delega en la ley el que establezca el régimen a que estarán sometidos quienes desempeñen funciones públicas transitorias.<sup>8</sup>

Igualmente se establece en la Carta Política la responsabilidad penal y disciplinaria para los funcionarios del Estado,<sup>9</sup> confiriéndose a la Procuraduría General de la Nación el poder disciplinario preferente en el numeral 6 del artículo 277 de la C. N.<sup>10</sup>

Por delegación legal del Estado se faculta a algunas instituciones privadas que ejerzan igualmente funciones disciplinarias como ocurre con las instituciones docentes respecto de los estudiantes, los patrones en relación con las faltas cometidas por los trabajadores de conformidad con un reglamento del trabajo debidamente autorizado por el Ministerio del Trabajo, en la actividad deportiva por parte de las ligas aficionadas o profesionales en relación con las infracciones al reglamento deportivo, y en las agremiaciones profesionales para ejercer un control sobre el ejercicio adecuado de esas profesiones que son autorizadas y reglamentadas por el Estado.

Porque en relación con el tema que nos interesa debemos recordar que a pesar de que la Cons-

6. Tratado de Derecho Penal, Luis Jiménez de Asúa, Tomo I, pág. 43. E. Losada, Buenos Aires, 1967.

7. Tratado de Derecho Penal, Luis Jiménez de Asúa, Ob cit. Tomo I pág 44.-.

8. Art. 123.- Son servidores públicos los miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de sus entidades descentralizadas territorialmente y por servicios.-

Los servidores públicos están al servicio del Estado y de la comunidad; ejercerán sus funciones en la forma prevista por la Constitución, la ley y el reglamento.

La ley determinará el régimen aplicable a los particulares que temporalmente desempeñen funciones públicas y regulará su ejercicio.-

9. Art. 92. Cualquier persona natural o jurídica podrá solicitar de la autoridad competente la aplicación de las sanciones penales o disciplinarias derivadas de la conducta de las autoridades públicas.

10. Art. 277.- El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones:

6) Ejercer vigilancia superior de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas, inclusive las de elección popular; ejercer preferentemente el poder disciplinario; adelantar las investigaciones correspondientes e imponer las respectivas sanciones conforme a la ley.

titución consagra la libertad de escogencia profesional, el Estado se reserva el derecho de controlar y reglamentar las profesiones, y ello es apenas elemental porque con el ejercicio incorrecto de una profesión se pueden llegar a ocasionar graves daños a los miembros de la comunidad y a los derechos de quienes la integran.<sup>11</sup>

La potestad disciplinaria ha sido definida por Julio Pratt como:

La facultad de la administración de aplicar sanciones mediante la observancia de un procedimiento especialmente establecido a estos efectos, con el objeto de mantener el orden y el correcto funcionamiento del servicio a su cargo.<sup>12</sup>

Es claro que al ser un derecho sancionador y al poderse afectar derechos trascendentes del ciudadano, como sería por ejemplo excluirlo del ejercicio profesional por un tiempo más o menos largo, que en la actualidad puede llegar a ser hasta de cinco años, es apenas lógico que dicho poder punitivo se encuentre perfectamente regulado para evitar que se pudieran cometer abusos y arbitrariedades en perjuicio de los ciudadanos sometidos a tales controles. Por ello en este ámbito predomina de manera relevante el principio de legalidad, tanto en la definición de las conductas constitutivas de falta disciplinaria como en el área procesal, en cuanto a los procedimientos que deben seguirse para finalmente poder imponer una sanción disciplinaria.

#### **Capítulo IV. Etimología y significado del vocablo ética**

El Diccionario de la Real Academia define el término ética como aquella parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre, agregando Cabanellas a lo anterior que es la ciencia de las costumbres, o el desempeño de una profesión con altura en el ejercicio específico, sin obsesión especulativa o mercantilista y dispuesto a los sacrificios que imponga el servicio de los demás.<sup>13</sup>

Es la ciencia de la moral y de las costumbres porque en el acontecer cotidiano de una comunidad, la misma, para efectos de garantizar la supervivencia y la coexistencia pacífica, comienza a aprobar determinadas conductas y a reprochar todas aquellas que la amenazan o ponen en peligro la existencia de sus miembros, o aquellas que de cualquier manera afectan la vida cotidiana armoniosa y pacífica.

De las conductas aprobadas se forma la costumbre y el acontecer de conformidad con ésta es ético, mientras que es contrario a la ética cuando la conducta realizada vulnera los valores y expectativas de la comunidad.

El vocablo ética deriva del latín *ethicus*, que a su vez es tomado del griego *éthicos* que significa “moral, relativo al carácter, derivado de *éthos*, carácter, manera de ser”;<sup>14</sup> por otros se ha dicho que traduce o significa costumbre y, por ello, se ha definido con frecuencia la ética como la doctrina de las costumbres.

Las virtudes éticas son para Aristóteles las que sirven para la realización del orden de la vida del Estado –la justicia, la amistad, el valor etc.– y tienen su origen directo en las costumbres y en el hábito, por lo cual pueden llamarse virtudes del hábito o tendencia.

En la evolución posterior del sentido del vocablo, lo ético se ha identificado cada vez más con lo moral, y la ética ha llegado a significar propiamente la ciencia que se ocupa de los objetos morales en todas sus formas, la filosofía de la moral.

Entre las distintas corrientes de la ética contemporánea debe destacarse la ética axiológica, desarrollada entre otros por Scheler y Findlay, que consiste básicamente en poner de relieve que los juicios morales son juicios de valor, de modo que no puede desarrollarse una teoría ética indepen-

11. Art. 26. Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social.

Las profesiones legalmente reconocidas pueden organizarse en colegios. La estructura interna y el funcionamiento de éstos deberán ser democráticos. La ley podrá asignarles funciones públicas y establecer los debidos controles.-

12. Derecho Administrativo, Julio Pratt, Tomo I. Pág 154. Montevideo 1977.

13. Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual, Guillermo Cabanellas, pág 600 Tomo III E. Heliasta. Buenos Aires 1996

14. Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana, Joan Corominas, pag 260 E. Gredos, Madrid 1990

dientemente de una teoría axiológica o teoría de los valores.<sup>15</sup>

En los elementos etimológicos del vocablo debemos entender la ética referida a la práctica de una profesión como el ejercicio que de ella se hace dentro de los parámetros indicados por la ciencia o la técnica, aplicados para beneficio del usuario del servicio y con el cumplimiento estricto de los deberes que la ley y la naturaleza propia de cada profesión imponen.

Y por ética referida al ejercicio profesional de la medicina débese entender la práctica que se realiza dentro de los límites científicos ordenados por la ciencia universalmente aceptada y por la ley, con el objetivo fundamental de prevenir la enfermedad, recuperar la salud de los enfermos, y en general mejorar los patrones de vida de quienes conforman la colectividad.

Las más frecuentes infracciones a las leyes éticas cometidas por los médicos tienen que ver con la forma del establecimiento de la relación médico-paciente, el someter al paciente a riesgos injustificados, obtener el consentimiento del paciente no suficientemente informado, irregularidades relacionadas con el adelantamiento de la historia clínica y con los certificados expedidos por ellos, el secreto profesional y lo relacionado con la malapraxis.

### **a). El consentimiento informado**

El consentimiento informado ha sido:

...caracterizado como una declaración de voluntad efectuada por un paciente, por la cual, luego de brindársele una suficiente información referida al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone como médicamente aconsejable, éste decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención.

El deber de revelar o de informar es un aspecto distintivo propio de la doctrina del consentimiento informado, aunque tanto énfasis se ha puesto en este aspecto que hasta puede perderse de vista la otra primordial obligación: la de obtener el consentimiento del paciente.

Consentir no es simplemente aceptar someterse al tratamiento, pues el enfermo debe tomar una verdadera decisión. Y hay dos aspectos esenciales de una decisión legalmente válida: el entendimiento o comprensión y la voluntariedad.

Por cierto que es muy común que las personas no entiendan lo que se les dice; y frente a esta realidad sencilla y cotidiana no existe razón por la cual no pueda ocasionalmente o aun con cierta frecuencia, suceder esto en las conversaciones entre médicos y pacientes. De hecho debe aceptarse, y estudios empíricos así lo han demostrado, que los enfermos a menudo no llegan a entender la información que se les ofrece, sea verbalmente o por escrito, sin que se trate de personas que carezcan de capacidad en su vida normal.

Los términos consentimiento informado pueden así referirse tanto al otorgamiento de la información al paciente, como a la comprensión de la información por parte de éste, o ambos conceptos a la vez. El deber de revelar se cumple simplemente dando la información. Sin embargo, la noción de consentimiento sugiere que debe requerirse que el enfermo entienda lo que se le revela. En los Estados Unidos, aún después de un cuarto de siglo de jurisprudencia, sigue siendo oscuro y continúa en controversia si el médico debe abstenerse de suministrar un tratamiento a menos de estar seguro de que el paciente entendió la información.<sup>16</sup>

Entre los elementos internos del consentimiento se han señalado, entre otros, que el consentimiento sea: a) voluntario; b) consciente y c) libre.

Entre los elementos externos se han señalado, entre otros, que exista una manifestación inequívoca de la voluntad, es decir, que se den signos externos de esa expresión, porque bien se sabe que el consentimiento puede ser expreso o tácito.

Es evidente que si el consentimiento no tiene los requisitos mínimos de validez estaremos en presencia de un consentimiento viciado, que por tanto carece de validez para efectos del establecimiento de una relación jurídica con bases contractuales,

15. Diccionario de Filosofía. J. Ferrater Mora. Nueva Edición revisada, aumentada y actualizada por el profesor Josep- María Terricabras. pág 1141 Tomo II. E. Ariel Barcelona 1994

16. La relación médico-paciente: El consentimiento informado. Elena L. Highton, Sandra M. Wierzba. Pág. 39 y ss. E. Ad-hoc Buenos Aires 1991.-

puesto que es evidente que uno de los requisitos esenciales de los contratos es el consentimiento. En este sentido se ha dicho que el consentimiento puede estar viciado por una pluralidad de causas entre las que se destacan las siguientes:

- a) Falta de información o defecto en la misma por parte del facultativo.
- b) Intimidación, amenaza, coacción, etc., por parte de éste (con independencia de que produzca otros efectos penales).
- c) Por estado emocional que impide hacer adecuado uso de la voluntad.
- d) Por miedo, justificado o injustificado, que impida el adecuado uso del razonamiento lógico y el juicio crítico.
- e) Por presiones o necesidades muy variadas (laborales, familiares, sociales, etc.).

El viciamiento del consentimiento podría anular el contrato, con independencia de que la relación inicial, para ciertos efectos legales y/o procesales, pueda considerarse contractual.<sup>17</sup>

Respecto a la relación médico-paciente se ha dicho que en una compleja vinculación se producen de manera simultánea una relación humana, profesional, una relación de fe y finalmente una relación jurídica.

Porque es una realidad que la relación médico-paciente es sumamente compleja y disímil a las que cotidianamente se presentan en el seno social. En relación con la misma se ha sostenido:

Entre médico y paciente se establece una comunicación (que con independencia de su finalidad inmediata, la consulta médica, y su finalidad esencial, encontrar diagnóstico, tratamiento, información o consejo relacionado con algún proceso patológico, real o supuesto) personal de entrada, donde la personalidad, modales, educación, normas sociales etc., de uno y otro van a constituir el primer punto de presintonía para un ulterior entendimiento. Esta relación suele establecerse por lo general en una desigualdad de condiciones psicofísicas y morales, siendo la parte más débil el paciente, que cuando realmente se encuentra aquejado de un mal

tiene restringida su capacidad de normal relación social. El médico debe y está obligado a entender y disculpar, al menos en principio, una actitud a veces desconsiderada o poco elegante por parte del paciente.<sup>18</sup>

De manera lamentable, por las circunstancias en que hoy se ejerce la medicina, la relación médico-paciente ha desaparecido y hoy existe es una relación de “usuario” con la institución prestadora del servicio y de ésta con un subordinado que tiene la calidad de empleado, al que en muchas ocasiones se le imponen las condiciones y circunstancias en que debe ejercer su profesión.

### **b). El secreto profesional médico**

A lo largo de la historia de la humanidad ha sido una tradición muy pocas veces violada la de la reserva que los médicos deben mantener respecto de los hechos que conocieren como consecuencia de su ejercicio profesional, y se trata de un principio ético de no poca monta, porque mientras subsista la relación médico-paciente se podrá mantener dentro de una esfera de confianza y sinceridad con óptimos resultados para la salud y la vida del paciente, porque si ello no fuera así, es obvio que el paciente por el temor de ver publicitadas sus dolencias físicas podría llegar a mentir o a tergiversar su propia sintomatología, con consecuencias desastrosas para su salud y la vida.

Esa es la trascendencia del secreto profesional y particularmente del médico; de allí que el constituyente haya querido elevarlo como principio al más alto nivel de positivización, al establecerlo como un canon constitucional.

Es, curiosamente, uno de los puntos en cuanto al ejercicio ético de la profesión médica en que se incurre en mayores y más profusas violaciones, en cuanto a que algunos profesionales de la medicina no son suficientemente cuidadosos, en particular en el levantamiento y desarrollo de la historia clínica.

Hemos venido predicando que pese a la clara literalidad del texto constitucional en cuanto se afirma que el secreto profesional es inviolable, debía reconocerse que los derechos como tales no son absolutos, puesto que todos ellos de manera gene-

17. Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica. Aspectos jurídicos y médico-forenses. Manuel García Blásquez, Juan J. Molinos Cobo, Pág. 147 E. Comares Granada 1997.

18. Manual Práctico de responsabilidad... Manuel García. pág. 139 Ob. Cit.

ral conllevan el cumplimiento de un deber y esa doble esfera de injerencia entre el derecho y el deber relativizaba el ejercicio de los primeros.

Por las mismas razones afirmamos que ni siquiera la vida, el más importante y trascendental derecho reconocido a la persona humana, constituye un principio invulnerable, puesto que es suficientemente sabido que el Estado patrocina y premia la muerte cuando envía a sus ejércitos al combate, y que la muerte de otros semejantes se encuentra justificada cuando está en peligro nuestra propia vida y se reacciona en legítima defensa o en estado de necesidad.

Sobre tales presupuestos sosteníamos que si el derecho a la vida es relativo, debíamos de aceptar que los demás derechos constitucionales también lo eran y que por tanto el secreto médico debía de tener importantes excepciones por razones de orden público, cuando era imperioso obedecer los mandatos judiciales que requieren del conocimiento profesional médico en los procesos que adelantan los jueces de la República, o cuando por investigaciones científicas, académicas o epidemiológicas era indispensable tal conocimiento.

En igual sentido habíamos venido afirmando que era necesario aceptar que frente a graves y peligrosas enfermedades infecto-contagiosas, para efectos de preservar la salud y la vida de los seres más allegados al paciente, era imperioso que ellos tuvieran conocimiento de tal patología; lo anterior con base en un principio general de derecho, que tiene y ha tenido aceptación universal, según el cual el bien general de manera necesaria habrá de primar sobre los intereses puramente particulares o individuales.

Pero todas nuestras posiciones y afirmaciones, por lo menos en lo que hace relación con nuestra calidad de ciudadanos obligados a obedecer la ley —porque es claro que en el ámbito académico y científico seguiremos sosteniendo las mismas posiciones— se han modificado, con fundamento en lo

decidido por la Corte Constitucional en sentencia C- 411 del 28 de septiembre de 1993, con ponencia del H. M. Eduardo Cifuentes Muñoz, que frente a la demanda del artículo 284 del C. de P. P.<sup>19</sup> que consagraba el secreto profesional, excusándolo de él a los profesionales que por ley deben guardarlo, solo para efectos de evitar la consumación de un delito, declaró parcialmente inconstitucional la norma antes transcrita, estableciendo que se trataba de un derecho de carácter absoluto. En esta providencia se sostuvo:

La calidad de inviolable que atribuye la Carta al secreto profesional determina que no sea siquiera optativo para el profesional vinculado por él revelarlo o abstenerse de hacerlo. Está obligado a guardarlo. Claro que en situaciones en las que la revelación del secreto tuviera sin duda la virtualidad de evitar la consumación de un delito grave podría inscribirse el comportamiento del profesional infractor en alguna de las causales justificativas del hecho.

En relación con la decisión tomada y con las consideraciones antes transcritas se hicieron importantes salvamentos de voto, que ahora conservan un mero interés académico porque bien se sabe que las providencias de constitucionalidad tienen fuerza de ley y por tanto son de imperativo cumplimiento no solo para todos los funcionarios sino también para todos los ciudadanos. En los diversos salvamentos de voto se sostuvieron estos importantes planteamientos:

No hay derechos ni libertades absolutas. En efecto, todo derecho y toda libertad tiene limitaciones, impuestas por la propia convivencia en sociedad. Con razón se afirma que todo derecho llega hasta donde comienza el de los demás; sus limitaciones están determinadas, pues, entre otras cosas, por el interés general, el orden público o la salubridad pública. Siendo ello así, la disposición del artículo 74, según la cual “ el secreto profesional es inviolable “,

19. Art. 284 del C. de P. P. Excepciones por oficio o profesión.- No están obligados a declarar sobre aquello que se les ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su ministerio, profesión u oficio, salvo que se trate de circunstancias que evitarían la consumación de un delito futuro:

- 1 ). Los ministros de cualquier culto admitido en la República.
- 2 ). Los abogados.
- 3 ). Cualquier otra persona que por disposición legal pueda o deba guardar secreto.

La parte subrayada fue declarada inconstitucional por sentencia C-411 del 28 de septiembre de 1993 con ponencia del H. M. Eduardo Cifuentes Muñoz.

no puede considerarse, como a nuestro juicio erróneamente lo ha interpretado la mayoría, en el presente caso, como una excepción a este principio general, que es una regla de oro de la convivencia social. Es así como hay causas eximentes de la obligación que existe, en principio, de guardar el secreto profesional, en las cuales debe imperar el sentido de la prudencia como manifestación de lo razonable.

En otro de los salvamentos de voto se sostuvo:

La circunstancia eximente es distinta a la hipótesis de violación del secreto, la cual opera cuando el profesional, debiendo guardar el secreto, lo revela. La violación es diferente a la circunstancia eximente, ya que esta última tiene su razón de ser en la legitimidad del bien común y en la protección del interés general. También debe distinguirse el acto de revelar al de divulgar. El primero puede ser hecho con toda la discreción que exija el caso y ante personas o autoridades indicadas por la prudencia, al paso que la segunda es una acción de publicación para el vulgo, lo cual atenta contra la privación de la persona.

Y finalmente en otro de los salvamentos se afirmó:

La solidaridad y la prevalencia del interés general eximen de la guarda del secreto a quienes pueden evitar la consumación de un delito futuro; y esto se encuentra en consonancia con el artículo 95 ya citado. El suscrito magistrado no comparte la posición de la mayoría de la Sala, que luego de invocar la solidaridad, niega la cooperación con el bien común y la insatisfacción del interés general, al otorgarle carácter absoluto a lo que es limitado, y confundiendo la inviolabilidad del secreto profesional con una absolutización del mismo.

La posición asumida por la Corte Constitucional crea graves problemas con esa decisión a todas las profesiones, pero particularmente a la praxis médica, porque con inusitada frecuencia el médico es requerido particularmente por las autoridades judiciales para que aporte las historias clínicas de sus

pacientes o que declare en relación con los hechos que conoció como médico y la situación que se había sostenido afirmativa en cuanto al deber de colaborar con las autoridades. La verdad es que cambia fundamentalmente con esta decisión de constitucionalidad porque en las actuales circunstancias los médicos, al igual que todos los profesionales que legalmente deben guardar sigilo, no están obligados a prestar esta colaboración.

La situación se hace todavía más dramática frente a la preservación de la salubridad pública o familiar ante determinadas patologías particularmente transmisibles, que con esta decisión podrían colocar a la familia o al medio social en peligro verdaderamente epidemiológico.

De todas maneras, la decisión que se comenta deja una posibilidad cuando dice que si el secreto profesional se revela para evitar la consumación de un delito grave, se podría inscribir la conducta en una de las causales de justificación y en este caso tendría que referirse de manera necesaria al estado de necesidad, porque en este momento y particularmente después de la sentencia que se comenta, la conducta del infractor del secreto profesional no podría ubicarse dentro de la causal de justificación de quien actúa en ejercicio de un derecho, de una actividad lícita o de un cargo público, porque precisamente la norma que consagraba ese derecho fue declarada inexecutable por la sentencia y por tanto no existe desde el punto de vista normativo.<sup>20</sup>

### **c) La historia clínica**

La historia clínica aparece definida en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 de la siguiente manera:

**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 en los casos previstos por la Ley.

Luego en el artículo 36 se determina que la historia clínica deberá diligenciarse con claridad, al disponerse:

20. Art. 29 C. P. Causales.- El hecho se justifica cuando se comete:

3 ). En legítimo ejercicio de un derecho, de una actividad lícita o de un cargo público.

5 ). Por la necesidad de proteger un derecho propio o ajeno de un peligro actual o inminente, no evitable de otra manera, que el agente no haya causado intencionalmente o por imprudencia y que no tenga el deber jurídico de afrontar.

**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.

De manera lamentable los médicos incurren en multitud de falencias en el cumplimiento de los deberes que les incumben en relación con la historia clínica, errores entre los que podemos mencionar los siguientes:

- a) No diligenciar la historia clínica o no hacerlo oportunamente.
- b) Hacerlo de manera incompleta;
- c) No hacerlo con la claridad exigida por la ley;
- d) Hacerle enmendaduras, correcciones o agregados con posterioridad al procedimiento realizado, generalmente para tratar de cubrir yerros cometidos en el mismo;

La importancia y repercusiones de la historia clínica son destacadas por Fernando Guzmán Mora y otros en la obra ***Derecho Médico Colombiano. Elementos Básicos. Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria***, al sostener que:

1. Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano;
2. Intenta encuadrar el problema del paciente;
3. Orienta la terapéutica;
4. Posee un contenido científico investigativo;
5. Adquiere un carácter docente;
6. Constituye importante elemento administrativo;
7. Tiene implicaciones legales.<sup>21</sup>

En la misma obra se afirma que sus características son las siguientes:

1. Su práctica es obligatoria;
2. Es irremplazable;
3. Es privada y pertenece al paciente;
4. Es objetiva y veraz.<sup>22</sup>

#### **d) Los certificados de complacencia**

El médico en el diario quehacer del ejercicio profesional debe producir multitud de documentos

que además de servir para los objetivos científicos, administrativos o terapéuticos para los que están previstos, se pueden convertir en medio de prueba, puesto que tienen capacidad para probar determinados hechos o circunstancias relacionados con la vida o la muerte de una persona, con su capacidad laboral por sanidad corporal o por el contrario, por su incapacidad. Pueden servir para determinar la existencia de una incapacidad y la correspondiente indemnización económica por la misma.

Todos esos documentos médicos o administrativos, estos últimos los que produce el médico como consecuencia generalmente de su vinculación a entidades prestadoras de servicios de salud, deben ceñirse estrictamente a la verdad de lo acontecido, so pena de incurrirse en una falta a la ética profesional o incluso en un delito de falsedad documental.

Los certificados expedidos por los médicos se encuentran regulados en los artículos 50 y 51 de la Ley 23 de 1981 que dispone:

**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 51.** El texto del certificado médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado.

Por razones de amistad, parentesco o en ocasiones por física corrupción acceden los médicos a dar certificados de complacencia, haciendo constar incapacidades inexistentes o emitiendo conceptos sobre incapacidades o certificados de invalidez para cobrar seguros, para reclamar pensiones de invalidez o similares.

#### **e) Las fallas institucionales.**

Con la nueva visión economicista se ha planteado una nueva estructura de prestación de servicios estructurada sobre premisas de producción de servicios, competitividad empresa-

21. *Derecho Médico Colombiano. Elementos básicos. Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria*, Fernando Guzmán Mora, Eduardo Franco Delgadillo, Edgar Saavedra Rojas, Tomo I Pág 679, Dpto Publicaciones Universidad Libre, Bogotá, 2006.

22. *Derecho Médico Colombiano. Elementos básicos. Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria*, Fernando Guzmán Mora, Eduardo Franco Delgadillo, Edgar Saavedra Rojas, Tomo I Pág 684, Dpto Publicaciones Universidad Libre, Bogotá, 2006.



rial, reorganización administrativa y mercadeo de servicios. Esto suena lógico, pues resulta perogrullada decir que una cosa es una entidad sin ánimo de lucro y otra es una institución con intención de pérdida. Sin embargo, pretender evaluar en términos exclusivamente monetarios y de ganancia cuantificable la función hospitalaria es poco menos que absurdo.

En lo que respecta a los profesionales que laboran en los hospitales, acostumbrados a recibir sueldos miserables y a practicar procedimientos de alto riesgo con recursos extremadamente limitados, las instituciones no se encuentran en capacidad de nivelarlos salarialmente debido a sus inexistentes recursos y a pesar de las disposiciones gubernamentales en este sentido. Y en el plano puramente administrativo, las herramientas gerenciales de los directores se encuentran limitadas por la corrupción y las influencias políticas. La mayor parte de los gastos hospitalarios se encuentran en el área de personal, que se encuentra por fuera del control gerencial.<sup>23</sup>

La Ley de Ética Médica regula las relaciones del médico con las instituciones, pero debe precisarse que esta norma es preexistente a la Ley 100, de tal manera que esta regulación debe mirarse, teniendo en cuenta que cuando la Ley de Ética se dicta no existía aún la socialización de la medicina. En tal sentido se dispone:

**ARTÍCULO 42.** El médico cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios.

**ARTÍCULO 43.** El médico que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atienda en esas instituciones.

**ARTÍCULO 44.** El médico no aprovechará su vinculación con una institución para inducir al paciente a que utilice sus servicios en el ejercicio privado de su profesión.

**ARTÍCULO 45.** El médico funcionario guardará por sus colegas y personal paramédico subalterno la consideración, aprecio y respeto que

se merecen, teniendo en cuenta su categoría profesional, sin menoscabo del cumplimiento de sus deberes como superior.

En muchas ocasiones el médico se ve involucrado en procesos disciplinarios, porque las instituciones y los auditores médicos, más preocupados por los resultados económicos de la gestión, limitan los fármacos que pueden recetar o los exámenes que pueden ordenar, de la misma manera que imponen la atención de un número de pacientes en un tiempo determinado. Es obvio que tales directrices van en contra de los intereses de los pacientes y de los médicos, y muchas veces se verifica que no se trata de errores médicos sino de directrices institucionales.

#### ***f) Los sentimientos nacidos de los nexos familiares***

En muchas ocasiones los médicos son denunciados por motivos fundamentalmente emocionales, pues es muy difícil que el hombre acepte naturalmente la enfermedad y la muerte y cuando ello ocurre se tiene la tendencia de acusar a los médicos como responsables de las consecuencias funestas que se presentan.

De la misma manera, muchas personas tienen la convicción de que el médico todo lo debe curar y que no deben quedar consecuencias molestas ni desagradables. En este tipo de situaciones son muchos los que buscan en el médico al responsable y causa directa de tales consecuencias, que generalmente son inevitables como secuela del trauma, de la enfermedad o de la patología.

Pero son innumerables las quejas injustificadas contra médicos instauradas por pacientes, padres, hijos, madres o personas afectadas sentimentalmente por la enfermedad o la muerte de un ser querido.

#### ***g) Los incontrolados impulsos sexuales.***

Una de las situaciones más delicadas y denigrantes para la profesión médica es la producida cuando un profesional, abusando de su posición de autoridad y dominancia sobre un paciente, resquebraja la confianza del mismo y

23. *Derecho Médico Colombiano. Elementos básicos. Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria.* Fernando Guzmán Mora, Eduardo Franco Delgado, Edgar Saavedra Rojas, Tomo I Pág 154, Dpto Publicaciones Universidad Libre, Bogotá, 2006.

manipula su cuerpo y su mente para obtener alguna forma de acercamiento sexual con quien se encuentra en franca posición de desventaja frente a su agresor, en este caso un médico delincuente.

Porque no solamente transgrede la barrera de su pudor, sino que se irrumpe en lo más sagrado de una persona: su intimidad.<sup>24</sup>

El médico debe realizar los exámenes a los pacientes con el más estricto cumplimiento de los protocolos respectivos y cuando se trata de personas del otro sexo debe procurar siempre la presencia de una auxiliar o de un pariente del paciente para evitar no solo tentaciones, sino que por malos entendidos pudiera llegar a verse involucrado en una acusación tan desagradable como la del abuso sexual. Si se trata de menores, la recomendación anterior es mayormente imperativa.

### ***h) Los visionarios de resultados milagrosos***

La medicina es una ciencia de medios y nunca de resultados; así lo ha sostenido de tiempo atrás la jurisprudencia colombiana y es así como en Sentencia del 5 de marzo de 1940 la Corte Suprema de Justicia sostuvo:

...La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste...

Se ha sostenido por parte de algunos que la cirugía estética es de resultados, pero consideramos que ninguna de las expresiones o especializaciones es de resultado, porque siempre el médico enfrenta a un organismo vivo, cambiante, una especie de laboratorio biológico que reacciona de manera diferente en ocasiones a un mismo estímulo, que es absolutamente impredecible frente a determinados sucesos y acontecimientos, que son exactamente los que convierten a la medicina en una ciencia de medios y no de resultados.

Es claro que el ejercicio de la medicina por su misma naturaleza siempre implica un riesgo; de allí que sea mayoritaria la doctrina al considerar que el tratamiento médico o quirúrgico es de medios y no de resultados, porque por elemental que sea la intervención o por laxo que sea el tratamiento se pueden producir resultados adversos imposibles de prever.

Pero el hecho de que sea una profesión riesgosa en su ejercicio no quiere decir que el médico esté autorizado para intentar cualquier tipo de intervenciones quirúrgicas o de tratamientos, porque es evidente que se coloca en el límite mismo de la ley cuando somete al paciente a riesgos injustificados.

En referencia a esta temática Molina Arrubla ha sostenido:

A causa del desarrollo de la técnica y de los avances de la investigación, las que propenden al mejoramiento de las condiciones de vida de los asociados, es algo inhesitable que no es posible, para el derecho penal, prohibir todas aquellas acciones que puedan generar un riesgo para los bienes jurídicos. Así, y pese a lo riesgosas que ellas puedan aparecer, no puede el ordenamiento jurídico penal prohibir, por ejemplo, las actividades propias del transporte terrestre o aéreo. Pero lo que sí puede hacer el derecho penal es limitar la órbita de ejecución y desempeño de tales actividades hasta un límite socialmente tolerable, dentro del cual se compadezcan las necesidades sociales con relación a esa actividad con el mantenimiento y pervivencia del grupo social en cuanto tal, referido a la defensa de los bienes jurídicos de los cuales son titulares sus componentes individuales: esto es lo que se conoce como el riesgo permitido, que nos habilita para sostener, con apoyo en Montealegre Lynett, que mientras el ciudadano se mantenga dentro de los límites del peligro socialmente tolerado, esto es, del riesgo permitido, toda lesión o puesta en peligro de bienes jurídicos con ocasión del desarrollo de su actividad, no puede ser considerada como ilícita.

Trasladando lo expuesto a la temática que nos ocupa, podemos decir que en el ejercicio pro-

24. *Derecho Médico Colombiano. Elementos básicos. Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria*. Fernando Guzmán Mora, Eduardo Franco Delgado, Edgar Saavedra Rojas, Tomo II Pág 1425, Dpto Publicaciones Universidad Libre, Bogotá, 2006.

fesional de la medicina es cierto que el médico debe exponer al paciente a ciertos riesgos y maniobras peligrosas, en aras de mantener, preservar, mejorar o recuperar su integridad, su salud y aun su vida. Por ello, la pregunta para esta altura de nuestra exposición sería: ¿Cuál es ese residuo de peligro socialmente tolerado en el ejercicio de la profesión médica con base en el cual podemos considerar que no es ilícito el resultado negativo?<sup>25</sup>

En tal sentido se sostiene:

Se dice que el paciente que acude al cirujano plástico es un paciente sano y que al desear cambiar su apariencia acude por un resultado concreto. Por lo anterior, el incumplimiento manifiesto con un resultado diferente ha sido considerado por algunos juristas como elemento condenatorio para el cirujano.

Esta consideración es absurda. Si se recuerda que la cirugía pudo desarrollarse gracias al sorprendente fenómeno de la cicatrización, y que este mecanismo fisiológico se basa en la actividad de las células de cada individuo, se puede afirmar que la cicatrización es, incluso a nivel ultraestructural, diferente en cada persona. Es imposible ofrecer una garantía de resultado y no de medio en un proceso sobre el cual el cirujano carece de control. En el instante en el que se incide la cubierta cutánea, se dispara el proceso de cicatrización y, desde ese momento, el cirujano pierde el control sobre el resultado final. En uno de los libros de cirugía plástica más conocidos (McCarthy y cols) se lee:

Es fundamental que los cirujanos clínicos y los investigadores comiencen a darse cuenta de lo que alguna vez fue considerado como un proceso de cicatrización normal o aceptable, no es lo uno ni lo otro. El afirmar que una herida cutánea que permanece cerrada representa un proceso normal, es ingenuo.

Se carece de control sobre los procesos de epitelización, contracción cicatricial, síntesis de colágeno y matriz fundamental, remodelación del colágeno y modulación del proceso inflamatorio. El mismo autor afirma:

“En el curso de un desarrollo mayor, el hombre perdió la habilidad de regenerar órganos compuestos y tiene sólo un sustituto de tejido fibroso relativamente simple y frecuentemente insatisfactorio para restaurar la integridad física. Desafortunadamente, la reparación es considerada en un sentido general como beneficiosa. Sin embargo, el método de restaurar la integridad física con el depósito de proteína fibrosa (colágeno) puede producir complicaciones cosméticas y funcionales peores que la herida original”.

La piel es uno de los órganos más complejos del individuo, posee propiedades hemostáticas fundamentales, juega un papel claro dentro del sistema inmunológico, nos aísla del medio externo previniendo el acceso de bacterias, tóxicos y algunas radicales. Interviene en la termorregulación, en el proceso circulatorio, en la interrelación externa a través del tacto y la temperatura, en la regulación hidroelectrolítica y en la excreción de hormonas. Por lo tanto, el reemplazo de la cubierta cutánea por el proceso de cicatrización no deja de ser, desde este punto de vista, insuficiente. La variadísima gama de eventos que ocurren en cada sitio traumatizado por la acción del cirujano incluye: movilización de plaquetas, mecanismos inflamatorios, acción de macrófagos y granulocitos, actividad de fibroblastos, síntesis de tejido colágeno y remodelación de la cicatriz, entre muchísimos otros.

Si a esto se suman las características de cada enfermo –edad, nutrición, deficiente en algunas sustancias, hormonas, prostaglandinas, uso de fármacos, enfermedades asociadas e incluso variaciones debidas a la misma temperatura– se hace prácticamente impredecible un resultado concreto. ¿Acaso se puede predecir en forma absoluta si una paciente desarrollará una cicatriz hipertrófica, atrófica o un queloide en el postoperatorio de una mamoplastia, lipectomía o cualquiera otra cirugía? ¿Se puede asegurar que después de una dermoabrasión no quedarán trastornos pigmentarios? Muchos eventos permanecen aún ocultos al conocimiento y por lo tanto no son controlables.<sup>26</sup>

25. *Responsabilidad penal en el ejercicio de la actividad médica*, Carlos Mario Molina Arrubla, pág. 250 E. Biblioteca Jurídica Dike, Medellín 1998.

26. *Derecho Médico Colombiano. Elementos básicos. Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria*, Fernando Guzmán Mora, Eduardo Franco Delgado, Edgar Saavedra Rojas, Tomo II Pág 996, Dpto Publicaciones Universidad Libre, Bogotá, 2006.

La obligación del consentimiento informado es absolutamente esencial, y cuando están de por medio factores estéticos y de vanidad consideramos que el mismo debe estar redactado con cuidado y detalles microscópicos, dejando claramente sentados los riesgos que la intervención conlleva y por sobre todo las consecuencias negativas que pueden producir la cirugía, el postoperatorio y la cicatrización.

La norma que impone estas obligaciones sobre el consentimiento informado y los riesgos que toda intervención médica implica determina:

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

### ***i) Los que realizan prácticas profesionales sin tener la formación académica***

Solo en casos de urgencia o emergencia el médico no especializado puede tratar pacientes que se encuentran afectados por un mal que no sea de su especialidad.

Es muy frecuente, particularmente en la cirugía plástica, que personas que no han hecho la residencia en esa especialidad, con la asistencia a un diplomado o a una conferencia sobre el tema se sientan capacitadas para ejercer una determinada especialidad.

Igual sucede con quienes se atreven a realizar determinadas intervenciones que requieren y exigen instituciones de un mejor nivel técnico-científico, en sitios donde no están garantizados los derechos del paciente, sobre todo cuando se presenta una emergencia que no puede ser tratada en el sitio donde se está realizando la intervención y que conlleva que el paciente tenga que ser trasladado de urgencia a otra institución de mejor nivel, con todos los peligros y riesgos que ello entraña.

Situación similar se presenta cuando en las intervenciones quirúrgicas no está todo el personal científico y auxiliar requerido, o no se hacen los exámenes previos, el examen preanestésico y otros similares.

### ***j) Los que son acusados como consecuencia de los comentarios adversos y malintencionados de sus propios colegas***

En esta ciencia se practica con más frecuencia de la que fuera de desear la “antropofagia médica”, porque de manera lamentable es muy generalizado que tras de la acusación de un médico hay un colega detrás, bien porque impulsa e incita directamente al paciente o a sus familiares a denunciar, o porque con sus comentarios negativos respecto del tratamiento dado por su antecesor, sobre los fármacos recetados o la inoportuna o antitécnica cirugía, termina estimulando o instigando al denunciante.

Son muchos los médicos que olvidan el principio consagrado en el artículo 29 de la Ley de Ética Médica cuando imponen lealtad y consideración mutua entre los colegas, que no es más que la concreción normativa que en el juramento hipocrático impone considerar a los colegas como sus propios hermanos.

**ARTÍCULO 29.** La lealtad y la consideración mutuas constituyen el fundamento esencial de las relaciones entre los médicos.

## **Capítulo V. Instituciones de salud y responsabilidad médica**

Es evidente que la medicina contemporánea se ha modificado sustancialmente en su ejercicio no solo por los asombrosos desarrollos tecnológicos obtenidos, por la socialización de su ejercicio, por la casi desaparición de la tradicional relación médico-paciente, sino por la aparición de importantes intermediarios que han colocado el ejercicio de la medicina en una situación deficitaria para los médicos, para la salud y para la vida de los pacientes.

Es claro que si como consecuencia de estas intermediaciones se piensa primero en los resultados económicos la salud de los pacientes se pone en peligro y ello es lo que está pasando en la actualidad, cuando los médicos deben enfrentar un estipendio profesional precario, un exceso de carga laboral y en muchas ocasiones claras limitaciones a su formulación diagnóstica; cuando los terceros intermediarios restringen la calidad, intensidad, duración o el costo de los fármacos, de los tratamientos o terapias recomendados.

Frente a esta situación es obvio que si como consecuencia de estas modificaciones en el ejercicio de la medicina se pudieren presentar resultados

negativos en la vida o la salud de los pacientes ha de pensarse necesariamente en una responsabilidad institucional y no propiamente en una médica.

Esa es la razón por la cual el nuevo proyecto de ley sobre el ejercicio ético de la profesión médica estableció un artículo en el que se determina que si los resultados son negativos para la salud del paciente, como consecuencia de las deficiencias técnico-científicas de la institución hospitalaria o por las condiciones de trabajo establecidas por la misma, la responsabilidad no será de los médicos tratantes.<sup>27</sup>

## Capítulo VI. Los Tribunales de Ética, los médicos y la salud comunitaria

Constituyen los Tribunales de Ética Médica y en general de ética profesional una necesidad social insoslayable, porque si bien la Constitución consagra la libertad de profesión y oficio, también lo es que al garantizar la vida, la salud, el medio ambiente, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, el derecho al trabajo, la vivienda y tantos otros derechos, para la preservación de los mismos debe garantizárseles a los integrantes del núcleo social que los servicios profesionales que reciben sean idóneos y prestados con pericia y diligencia.

Es la razón por la cual, pese a la libertad de escogencia profesional, el Estado se abroga el derecho de reglamentar y controlar todas las profesiones admitidas normativamente, porque de no ser así los derechos consagrados y garantizados estarían siempre en inminencia de ser vulnerados por un ejercicio profesional en contravía de los lineamientos técnico-científicos y legales.

Son entonces los Tribunales de Ética una necesidad social y un positivo aporte para la dignificación de las diversas profesiones, porque es claro que aun en el caso específico que nos preocupa, un médico deshonesto desdice de su profesión, la mancha y con tal ofensa afecta la integridad de los miembros del cuerpo médico, pues es bien sabido que el pueblo, cuando ocurren situaciones o circunstancias que lo afectan, no particulariza al deshonesto sino que generaliza, haciendo referencia al cuerpo médico en su globalidad.

Los Tribunales de Ética Médica, entonces, están concebidos para garantizar el correcto ejercicio de la medicina y, cumplido este propósito, efectivizar los más altos intereses constitucionales de velar por la salud y la vida de los ciudadanos.

Creemos que los médicos, dentro de tales previsiones, no solo deben esforzarse por cumplir personalmente de la manera más estricta con sus deberes, sino que deben poner en conocimiento de las autoridades todo acto médico que deshonre la profesión y que afecte la moral y la honra médica, porque con tal procedimiento no solo está colaborando en bien de la salud y la vida de los miembros de la comunidad, sino protegiendo el presente y el futuro de la profesión médica.

## Bibliografía

- 1) Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual, Guillermo Cabanellas, Tomo III E. Heliasta. Buenos Aires, 1996.
- 2) Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana, Joan Corominas, E. Gredos, Madrid, 1990.
- 3) Tratado de Derecho Penal. Luis Jiménez de Asúa. E. Losada. Buenos Aires, 1967.
- 4) Constitución, Derechos Humanos y proceso penal, Edgar Saavedra Rojas, E. Gustavo Ibañez, Santafé de Bogotá, 1995.
- 5) Diccionario de Filosofía. J. Ferrater Mora. Nueva edición revisada, aumentada y actualizada por el profesor Josep- María Terricabras. Tomo II. E. Ariel Barcelona, 1994.
- 6) La relación médico-paciente: El consentimiento informado. Elena L. Highton, Sandra M. Wierzbicka. E. Ad-hoc Buenos Aires, 1991.
- 7) Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica. Aspectos jurídicos y médico-forenses. Manuel García Blásquez, Juan J. Molinos Cobo, E. Comares Granada. 1997.
- 8) Responsabilidad penal en el ejercicio de la actividad médica, Carlos Mario Molina Arrubla, E. Biblioteca Jurídica Dike, Medellín, 1998.
- 9) Derecho Médico en Venezuela, Rafael Aguiar Guvara, E. Livrosca. Caracas, 1996.

27. Art. 42. Responsabilidad ante el sistema General de Seguridad Social. El médico no será responsable cuando en los servicios del Sistema General Social en Salud se ocasione daño a los usuarios debido exclusivamente al incumplimiento contractual por parte de dicho sistema o por fallas técnicas, administrativas o asistenciales del mismo.

- 10) La responsabilidad penal del médico. Alberto Arteaga Sánchez, Tercera edición. Imprenta Universitaria. Caracas, 1991.
- 11) La responsabilidad médica en la antigua legislación penal china, Nuevo Foro Penal (Argentina) Nro. 5. enero-marzo, 1980.
- 12) Malpraxis en medicina. Algunos aspectos éticos del ejercicio profesional. Gustavo Quintini Alizo. Caracas, 1970.
- 13) Alfredo Echeverry. "Tipos penales aplicables a la actividad médica", Rev. Chilena de Derecho, Vol. 13 Chile, Santiago de Chile.
- 14) Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Luis Alfonso Vélez Correa, CIB Servigráficas. Medellín, 1989.
- 15) Demichil, Droit Medicales, citado por Javier Fernández Costales. En El Contrato de servicios médicos. E. Civitas. Madrid, 1988.
- 16) El médico ante el derecho. La responsabilidad penal y civil del médico. Carlos María Casabona, Publicaciones Mrio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985.
- 17) La culpa en la actividad médica. Imputación objetiva y deber de cuidado. Eduardo Montealegre Lynett, U. Externado de Colombia. Bogotá, 1988.
- 18) Mazeau, Citado por Alberto J. Bueres. En: Responsabilidad civil de los médicos. Buenos Aires. E. Abaco de Rodolfo Desalma, 1979.
- 19) La responsabilidad civil extra-contractual en Colombia. Gilberto Martínez Rave. Señal Editora. Medellín, 1983.
- 20) La responsabilidad civil de los médicos. Ricardo Luis Lorenzetti. E. Rubinzal-Culzoni, Santafé (Argentina), 1986.
- 21) Prueba de la culpa médica. Roberto Vásquez Ferreyra. E. Dike, Medellín, 1995.
- 22) Sobre la prueba de la culpa médica. Javier Tamayo Jaramillo. E. Dike Medellín, 1995.
- 23) El consentimiento informado, María Patricia Castaño de Restrepo. E. Temis Santafé de Bogotá, 1997.
- 24) Derecho Médico Colombiano. Elementos básicos. Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria. Fernando Guzmán Mora, Eduardo Franco Delgadillo, Edgar Saavedra Rojas, tres tomos, Dpto Publicaciones Universidad Libre, Bogotá, 2006.
- 25) Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual, Guillermo Cabanellas, E. Heliasta, Buenos Aires, 1996.
- 26) El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha. Miguel de Cervantes Saavedra. Edición IV Centenario, con grabados de Gustavo Doré, comentada por Clemencín y precedida de un estudio de Luis Astrana Marín, 4 Tomos. E. Alfredo Ortellas. Madrid, 1986.
- 27) El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha, Miguel de Cervantes Saavedra, ilustrado por José Segrelles, 2 Tomos. E. Espasa Calpe, Madrid, 1966.

# Procesos ético-disciplinarios

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

### Resolución No. 001-2007

Santiago de Cali, a los quince (15) días del mes de agosto de dos mil siete (2007)

#### Proceso Disciplinario No. 771-05

#### Objeto de Decisión

Se procede a decidir si existe o no mérito para sancionar por presunta violación a la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981 al Dr. H. R. G., vinculado a la investigación y escuchado en descargos por hechos relacionados con la paciente E. R. G. P.

#### Consideraciones

##### 1. La queja

Fue remitida al TEM-SV por el Tribunal Nacional de Ética Médica y recibida el 18 de mayo/05. La denunciante es la Sra. E. R. G. P. y el Dr. H. R. G. el denunciado.

En el folio 00004 está la comunicación que envía la Sra. E. R. G. P. a la Procuraduría General de la Nación para que se investigue al Dr. H. R. G., en relación con procedimiento quirúrgico realizado en la Clínica La Esperanza de Cali el día 14 de febrero de 2004, en cuyos apartes se lee:

A) Que la cirugía de mamoplastia y lipoesultura ocasionó complicaciones serias, así:

- Necrosis del área cutánea subcutánea con ulceración en la fosa ilíaca izquierda, sobre la espina ilíaca antero superior, de aproximadamente 10 cm por 8 cm en los diámetros mayores.
- Dislocación protésica mamaria de derecha hacia izquierda.
- Irregularidad del perfil cutáneo abdominal.

- Diástasis de las cicatrices periareolares, bilateralmente con irregularidad de las mismas.

Comenta que por motivos personales y laborales después de efectuada la operación tuvo la necesidad de viajar a Italia y estuvo sometida a consultas médicas y terapias para tratar la lesión ulcerosa abdominal producto de la operación del citado médico; que solo después de cuarenta días se cerró dejando un área de cicatrización discrómica, con cutis neoformado, doloroso, deprimido y fácilmente reulcerable.

B) Apoyado en concepto médico, presuntamente del Dr. L. DEL R., asegura que hubo una falta de pericia en la técnica empleada por el Dr. H. R. G. Dice:

“La dislocación protésica se debió efectivamente a un impropio descuelle de los tejidos y de las glándulas sin haber respetado el plano esternal; la remodelación de las areolas se presenta impropia con indicación aproximada del perímetro de la misma, la liposucción fue llevada a cabo de una manera excesivamente superficial con respecto al plano cutáneo causando una desvascularización en la amplia área descrita, aparte de impropia moderación, teniendo en cuenta las irregularidades descritas”.

Sostiene que con una nueva cirugía se obtendría una mejoría consistente en:

- a. Reconstrucción de la sede mamaria derecha, volviendo a separar las dos bolsas subglandulares anteriormente constituidas.

- b. Las cicatrices periareolares se removerán completamente y las dos areolas se volverán a diseñar, recolocar y reconstruir.
- c. En la subcutis de la cicatriz en el lugar sobre espina ilíaca anterosuperior izquierda es necesario efectuar un reimplante con autoinjerto de tejido adiposo, por sacar de otra parte corpórea, para fines de volver a levantar la depresión provocada por la cicatriz y solo posteriormente modificar la cicatriz y reconstruir un correcto plano de tejido.
- d. Se efectuará un nueva lipoescultura de la pared abdominal para remodelar todas las irregularidades del plano cutáneo.
- e. Remata su escrito de queja solicitando que el médico sea sancionado por su acto negligente, y por daños y perjuicios la Clínica La Esperanza sea condenada a pagar la suma de cien millones de pesos (\$100.000.000).

## **2. Ratificación de la queja**

Mediante despacho comisorio remitido al Consulado de Milán, Italia, se obtuvo la ratificación de la queja. Manifiesta la señora E. R. G. P. que por la información que le suministró una amiga que vive en Italia, viajó a Cali con el propósito de consultar con el Dr. H. R. G. el cambio de prótesis porque los senos “se estaban cayendo” y deseaba unos que pesaran menos, así como quitarse un poco de grasa del abdomen y de los costados. Sostiene que convenida la cirugía, ese mismo día se practicaron los exámenes necesarios y al día siguiente fue operada. Reprocha la actitud del Dr. H. R. G. por no comunicarle que no era cirujano estético sino médico general, aunque afirma que no consultó sobre si tenía o no especialidad porque a su amiga le realizó una liposucción y lo recomendó.

Declaró que el objetivo de su queja consiste en que se le paguen los daños fisiológicos y psicológicos, que estima en cien millones de pesos (\$100.000.000), aclarando que formuló denuncia penal ante la Fiscalía y una abogada la representa en el proceso.

Sostiene que lo llamó y habló con él y la respuesta que obtuvo es que él la operaba de nuevo pero tenía que pagarle.

## **3. Versión libre del Dr. H. R. G.**

En esta diligencia el Dr. H. R. G. refirió que la paciente consultó por cirugía de mamas y lipo y que

en cirugía anterior le había colocado unas prótesis aparentemente subglandulares, tenía una ptosis mamaria, quería mejorar el contorno corporal y colocarse grasa en los glúteos. Al examen físico se encontró bastantes nodulaciones o fibrosis en la piel, prefirió que se practicara pexia de senos periareolar y cicatriz vertical. El procedimiento quirúrgico consistió en cambiar la prótesis a un bolsillo retromuscular y hacer una pexia periareolar, se hizo lipo y se obtuvo 800 cc de grasa, y en los glúteos un injerto graso de 300 cc cada uno.

Al solicitarle que transcribiera algunos aportes de la historia clínica por no ser legibles, lo hizo destacándose que en la valoración prequirúrgica (folio 00013) quedó anotado que la cirugía por areola podía requerir de dos o tres tiempos quirúrgicos y como tiene lipo previa no se le puede garantizar que quede bien uniforme la piel, porque tiene muchas irregularidades.

Conocida la queja y su ratificación, el versionado declaró que en este caso se debió salir la prótesis mamaria del bolsillo retromuscular y pasar al bolsillo subglandular de la cirugía previa, pero que esto fue advertido a la paciente. Sobre la lipoescultura argumenta que en la cirugía pudo haberse presentado una desvascularización del tejido y por tanto una necrosis de la piel, pero no sabe cómo la paciente trató esta lesión. Asegura que a la paciente se le dijo que no eran cirujanos plásticos sino cirujanos generales, que no se le garantizaron resultados.

Al interrogársele si por la fecha del 15 de enero de 2004 (día de la realización de la cirugía) él tenía alguna especialidad en su profesión de médico, respondió que ninguna.

## **4. Historia clínica**

Los folios 00012 a 00032 contienen la historia clínica remitida por la Clínica La Esperanza.

De ella se extractan los siguientes datos:

Paciente: R. G.

Edad: 39 años

Ocupación: Comerciante

Fecha de Hospitalización: Enero 15 de 2004

Antecedentes Quirúrgicos: Mamoplastia hace dos años. Anestesia General.

T.A. 116/70, Peso: 50 Kgr, Talla: 1.64, F.C. 80 / m, F.R. 16 / m.



**Como registro anestesiólogo:**

Riesgo 2

Electivo

Técnica: General  
 Conductiva  
 Epidural

Tiempo de anestesia 5 horas 00 minutos

Tiempo de operación 4 horas 35 minutos

Operación: Mamopexia + Lipoescultura + Corrección mamoplastia de levante.

Anestesiólogo: G. H.

No registró complicaciones.

**Nota operatoria**

Corresponde al folio 00015 fte. fecha 15 de enero de 2004. Como su texto resultó ilegible, fue transcrita por el Dr. H. R. G. en diligencia de versión libre, al igual que la nota de valoración de fecha 16 de enero de 2004 (f.l. 00015 vto). Por tanto, en esta diligencia se encuentran los datos que se registraron como nota operatoria y la valoración previa a la salida de la clínica, cuya autoría ha reconocido el Dr. H. R. G.

**5. Análisis de los hechos y formulación de cargos**

La Sala estima que los hechos materia de investigación permiten esbozar varias faltas a la ética médica por parte del Dr. H. R. G., a saber:

- a. Por la fecha del acto quirúrgico - 15 de enero de 2004 - el Dr. R. G. no tenía título de especialidad en medicina que lo acreditara para practicar mamoplastia y lipoescultura en una paciente que pretendía un mejoramiento de la imagen corporal no proveniente de enfermedad orgánica, lo cual coloca en el plano de la cirugía estética el procedimiento que requería la señora E. R. G. P. Este tipo de cirugía debe ser practicada únicamente por personal idóneo, cirujanos especialistas que posean los conocimientos para hacer el abordaje por los sitios exactos de acuerdo con los pliegues corporales, pues adquieren habilidad para realizar un colgajo dérmico, conocen la elasticidad de los tejidos o las mejores técnicas para una adecuada cicatrización, eligen el mejor instrumental quirúrgico, etc.

Aceptando en gracia de discusión que el Dr. R. G. no se anunció como cirujano plástico o cirujano estético sino como médico general, es decir, que no indujo a la paciente a que lo mirara con título de idoneidad, lo evidente desde el punto de vista ético es que él debió excusarse de prestar el servicio porque la cirugía ameritaba ser realizada por médico especialista, previo examen general, y no se encontraba frente a un caso de urgencia.

Infringió presuntamente el literal a) del artículo 7 de la Ley 23 de 1981, concordante con el artículo 4 literal a) del Decreto 3380 de 1981.

- b. Cuando de manera consciente el médico realiza el acto quirúrgico careciendo del título que las instituciones universitarias otorgan en determinada rama de la ciencia médica para el ejercicio profesional, potencialmente coloca en riesgos injustificados al paciente. En el caso presente, el Dr. R. G. expuso a la paciente E. R. G. P. a riesgos injustificados, que pudieron darse en la cirugía o como resultado de ésta, siendo una de esta última la desvascularización del tejido o la necrosis, a las cuales alude la quejosa en su escrito, aspecto no desconocido por el versionado atendiendo la diligencia realizada el 12 de abril de 2007.

Infringió presuntamente el artículo 15 de la Ley 23 de 1981, concordante con el artículo 9 del Decreto 3380 de 1981.

- c. La historia clínica no fue diligenciada con claridad. Por ser ilegibles en gran medida las anotaciones realizadas por el Dr. R. G., se dispuso que fueran transcritas en diligencia de versión libre, siendo una de ellas y la más relevante para el caso presente la nota operatoria. Conocido su texto, se comprende qué fue lo realizado.

Infringió presuntamente el artículo 36 de la Ley 23 de 1981.

- d. La Sala considera que el compromiso responsable, leal y auténtico que debe existir en la relación médico-paciente, que constituye uno de los principios de la ética médica, no fue observado por el Dr. R. G. en los hechos investigados. Este compromiso, consignado en el artículo 1º. numeral 4º. de la Ley 23 de 1981, está conectado a una parte del juramento médico adoptado en la Convención de Ginebra de la Asociación

Médica Mundial: la promesa de “ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”.

Por tanto, se estima presuntamente violado el artículo 1º numeral 4º de la Ley 23 de 1981.

Sobre el particular y como corolario la Sala considera que en estos hechos se está frente a lo que se conoce como “intrusismo”, situación repetida por el profesional investigado (proceso ético – disciplinario No. 557-01).

Por encontrarse reunidos los requisitos del literal b) del artículo 80 de la Ley 23 de 1981, se formularon cargos contra el Dr. H. R. G. por supuesta violación a la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981, respecto a las disposiciones relacionadas anteriormente, conforme al auto interlocutorio No. 021 de 30 de mayo de 2007.

### **6. Diligencia de descargos**

El día 18 de julio pasado se celebró la diligencia de descargos del Dr. H. R. G., quien estuvo acompañado de su apoderada judicial. Concedido el uso de la palabra el Dr. R. G. leyó el escrito que preparó para la ocasión, del cual se extracta:

1. Que únicamente acepta como cargo el consistente en no haber diligenciado con claridad la historia clínica de la paciente E. R. G. P., comportamiento descrito en el artículo 36 de la Ley 23 de 1981.
2. Rechaza el cargo consistente en no rehusarse a la prestación del servicio de cirugía de mamoplastia y lipoescultura por no poseer título de especialidad con los argumentos: a) La Ley no ha reglamentado la cirugía estética ni ha delimitado el campo de la cirugía plástica; b) Lleva veinte (20) años realizando este tipo de cirugías y en su caso no se puede hablar de inexperiencia ni de impericia; c) La paciente tenía plena conciencia que él no era un médico con título de especialidad, pero sí con experiencia en procedimientos quirúrgicos de esta clase. La elección de la paciente fue libre, conforme al artículo 4º de la Ley 23 de 1981.
3. Rechaza el cargo consistente en que expuso potencialmente a la paciente a riesgos injustificados alegando que lo sucedido con la señora E. R. G. fue una “complicación del procedimiento”, que los riesgos le fueron explicados en la valoración prequirúrgica en donde se le comu-

nicó la necesidad de otros tiempos quirúrgicos y de las consecuencias dado el hecho que ya había sido operada por especialista.

4. Rechaza el cargo consistente en que no hubo de parte suya un compromiso responsable, leal y auténtico para con la paciente, principio ético consignado en el artículo 1º numeral 4º de la Ley 23 de 1981, porque todos los días se levanta con más ganas de ejercer la profesión con dignidad y a conciencia, aludiendo a su progenitor el Dr. J. E. R. como su guía, rodeado de muy buenos médicos que le han transmitido su conocimiento, inquieto y destacado en el plano académico, por lo que estima que “no están hablando con un empírico en la rama”.

La diligencia de descargos concluyó con algunas preguntas formuladas al Dr. R. G., de las cuales se obtuvo la afirmación que desde cuando salió de la universidad está haciendo lipectomía con su padre e igualmente mamoplastias reductoras. Aclara que su progenitor no es médico especialista en cirugía plástica, pero que es un gran cirujano, y que su fuente de conocimiento es el Dr. J. E. R. y otros médicos cirujanos, los cuales no aparecen dando el aval o la certificación correspondiente dentro de los documentos que presentó en la diligencia de descargos, orientados a demostrar su experiencia y la permanente actualización médica.

### **Análisis de los descargos**

Es indudable que el punto central del debate consiste en si el Dr. R. G. actuó o no acorde con la ética médica cuando realiza cirugía de mamoplastia y lipoescultura en paciente que residiendo en Italia viaja hasta la ciudad de Cali con el propósito de consultar con él, no teniendo en ese momento título de especialista como cirujano plástico sino de médico general. La Sala no puede aceptar el argumento expuesto por el investigado consistente en que como la cirugía plástica no está reglamentada por la ley él podía comprometerse a la práctica de lipoescultura y mamoplastia, por cuanto sería desconocer que en Colombia existen especialidades médicas avaladas por el Ministerio de Educación Nacional, acordes con programas universitarios, que son reconocidas por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), y que inclusive son obtenidas en virtud de los Convenios Docente Asistenciales (Decreto 190 de 1996). La cirugía

plástica es una de esas especialidades y quienes la ejercen pueden pertenecer a agremiaciones científicas regionales, nacionales y aun extranjeras, tales como la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, o la Sociedad Ibero – Latinoamericana de Cirugía Plástica y Estética.

¿Cómo desconocer de un tajo esta realidad sin caer en un despropósito cuando precisamente se aborda el tema ético?

El Dr. R. G. acude al argumento que él lleva veinte (20) años realizando este tipo de cirugías y que por tanto en su caso no puede hablarse de inexperiencia ni de impericia, pretendiendo justificar su actuar. Acontece que en el campo de la medicina se aplica la LEX ARTIS, que es el compendio de las normas o reglas propias del arte o desempeño oficioso de la ciencia médica propiamente dicha, que incluye el conjunto de procedimientos generalmente aceptados en el adecuado ejercicio de la medicina, siendo una de sus expresiones las guías de manejo de las sociedades científicas, las cuales a su vez son frecuentes en los centros universitarios por cuanto obedecen a protocolos de manejo, que pueden variar según las diferentes escuelas médicas.

¿A qué formación académica o escuela corresponde el profesional investigado?

Una de las cualidades que debe poseer el médico en el ejercicio de la profesión es la prudencia, que consiste en discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o apartarse de ello, definición esta que corresponde al diccionario de la Real Academia Española. El término prudencia encierra cautela, moderación, sensatez, buen juicio. Lo contrario es la imprudencia. ¿Actúa con sensatez el médico general que practica lipoescultura y mamoplastia en el territorio colombiano? La respuesta siguiente, que comparte el Magistrado Instructor, proviene del médico JORGE EDUARDO PAREDES DUQUE en su libro RIESGOS EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA, ANÁLISIS MEDICO GENERAL:

“En el caso de un médico general sin título para realizar una intervención de cirugía estética, tipo mamoplastia, lo que ha sucedido con relativa frecuencia, en mi opinión, hay imprudencia, pues actúa sin ser competente para hacerlo, hay impericia por no tener habilidad, ni los conocimientos, ni los títulos que lo acrediten y

además viola la lex artis, las reglas del arte médico dicen que esto es del especialista y en los planes de formación del médico general no se enseñan estos procedimientos”.<sup>1</sup>

Se aduce que como en el consentimiento informado se relacionaron los riesgos y este documento fue firmado teniendo la paciente pleno conocimiento que el Dr. R. G. no era cirujano plástico sino médico general, la señora E. R. G. ejerció el derecho a la libre elección del médico de que trata el artículo 4º de la Ley 23 de 1981, y a la vez aceptó los riesgos advertidos en la consulta prequirúrgica.

Si el actuar del médico R. G. se hubiera quedado en la simple consulta prequirúrgica, todo lo que se dijera sobre riesgos no tendría sentido. Pero como fue más allá, la elección de que fuera él y no otro el cirujano, sí pasaba por su conciencia rehusarse a practicar este tipo de cirugías no tratándose de una urgencia manifiesta. Creer que en su caso se dio el desplazamiento del riesgo por el simple hecho de haber obtenido de la paciente el consentimiento informado, es desconocer que su relación con el paciente se fundamenta en un compromiso responsable, leal y auténtico (Art. 1º num. 4º Ley 23/81), en donde el factor responsabilidad conlleva una permanente reflexión cuando de tomar decisiones se trata por las consecuencias que se derivan, bien sobre los demás o uno mismo.

Por lo anterior, la Sala reafirma el criterio expuesto en la formulación de cargos en cuanto a que el Dr. R. G. por carecer de título de especialista en cirugía plástica colocó potencialmente en riesgos injustificados a la paciente, y prueba de ello es la necrosis y la desvascularización del tejido, no consignados en el documento del consentimiento informado ni en la historia clínica, ni desconocidos o rechazados en la diligencia de versión libre del profesional investigado, que como consecuencia de la cirugía practicada el día 15 de enero de 2004 presentó la paciente E. R. G. P.

Como punto final de este informe la Sala quiere llamar la atención sobre el hecho que en ocasión anterior, por circunstancias semejantes a las de este proceso, el Dr. R. G. fue sancionado por este Tribunal con censura escrita y pública (proceso disciplinario No. 557-01), y que si bien es cierto no puede tomarse como reincidente porque la comi-

1. Primera Edición 2005, Artes Gráficas del Valle del Cauca, pag. 146.

sión de la falta supera en más de una año a los hechos investigados y relacionados con la paciente G. P., conforme a lo consagrado en el artículo 56 del Decreto 3380 de 1981, es evidente que el Dr. R. G. ha incurrido en una práctica médica que se conoce universalmente como “intrusismo”, admitida por él en la diligencia de descargos cuando alude que durante veinte años ha realizado este tipo de cirugías.

El intrusismo viene de intrusión o sea el acto de introducirse sin derecho en una cosa. El intrusismo consiste cuando un médico teniendo el título de médico se anuncie y practique en alguna especialidad médica sin el debido derecho y legal título o acreditación para ello. De acuerdo con esta definición, el intrusismo corresponde en nuestro caso particular, no solo a aquellas personas que pudieren ejercer la medicina sin título de ley que lo acredite para ello, sino también, cuando teniendo título de médico, se anuncie y practique alguna especialidad médica sin el debido y legal título, derecho o acreditación. (RAFAEL AGUIAR - GUEVARA, TRATADO DE DERECHO MÉDICO, Legis 2001, pág 549).

Por todo lo anterior, la Sala no acepta ninguno de los descargos presentados y sancionará disciplinariamente al Dr. H. R. G. como infractor a la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 del mismo año con suspensión de dos (2) meses en el ejercicio de la profesión.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, en uso de sus funciones disciplinarias y legales,

### **RESUELVE:**

**PRIMERO.-** No aceptar los descargos presentados en Sala Plena por el Dr. H. R. G.

**SEGUNDO.-** Imponer sanción disciplinaria de suspensión en el ejercicio de la profesión de dos (2) meses, contados a partir del día siguiente a la ejecutoria, al Dr. H. R. G., cédula de ciudadanía No. 16.675.040 de Cali (V), registro médico No. 14809, como infractor a los artículos 1º numeral 4º, 7, 15 y 36 de la Ley 23 de 1981, concordantes con los artículos 4º literal a) y 9º del Decreto 3380 de 1981,

en la atención brindada a la paciente E. R. G. P. en la Clínica La Esperanza de Cali.

**TERCERO.-** Notifíquese esta decisión al Dr. H. R. G. y a su apoderada. Proceden los recursos de reposición y apelación.

**CUARTO.-** En firme, por Secretaría se librarán los oficios pertinentes comunicando esta decisión al Tribunal Nacional de Ética Médica, a los Tribunales Seccionales, al Ministerio de la Protección Social, a la Secretaría Departamental de Salud y a la señora E. R. G. P.

**QUINTO.-** Cumplido lo anterior, archívense las diligencias.

Notifíquese y Cúmplase.

(Aprobada en Sesión de Sala Plena de 1 de agosto de 2007, Acta No. 1103)

DR. NÉSTOR HARRY AMOROCHO PEDRAZA

Presidente

Magistrado

DR. JOSÉ ACKERMANN IZQUIERDO

Magistrado

DR. CARLOS ALIRIO CAMAYO O.

Magistrado

DR. MIGUEL ANTONIO ESCOBAR M.

Magistrado

DR. RODRIGO TRIANA RICCI

Magistrado Instructor

DRA. SANDRA VIVIANA APARICIO A.

Secretaria – Abogada

DR. AUGUSTO CUÉLLAR RODRÍGUEZ

Abogado Asesor

**NOTA:** Recurrida en apelación la resolución proferida, el Tribunal Nacional de Ética Médica, en Sala Plena, Sesión No. 934 del 13 de noviembre de 2007, en Providencia No. 52-2007, Magistrado Ponente Dr. Fernando Guzman Mora, hace las siguientes consideraciones, que se copian de manera textual.

## Consideraciones del Tribunal Nacional de Ética Médica

Para esta superioridad es claro que el doctor H. R. G. no es cirujano plástico ni posee certificación alguna respecto de estudios superiores de postgrado en el área de esta especialidad, muy particular cuando dentro de su tiempo de estudio y práctica ya se había instaurado la Cirugía Plástica como especialidad en Colombia. Y si bien es cierto no se encuentra específicamente regulada por una ley, no es menos cierto que al ejercerla sin los estudios que hoy se consideran imprescindibles dentro de la comunidad médica, se está violando la Lex Artis en ese campo particular.

Se afirma que la Ley nada dice respecto de las especialidades médicas y basados en este argumento, muchos médicos generales que deciden no llevar a cabo los duros años de especialidad o residencia en un campo particular, se dedican a ejercer sin la debida certificación y práctica dirigida en áreas de la medicina muy delicadas, como esta de la cirugía plástica, sin existir en apariencia un mecanismo estable que lo controle.

Esto de la no mención por parte de la Ley es falso. La Ley 23 de 1981 habla claramente de ESPECIALIDADES MÉDICAS en varios de sus apartes, más concretamente en los artículos 7, 20 y 56.

Pasa esta sala a considerar los causales de inculpación médica, para analizar al final lo concerniente a impericia, que es relevante en el caso sub judice

### **La imprudencia médica**

Cuando nos referimos al tema de la responsabilidad, es indispensable hablar de la culpa como uno de los elementos constitutivos de ésta. No debe confundirse la culpabilidad con la culpa. La primera es el género, y, la segunda, es la especie. Debido a que el tema correspondiente al presente capítulo no es la culpa, sino la imprudencia, trataremos muy rápidamente los conceptos de culpabilidad y culpa para luego adentrarnos en el elemento imprudencia, que es uno de aquellos que constituyen la culpa.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la PRUDENCIA así:

“(Del lat. prudentia) f. Rel. Una de las cuatro virtudes cardinales, que consiste en discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello. 2. Templanza, cautela, moderación. 3. Sensatez, buen juicio” (Vigésima Primera Edición, 1992 pág. 1685)

Como puede observarse, dentro de las tres acepciones de la definición se encierran los principios del cuidado. Por ello, todos los miembros de la sociedad tenemos la obligación de cuidar nuestros actos, con el objeto de evitar daños a los demás, en aras del beneficio común.

Ese deber de cuidado de nuestros actos debe ser tanto interno como externo. El primero, es decir, EL CUIDADO INTERNO, se refiere a la conciencia de las propias limitaciones y capacidades antes de emprender un acto médico. El mismo deber de cuidado implica a su vez un conocimiento a fondo del paciente, de sus condiciones individuales, de sus circunstancias agravantes y de las mejores opciones terapéuticas a su enfermedad o dolencia. Y el segundo, verbigracia EL CUIDADO EXTERNO, se refiere a evitar acciones peligrosas dentro de la medicina y a ejercer dentro de los riesgos previstos (artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981). Aunque la medicina NO es una actividad peligrosa, algunos de sus procedimientos pueden constituir un peligro tanto para el médico como para el paciente.

Cuando nos referimos a la prudencia siempre estamos pensando en la previsión y la prevención, ya que estos dos conceptos son elementos esenciales de cuidado.

Prever es la capacidad de ver con anticipación, de pronosticar un resultado futuro aproximado cuando se ejecuta una acción.

Prevenir consiste en tomar todas las medidas necesarias para que un resultado dañoso no se produzca.

Un ejemplo claro de la prevención es el siguiente:

Se sabe que las ondas electromagnéticas de una Resonancia Magnética Nuclear pueden inhibir el funcionamiento de un marcapasos cardíaco y el

radiólogo toma las precauciones necesarias para que esto no ocurra (colocando otro marcapaso temporal, constatando que existe una frecuencia cardiaca espontánea por debajo de la del marcapasos o, simplemente, contraindicando el examen y prescribiendo el cambio por uno más adecuado).

Puede entonces decirse que el médico, utilizando su razón y sus conocimientos científicos, prevé, discierne y previene el advenimiento de una complicación.

Es importante tener en cuenta que cuando se hable de culpa, al mirarse si la persona fue imprudente, inexperta o negligente, deberá compararse su conducta con la de una persona de iguales características y en igualdad de circunstancias. En el caso médico, diríamos que si se investiga a un especialista en cirugía por negligencia, su conducta deberá juzgarse basados en la conducta de otro cirujano de iguales condiciones.

Cuando por consecuencia de un tratamiento se ocasione un daño en la integridad de la persona, la actuación del médico no será culposa si se encontraba dentro del riesgo previsto.

También es de vital importancia tener en cuenta que en Colombia solamente pueden ejercer la medicina los profesionales universitarios graduados en facultades reconocidas por la ley colombiana o aquellos graduados en el extranjero y cuyo título sea revalidado ante las autoridades colombianas.

Si el acto médico puede solamente ser ejercido por el profesional universitario legalmente reconocido, cualquiera que practique actividades de diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación o similares, sin cumplir este requisito, está ejerciendo la medicina en forma ilegal.

A ese respecto, el artículo 12 de la Ley 23 de 1981 establece: "el médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas".

El acto médico prudente se basa entonces en el conocimiento profundo de las condiciones del enfermo, en la aceptación de las propias limitaciones, la planeación reflexiva del mejor camino terapéutico a seguir, la previsión de la mayoría de formas de complicación y la permanente vigilancia de resultados adversos y no deseados.

## **Imprudencia**

Comencemos por definir tal concepto desde el punto de vista lingüístico. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua lo define en los siguientes términos:

**IMPRUDENCIA:** (Del lat. *Imprudencia*.) f. Falta de prudencia. 2. Acción o dicho imprudente. Temeraria. Der. Punible e inexcusable negligencia con olvido de las precauciones que la prudencia vulgar aconseja, la cual conduce a ejecutar hechos que, a mediar malicia en el actor, serían delitos. (Vigésima Primera Edición 1992, pág. 1149)

La imprudencia consiste entonces en un obrar sin aquel cuidado que según la experiencia corriente debe tenerse en la realización de ciertos actos; es un comportamiento defectuoso resultante de una respuesta al estímulo que la provoca sin que el sujeto haya realizado la suficiente valoración sobre la oportunidad o inoportunidad, conveniencia o inconveniencia, de la reacción y, desde luego, sin la suficiente graduación de la intensidad de su efecto. Así vemos que se trata de una falla de la esfera intelectual del sujeto, que lo lleva a desplegar una conducta sin las precauciones debidas en el caso concreto.

Cuando un conductor guía su vehículo a una velocidad excesiva por una calle bastante concurrida, diremos que su obrar es imprudente.

En materia médica, podemos decir que la imprudencia consiste en una acción temeraria que se realiza a pesar de haberse previsto el resultado adverso que ocasiona el daño en el enfermo. Esto equivale a efectuar un acto médico sin las debidas precauciones o a no implementar las medidas que puedan evitar o atenuar un resultado no deseado y nocivo para el paciente. Es la conducta opuesta a la que aconsejarían la experiencia y el buen sentido de un especialista en determinado aspecto de la medicina.

Refiriéndose al tema que tratamos, el Profesor Carlos M. Arrubla expresa: "... el criterio objetivo que rige la calificación de una conducta como imprudente, viene dado por la siguiente regla: un resultado perjudicial para un paciente será objetivamente previsible si lo hubiera sido para cualquier otro médico puesto en la situación del actuante, conociendo los antecedentes del caso, y en el mismo

estado técnico-científico de la medicina en general, y de la especialidad en particular...”

Si bien la imprudencia se define como un hecho en el cual no media la intención de dañar, el acto imprudente precede a la calamidad pues se acompaña de falta de previsión o de ausencia de precaución. Cuando el acto es de tipo omisivo, prima la negligencia. Cuando se debe a falta de conocimiento de lo que debería saberse, la hipótesis culposa se basa en la impericia. Sin embargo, puede haber violaciones simultáneas (impericia, negligencia e imprudencia) del deber de cuidado que la sociedad exige a cada uno de sus miembros.

Al respecto, la Honorable Corte Suprema ha dicho:

“El facultativo está obligado a desplegar en pro del cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste”.

En igual sentido, expresó:

“En consecuencia, el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o intervenga a sus pacientes, con el fin de procurar su curación y su mejoría, así que cuando por su negligencia, descuido u omisión causa perjuicios en la salud de aquellos, incurre en una conducta ilícita, que será calificada por el juez, según su magnitud, desde la simple culpa hasta la más grave, para así mismo imponer al demandado la respectiva condena e indemnizar a las víctimas del daño causado”.

Así mismo la Corte ha dicho:

“En las obligaciones de medio, el trabajo de apreciación por parte del juzgador es a menudo delicado, porque aquí no hay lugar a confundir el incumplimiento con la culpa. No basta para deducir la responsabilidad del deudor, comprobar la existencia de una inejecución, sino que se hace indispensable estimar si ella es culposa, para lo cual debe compararse la conducta del deudor con la que hubiera observado un hombre de prudencia ordinaria, normal y usual, colocado en la misma situación objetiva de aquél. Si el resultado de la comparación es desfavorable al deudor, surge entonces la responsabilidad”.

Como puede verse, es claro que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado y, por ello, como indicamos anteriormente, la valoración de su conducta debe juzgarse teniendo en cuenta lo que otro profesional de la medicina de iguales calidades y en las mismas circunstancias hubiera hecho en forma prudente en un caso similar.

Volviendo al concepto de imprudencia, diremos entonces que es la falta de previsión de las consecuencias de una acción, o el hecho de pensar evitarlas a pesar de haberlas previsto. Es, por lo tanto, una forma de conducta ligera o descuidada, de la cual había que abstenerse. Es exceso de acción que coloca al paciente por fuera del riesgo previsto, sea por inobservancia de reglamentos, precipitud, falta de tiempo, de dedicación necesaria al paciente, procedimientos temerarios, experimentación ilegal, no aceptación de las limitaciones propias, etc. Es, como algunos lo han denominado, una especie de “culpa consciente”

Algunos tratadistas afirman que no existe mayor diferencia entre la culpa médica y la culpa común. Aparentemente, la culpa por imprudencia es la menos difícil de evaluar y juzgar, pues en teoría nace de la lógica elemental de los actos humanos.

En efecto, existen actos de imprudencia médica que riñen con la prudencia que observaría cualquier miembro de la sociedad, tales, como presentarse embriagado a intervenir en una sala de cirugía.

Sin embargo, en determinadas circunstancias, el acto de imprudencia es muy difícil de apreciar al tratar de compararlo con la lente de una persona común y corriente. Tal sucede en casos médicos o clínicos, en los que es indispensable tener un mínimo de conocimientos para evaluar la situación, pues no podría un ciudadano común precisar si es prudente o no exponer a radiación a un paciente de tumor abdominal, o qué hacer al evaluar una complicación secundaria a un tratamiento de radioterapia que ocasiona lesión en alguna víscera sana, o cómo podría aquél juzgar si un infarto cardíaco posterior a una cirugía de revascularización miocárdica se haya debido a la colocación de uno de los injertos o puentes en una arteria excesivamente pequeña y por tanto, de pésimo pronóstico en cuanto a permeabilidad temprana.

En estos eventos, insistimos, el obrar del médico debe evaluarse comparándolo con lo que otro

médico de iguales condiciones hubiera hecho dentro de los términos de la prudencia.

Consideramos entonces, que cuando deba tratarse el tema de la culpa médica, la valoración de cualquiera de los elementos constitutivos de ésta (impericia, imprudencia o negligencia) debe ser realizada por galenos de reconocida probidad, adscritos a facultades de medicina, sociedades o entidades médico-científicas de prestigio, institutos de Medicina Legal y grupos de peritazgo especializado, entre otros.

A este respecto es importante mencionar que cuando dicho peritazgo se apoya en el concepto de gremio o grupos mencionados, la calidad del mismo es confiable en un alto porcentaje de los casos. En cambio, el sistema de “adscripción” de peritos a los juzgados ha sido un estruendoso fracaso. Muchas de las personas que generalmente se encuentran en la “lista oficial” y rinden sus opiniones ante los jueces, ni son expertas, ni brindan la suficiente confianza respecto de la delicada misión que les es encomendada. Basta recordar un ejemplo de un peritazgo rendido en un caso de cirugía torácica, en donde las peritos fueron una mediocre médica general y una deficiente especialista en psiquiatría, quienes dieron un concepto de tan flagrante estupidez, que ni siquiera se tuvo en cuenta como pieza procesal.

Este par de “genios”, cuando evaluaron la dificultad en la disección en que se encontraba el cirujano en la resección de una costilla que ocluía la arteria subclavia a la salida del tórax expresaron: “...No nos parece lógica esa aseveración... porque si a través de una incisión de una cesárea cabe la cabeza de un niño, ¿cómo no se va a poder resear una costilla por una incisión axilar?...”

Este tipo de “conceptos” hace que quienes se conocen como “auxiliares de la justicia” caigan cada vez más en descrédito progresivo.

Son “especialistas en todo”, que en vez de garantía procesal se convierten en un peligro para la recta administración de justicia. Si no es posible ser especialistas y conocer a fondo una sola rama de la medicina, ¿cómo se puede ser perito en asuntos tan intrincados como evaluar la conducta de un médico especialista a quien se juzga, cuando quien lo evalúa no conoce la especialidad de aquél?

Dentro de estos criterios de evaluación de imprudencia médica, debemos tener en cuenta el

apoyo en la denominada Lex Artis Ad Hoc o “Ley del Arte” o regla de la técnica de actuación de la profesión, es decir, de la evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento.

La Lex Artis se basa en el cúmulo de conocimientos de la profesión en el momento en el cual se juzga o evalúa la acción médica y lo que con ella se obtiene. En resumen, la Lex Artis orienta a través de una serie de normas técnicas y procedimientos que pueden aplicarse en situaciones similares. Debido a la diferencia de criterios entre las personas, se establece por analogía y su evaluación corresponde a quienes conocen la profesión con mayor profundidad.

Desde el punto de vista de procedimientos médicos, cuando un paciente es tratado en un Hospital o Clínica, puede serlo en varias formas, cada una de las cuales origina un tipo especial de responsabilidad, como en los siguientes casos: bajo la dirección del médico que ordena el tratamiento, en cuyo caso los demás participantes son dependientes, como cuando en una cirugía participan el cirujano, el residente y la instrumentadora.

El primero será el director del grupo y los otros sus dependientes. Otro tipo de situación se presenta cuando intervienen simultáneamente diversos miembros con responsabilidades claramente establecidas, como por ejemplo, el cirujano y el anestesiólogo. En cuanto a los actos asociados, pero independientes, el caso podría darse cuando el paciente requiere de varios servicios, como por ejemplo del ginecólogo, del laboratorio y radiología.

Cuando se ocasiona daño debido a una acción imprudente, la responsabilidad puede imputarse a cualquiera de estos niveles. Así, la culpa originada en imprudencia por parte del director del equipo, presume una responsabilidad que recae en el actor principal del daño. Aquella que parte de error no excusable de uno de los integrantes del equipo dependiente de su director, implica responsabilidad para ambos.

Cuando no se puede delimitar la causa exacta del daño originado en acción imprudente de equipo o no se puede atribuir la responsabilidad a un miembro en particular del equipo, la responsabilidad es colectiva. Se basa en la necesidad de reparar el perjuicio, no obstante la imposibilidad de identificar el causante del daño, por lo complicado del proce-



dimiento; de esta forma, además la ley previene la posibilidad de un encubrimiento por parte de los demás miembros del equipo.

En el caso de los residentes hospitalarios, las causales de culpa generadora de responsabilidad, inconsciente o negligente, son las mismas que para cualquier otro médico, con el agravante de la que se ha llamado en algunas legislaciones “responsabilidad vicariante” del jefe del equipo y del profesor responsable del estudiante en entrenamiento. Cuando se produce un daño y se demuestra culpa para la aparición del alguno de sus elementos generadores (impericia, negligencia o imprudencia), serán llamados a reparar solidariamente, tanto el responsable oficial del paciente (especialista), como el médico residente, así se encuentre en proceso de adiestramiento.

La excepción la constituye, claro está, la culpa consciente o actuar temerario del residente, quien en este caso será el único responsable, siempre y cuando su tutor no haya podido impedirlo o preverlo a pesar de haber empleado la vigilancia y la autoridad necesarias, lo cual se desprende de la lectura del artículo 2347 del Código Civil, que a la letra dice:

“...cesará la responsabilidad de tales personas, si con la autoridad y el cuidado que su respectiva calidad les confiere y prescribe, no hubieren podido impedir el hecho...”

Si la imprudencia consiste en una acción temeraria que se efectúa a pesar de haberse previsto el resultado adverso que ocasiona el daño al enfermo, es decir, al efectuar un acto médico sin las debidas precauciones, oponiéndose a lo que aconsejarían la experiencia y el buen sentido de un especialista en determinado aspecto de la medicina, cualquier acción que el médico residente lleve a cabo sin tener en cuenta sus limitaciones, su adiestramiento actual, las reglas de la institución docente, las regulaciones de la universidad que respalda sus estudios y, obviamente, las normas jurídicas elementales y de prudencia de un médico cuidadoso colocado en las mismas circunstancias, será susceptible de responsabilidad civil.

Caso claro de una situación de responsabilidad, como la antes mencionada, de un residente, sería aquel en el que el estudiante decide por su cuenta y riesgo abordar una cirugía para la que aún no está preparado y, como consecuencia de ello, el paciente resulta lesionado.

Ahora bien, en relación con las otras personas que intervienen en el cuidado del paciente, estas eventualmente también podrían llegar a responder cuando su actuar hace posible que el paciente sufra un daño. En este grupo se encuentran las enfermeras, quienes además de ser empleadas por la institución hospitalaria y tener labores de tipo administrativo, ejecutan labores de cuidado de los pacientes bajo la dirección del médico tratante y realizando actos de salud a nivel de su competencia.

Existen actos que son patrimonio de la profesión de la enfermería, tales como la administración de los medicamentos ordenados, la toma de algunas mediciones corporales, la vigencia de los signos de los pacientes críticamente enfermos, la observación del estado general de todo paciente a su cargo, etc.

Esta actividad debe ser ejecutada bajo los mismos supuestos de responsabilidad y conocimiento, de manera que la inobservancia por negligencia, impericia o imprudencia puede generar culpa de su parte, cuando era previsible el daño. De acuerdo con lo anterior, cuando la enfermera desatiende las órdenes médicas precisas, resuelve actuar en otro sentido, o cuando sabiendo perfectamente el límite de sus capacidades y conocimientos decide tomar medidas que los sobrepase, estaremos en presencia de un acto culposo.

### ***Negligencia médica***

Como ya hemos visto en otros apartes de este libro, los elementos constitutivos de la culpa son la imprudencia, la impericia y la negligencia.

En el presente capítulo nos referiremos a la negligencia como elemento generador de responsabilidad.

Negligencia, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incuria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capacidad intelectual y técnica de preverlo.

Decimos entonces que es negligente la persona que por descuido omite la realización de una conducta a la que estaba jurídicamente obligada o cuando despliega tal conducta pero sin la diligencia necesaria para evitar un resultado dañoso no deseado.

En el caso de los médicos, la negligencia ha sido tal vez el elemento que más ha servido para determinar la responsabilidad profesional.

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; el 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).

Como vemos, se habla de negligencia cuando, a pesar del conocimiento de lo que debe hacerse, se omite la conducta obligada y por lo tanto se produce un daño. Equivale a descuido u omisión. Aquí entran gran número de posibilidades, entre las que se incluyen todos los registros defectuosos en las historia clínicas.

El Código Civil en su artículo 2356 se refiere a la negligencia en los siguientes términos:

“...por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona, debe ser reparado por ésta...”

Se parte de la idea de que se comporta con negligencia quien viola un deber de atención.

La negligencia puede ser consciente o inconsciente. El primer evento se refiere a aquella situación en la que conociendo la posibilidad de un resultado dañoso, es decir, previendo que ese resultado pueda darse, no se toman las precauciones necesarias para evitar su realización. Es inconsciente cuando no se previó el resultado dañoso que a la luz del conocimiento debió haberse previsto y, en consecuencia, no se tomaron las medidas de precaución para evitar su producción.

Un ejemplo claro de la negligencia consciente sería el caso en el que un paciente es programado para una cirugía sobre el páncreas y el médico no reserva con anticipación la cantidad necesaria de sangre para transfundir en caso de hemorragia, que es muy frecuente en este tipo de intervenciones. En el acto quirúrgico se presenta lesión de uno de los vasos pancreáticos con sangrado abundante que lleva al paciente a estado de choque hipovolémico y, al no disponerse de sangre, el paciente fallece.

En cuanto a la negligencia inconsciente, podría ilustrarse tal situación en el caso en que un especialista decida intervenir quirúrgicamente a un

paciente y sabiendo que eventualmente podría requerir el concurso de un especialista de otra rama, omite avisar a éste de tal procedimiento. Al llevar a cabo la intervención quirúrgica, efectivamente se presenta la complicación que se tenía como posible y por ella el paciente muere.

Otro aspecto importante que podría considerarse como conducta negligente lo constituye el hecho de la autorización de equipos defectuosos en las instituciones hospitalarias, la falta de medios para atender complicaciones relacionadas con los procedimientos, la insuficiencia en los servicios de apoyo, la falta de medicaciones necesaria, etc.

Así mismo podemos decir que la falta de consentimiento del paciente para la realización de procedimientos electivos, la garantía de resultados en procedimientos médicos o quirúrgicos, el defectuoso examen clínico, la inobservancia de los resultados de laboratorio, entre muchas otras, constituyen fuentes de responsabilidad culposa por negligencia.

Otro caso palpable de negligencia puede verse en el siguiente ejemplo: un paciente se programa, con base en un resultado radiológico, para resección de un tumor cerebral en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo. El neurocirujano, teniendo la obligación de revisar dichos resultados, no los confirma personalmente y emprende la cirugía sin saber que existe un error de transcripción, cuando lo que en realidad demuestran las radiografías es la ubicación del tumor en el área parietal.

### ***Obligaciones del médico***

En términos generales y en opinión de algunos tratadistas, las obligaciones del médico son las siguientes:

1. Secreto profesional
2. Información adecuada y consentimiento
3. Obligación de conocimiento
4. Obligación de diligencia y técnica
5. Continuidad en el tratamiento
6. Asistencia y consejo
7. Certificación de la enfermedad y el tratamiento efectuado

El profesional de la salud debe entonces tener una habilidad básica basada en la ciencia de su oficio, una disposición de ánimo y conocimientos claros para poder utilizar el cerebro, las manos y los

instrumentos en la forma adecuada, con el objeto de modificar o eliminar la enfermedad o la mal función orgánica del paciente, para prolongar la vida y mejorar su calidad y dignidad.

El médico debe ser claro de propósitos, definitivo en el juicio, decisivo en la autoridad y autoritario con su propia vida, lo cual implica poseer los más altos niveles de responsabilidad y composición humanas.

Para el ejercicio de cada especialidad el médico debe ser experto en el manejo de las herramientas, equipos y máquinas correspondientes.

Si en un momento dado el “estado del arte” de un área médica específica incluye el uso de un equipo que se encuentre al alcance del país y del paciente, el médico deberá remitir el enfermo al especialista o institución que, por poseer tal artefacto, le brinden el mejor beneficio.

En toda la historia de la medicina se ha insistido en el deber de precaución que deben los médicos desplegar en bien del enfermo. Hipócrates, en su obra “Aforismos”, lo menciona así:

“...y si hubieren de emplearse, hágase después de meditarlo bien y de tomar las más diligentes precauciones...” (Aforismo 24).

“... En el principio de las enfermedades no te detengas en obrar, si te pareciere que el caso lo pide; pero cuando se hallen en todo su vigor, mejor es estarse quieto...” (Aforismo 29, sección segunda).

Por la especialidad del arte de la medicina, hemos dicho que, cuando se pretenda verificar si el obrar del médico ha sido correcto o no, éste debe juzgarse partiendo del supuesto de lo que haría un profesional igualmente calificado en circunstancias similares, ya que no sería ni prudente ni justo hablar del cuidado de cualquier padre de familia o persona cuidadosa, pues en casos como estos se impone el tener un conocimiento determinado sobre el tema para poder saber si lo que se hizo fue o no lo correcto.

En resumen, 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 quien se esperaría una conducta lógica, medida y acorde con el deber de cuidado y la Lex Artis que rigen el acto determinado que se analiza, se concluye que obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado.

En medicina, el deber de cuidado es permanente, y si bien es cierto que los médicos no pueden garantizar el éxito de un tratamiento o intervención, deberán responder por los daños si se prueba una cualquiera de las causales de culpa.

En ese sentido, el Honorable Consejo de Estado ha dicho:

“... Es evidente que en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos médicos existe una cierta incertidumbre en cuanto a sus resultados y un riesgo que puede ocasionar un daño que deberá soportar el paciente, pues de ellos no puede hacerse responsable a quienes los realicen o lleven a cabo, puesto que mal podría pensarse que ellos estén garantizando el riesgo o el éxito de la intervención o el tratamiento. Pero lo que sí debe ser cierto y quedar claro es que cuando tales intervenciones o tratamiento no se acomodan a los requisitos de diligencia y cuidado que para el caso y en cada época recomiendan la ciencia de la medicina y el arte de la cirugía, es apenas natural que si el juez encuentra en las pruebas aportadas que esos requisitos faltaron y se produjo el daño, debe inferirse que tuvo como causa esa falta de acomodamiento...” (Consejo de Estado. Expediente 5902. 24 de octubre de 1990. Magistrado ponente: Dr. Gustavo de Greiff Restrepo)

Como habíamos dicho previamente, el deber de CUIDADO INTERNO hace referencia a la conciencia de las propias limitaciones y capacidades de un acto médico y el deber de CUIDADO EXTERNO hace referencia a los deberes esenciales consistentes en evitar acciones peligrosas y ejercer dentro del riesgo previsto.

Aunque la medicina NO es actividad peligrosa, algunos de sus procedimientos pueden constituir un peligro para médicos y pacientes. Los primeros, por el riesgo de contaminarse con enfermedades de cualquier tipo y los segundos por las lesiones que pueden sufrir en el curso de un tratamiento.

Como todo médico indica un riesgo, para que este riesgo no sea considerado una agresión, su finalidad debe ser una ayuda al organismo enfermo y

debe basarse en ciertas normas: Licitud, ejecución típica, seguimiento de normas científicas universalmente aceptadas y profesionalismo.

La sociedad, que a través de sus autoridades académicas y gubernamentales otorga un título profesional, supone la competencia de quien lo recibe y lo encuadra dentro de un régimen general de responsabilidad, pero siempre teniendo en cuenta las condiciones propias de su profesión u oficio.

La Lex Artis, o “Ley del Arte”, es la regla de la técnica de actuación de la profesión a través de la cual se juzga si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento. Por lo tanto, se observa el tipo de actuación y el resultado obtenido, teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo profesional según el caso, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada paciente.

La Lex Artis orienta a través de una serie de normas técnicas y procedimientos que pueden aplicarse en situaciones similares. Debido a la diferencia de criterios entre las personas, se aplica por analogía. Se basa en normas jurídicas, literatura médica, experiencia decantada de la práctica médica por parte de personal debidamente adiestrado y elementos de juicio tomados de las ciencias y de la lógica en general.

En Colombia, las normas que se encargan de regular el ejercicio de la medicina se encuentran básicamente en la Ley 14 de 1962, la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981. Adicionalmente a las normas establecidas, se encuentra una multitud de sentencias de las máximas autoridades judiciales del país, en las que se ha ido estableciendo el alcance de todas estas normas y de las del ordenamiento jurídico ordinario para establecer la responsabilidad médica en las diversas situaciones que se presentan en el ejercicio de dicha profesión.

La literatura médica representa los informes de la experiencia de centros hospitalarios, instituciones investigativas y grupos de práctica que utilizando el método científico reportan informaciones, avances técnicos, conceptos renovados y métodos terapéuticos adecuados para los diferentes tipos de patología que sufrimos los seres humanos.

La experiencia decantada de la vida se basa en la práctica de personas de alto nivel científico, pres-

tancia intelectual, rectitud probada en su ejercicio y resultados demostrables de excelente calidad.

De todo lo anterior podemos concluir entonces que la consideración de un acto negligente se basa en varios aspectos. Uno de ellos es el estándar de tratamiento en el momento en que se juzgue el acto médico (Lex Artis), lo cual significa que no es suficiente un acto médico efectuado de buena fe, sino que aquél debe ser ejecutado dentro de los parámetros de la diligencia y cuidado requeridos, tal como lo hubiera hecho un médico razonable en similares circunstancias.

El hecho de que existan otros médicos o grupos de práctica profesional con la misma concurrencia de errores, no puede ser ni excusa ni atenuante de un acto negligente.

### **¿Qué es la impericia?**

Es la falta de conocimiento técnico y científico en un área profesional. Es sinónimo de ignorancia, ineptitud, inexperiencia, ineficiencia y torpeza.

Consiste, pues, en la incapacidad técnica para el ejercicio de la profesión médica y equivale a la ‘inobservation des regles d’art’ de la doctrina francesa; parcialmente a la ‘malpractice’ de los anglosajones y la ‘kunsfehler’ de los alemanes.

Se considera que hay impericia cuando faltan la capacidad, habilidad, experiencia y conocimiento de quien emprende un tratamiento, particularmente cuando quien lo efectúa no ha sido certificado por alguna institución reconocida legalmente.

Ej.: El residente de obstetricia que no tiene la habilidad para practicar un raspado uterino diagnóstico y, sin la supervisión del especialista, perfora el útero ocasionando una peritonitis generalizada y la muerte de la paciente.

Debe diferenciarse a nivel semántico entre:

**IGNORANTE:** El que no conoce lo que debería conocer en el campo en el cual se desempeña.

**NESCIENTE:** Aquel que no conoce los conceptos sobre un campo que no tiene por qué conocer.

### **TIPOS DE IMPERICIA**

**POR LA FALTA DE COMPETENCIA EN UN CAMPO ESPECÍFICO DE LA PROFESIÓN.** Existe un socorrido argumento jurídico que utilizan aquellos médicos que deciden no profundizar en estudios de especialización y se dedican a una rama de

la medicina especializada por su cuenta y riesgo. Ese argumento es: "En este país el título de médico me autoriza a ejercer cualquier acto médico". Aunque en realidad hasta el momento no se hallen normatizadas sino algunas especialidades por la Ley, es obvio que no es lo mismo un procedimiento efectuado por quien se ha sometido a los filtros de la especialización o residencia, que el mismo acto practicado por quien piensa que con su diploma de médico general es perito en todos los campos de la medicina y la cirugía. Y cuando los jueces juzgan los resultados de esta conducta francamente irresponsable, analizan a fondo los estudios de quien es responsable de esos actos médicos, para ver si en realidad se encuentra capacitado para llevarlos a cabo.

**POR FALTA DE EXPERIENCIA.** Aun en el mismo campo de las especialidades, existen áreas que son cada vez más complejas. Por ejemplo, un médico graduado que posteriormente completa estudios de especialización en Cirugía General, muy seguramente no se encuentra capacitado para ser un cirujano cardiovascular, por obvias razones. Este campo, que cae dentro de la cirugía general, requiere estudios aun más sofisticados y más prolongados por su misma complejidad y efectos derivados.

**POR FALTA DE HABILIDAD TÉCNICA.** Algunos logran completar su residencia o especialización, pero existen determinadas áreas que requieren una especial habilidad quirúrgica que no todos poseen. Afortunadamente la mayor parte de especialistas es consciente de sus limitaciones y no incursionan en campos que no conocen muy bien y que acarrearán problemas para el paciente y para su propia práctica profesional.

**POR FALTA DE EXPERIENCIA PERMANENTE.** Es lógico pensar que un cirujano general que se dedica a intervenir la región del cuello por espacio de varios años, no debería ocuparse de una resección de colon, porque existen personas que se han dedicado a este último campo exclusivamente y lo hacen mejor que cualquiera de su misma altura científica.

**POR MALOS RESULTADOS EN EL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD.** Con todo y los títulos hay médicos que tienen pésimos resultados en su práctica diaria, motivo por el cual deberían revisar sus propias aptitudes para escoger caminos dentro de la profesión que les permitan tener éxito y así brindar un mejor servicio a sus enfermos.

### ***Formas de acto médico imperito***

1. **DIAGNÓSTICO.** Este, como hipótesis de trabajo, no es suficiente para condenar a un médico, excepto cuando ese diagnóstico dependa de especialidades con capacidades técnicas y científicas que sean patrimonio de personas con estudios avanzados.
2. **TRATAMIENTO ORIENTADO AL DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN.** En estos casos se trata de pacientes muy enfermos, a quienes debe iniciarse un tratamiento de inmediato, basado en los elementos diagnósticos de los cuales se disponga en el momento.
3. **TRATAMIENTO INVASIVO.** En este caso sí debería exigirse de rutina la certificación de especialistas en las respectivas áreas. Sucede que, por razones económicas, sociales y personales, algunos médicos generales vislumbran un mejor ingreso a través de procedimientos estéticos y piensan que con una formación parcial por medio de cursos, seminarios, diplomados, etc., pueden reemplazar un verdadero postgrado, ahorrándose así tiempo y dinero. Proceden entonces a ejercer en el campo determinado que escogen, amparados de nuevo en la falta de normatización. Aunque las facultades de medicina otorguen el título de Médico y Cirujano, el recién egresado de todo tiene menos de cirujano. Y siendo la medicina general una muy digna vía de ejercer la profesión, los conocimientos quirúrgicos se adquieren después de gran dedicación y sacrificio, dentro de programas diseñados para tal efecto. Por lo tanto, desde el punto de vista científico (aún no normatizado y reglamentado en muchos aspectos), los procedimientos invasivos deberían efectuarlos quienes tengan la formación, experiencia y títulos que los acrediten para hacerlo.

### ***Impericia médica y error***

El error se define como un concepto equivocado o juicio falso, que lleva a una acción desacertada, de la cual se originan consecuencias perjudiciales. Su concepto es asimilable al de equivocación: acción o efecto por el cual se toma una cosa por otra, lo cual ocasiona formas de interpretación y caminos de solución que dan lugar a una conducta errada.

No se puede pedir a ningún médico, como no se puede hacer con ningún otro miembro de la socie-

dad, el don de la infalibilidad. De lo contrario, todas las complicaciones posibles y las muertes probables deberían ser “pagadas” por los profesionales de la salud, lo cual es absurdo. 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 del momento, habida cuenta de la disponibilidad de medios y las circunstancias del momento en el cual se evalúe el caso. Y una forma de llegar a complicaciones muy poco justificables es a través de la impericia médica.

En el plano jurídico el error es una falsa interpretación de la realidad y puede originarse en multitud de circunstancias: El conocimiento no se asimila a la estructura intelectual del individuo (impericia). Su aplicación práctica no se compagina con la realidad (imprudencia). Su utilización no sigue parámetros lógicos aceptados (negligencia).

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. Una de ellas es el denominado “estado de necesidad”, que obliga a intervenir a un paciente en estado de muerte inminente. Por ejemplo, el médico general en el área rural que debe intervenir el abdomen de un herido por arma de fuego en muy mal estado y que al ingresar a la cavidad abdominal pasa por alto alguna lesión de difícil diagnóstico intraoperatorio.

La otra es la ignorancia atrevida, como acontece en casos de otro médico general no calificado para intervenir cirugía ginecológica y que, movido por un afán puramente económico, se aventura en una operación que requiere de gran experiencia y en la que se produce una lesión en la paciente.

### ***El concepto del conocimiento especializado***

Aprender es, en esencia, establecer nuevas conexiones interneuronales para elaborar y almacenar porciones de conocimiento que, una vez asimiladas, entran a formar parte de la estructura individual en la respuesta a interrogantes, problemas y análisis de conductas.

El período de entrenamiento en procedimientos invasivos como la cirugía es duro. En él se intenta acumular el máximo de experiencia y aprendizaje posible para poder dar al cirujano un criterio básico de manejo de los problemas en el menor tiempo posible. En este período no se aprende mediante

actitudes pasivas o teóricas basadas en dogmas o preceptos arbitrarios, sino a través del ejercicio de una mente creativa en las salas de cirugía, en los laboratorios de investigación, en los pabellones hospitalarios y en la misma casa. Por lo tanto, la residencia es apenas el comienzo de toda una vida de estudio.

Aparte del bagaje científico, teórico y práctico, deben aprenderse los pasos básicos del arte de utilizar las manos y otros instrumentos sofisticados para el acto mismo de operar. Probablemente algunos de los intangibles que se aprenden en esas largas horas de entrenamiento incluyen la identificación de la consistencia de los tejidos, sus cambios con la enfermedad y el tipo de manipulación que debe dárseles para lograr adquirir lo que los británicos han bautizado como “el toque de las manos”. Aquello que confiere al simple movimiento su toque de arte.

A todo lo anterior se suma la aparición y el dominio obligatorio de la nueva tecnología, cuyo conocimiento debe estar a la orden del día, con el objetivo esencial de no dejarse arrastrar innecesariamente en uso, sea porque es innecesaria (métodos más simples son suficientes); no exitosa (la condición de base del enfermo no se altera con ella); insegura (las complicaciones pesan más que los beneficios); inhumana (la calidad de vida lograda no es aceptable); o inoportuna (desvía enormes cantidades de dinero de objetivos más importantes y prioritarios).

Paralelamente, la estructura teórica del cirujano debe ser similar a la del mejor clínico. Su conocimiento anatómico debe ser impecable. Su experiencia táctil debe ser exquisita. En resumen, debe saber cómo utilizar su arte, cuándo aplicarlo, por qué utilizarlo y en quién hacerlo.

El estudio adecuado de un campo determinado de la actividad médica permite o favorece:

1. Entender la lógica misma del aspecto estudiado como arte y ciencia.
2. Una práctica en el razonar. Y la mente razonadora se perfecciona mediante esa práctica.
3. Unos criterios para evaluar ciertos argumentos que se usan a nivel determinado.
4. Tener un método y una técnica para revisar y enfrentar ciertas situaciones muy específicas de ese campo en particular.
5. Obtener unos principios para adquirir un lenguaje universal en el área estudiada.

6. Adjudicar los principios y criterios para proceder correctamente en el razonamiento de las complicaciones que se presenten.

### **Los residentes hospitalarios**

Los médicos residentes son profesionales graduados, luego de por lo menos siete años de estudios universitarios, que han escogido sacrificar otros cuatro a seis años adicionales para trabajar en hospitales, desempeñando labores asistenciales supervisadas, para adquirir experiencia en un área determinada de la profesión médica. Así, quien desee completar estudios en cardiología, deberá invertir otros cinco años, el cirujano cardiovascular siete años, el neurocirujano cuatro, etc.

Los criterios de selección para ingresar a la residencia son muy exigentes. Se tienen en cuenta el desempeño de pregrado, las calificaciones obtenidas, el estudio de personalidad, la entrevista y la experiencia adquirida luego de la graduación. Hoy en día, por ejemplo, para cada cupo para estudios de postgrado se presenta un promedio de cincuenta médicos.

En nuestro país se ha declarado a estas personas “estudiantes de postgrado” y no solamente ya no se les paga por su trabajo, sino que en varios sitios se les cobra por “el derecho” a trabajar en los hospitales.

De esta forma, el residente cumple con su horario entre 7 am y 7 pm todos los días, además de los respectivos turnos de 24 horas, luego de los cuales debe continuar trabajando al día siguiente hasta el término de la jornada, para entonces dirigirse al trabajo que garantiza sus ingresos, comúnmente en servicios de urgencias nocturnas, para continuar al día siguiente con la jornada normal del trabajo.

Hay que mencionar que el período de entrenamiento especializado es duro. En él se intenta acumular el máximo de experiencia y aprendizaje posible, para poder dar al médico en formación un criterio básico de manejo de los problemas en el menor tiempo posible.

Esto hace que sea una verdadera injusticia que médicos graduados que sacrifican otros años adicionales para perfeccionar sus habilidades en especialidades concretas, deban competir con quien en forma empírica se anuncia, por ejemplo, como “cirujano estético” y acompañe su afirmación con pedazos de cartón de cursos cortos, llamándose

adicionalmente “discípulo” de grandes profesores que ni siquiera lo conocen.

El problema grave es, como dice un documento internacional reciente que resume el caso colombiano:

“...Una vez que el médico ha terminado el servicio social obligatorio recibe del Ministerio de Salud la tarjeta profesional, la cual le permite el libre ejercicio. La práctica profesional se realiza en la medicina general y especializada en las instituciones oficiales del Sistema Nacional de Seguridad Social y de Salud, en la práctica privada y en la docencia. Frecuentemente se presenten desempeños mixtos.

La certificación de especialistas es de carácter privado y voluntario, y la realiza ASCOFAME. Esta certifica títulos obtenidos en programas que han sido aprobados por los Comités de Especialistas, los cuales tienen entre sus funciones establecer requisitos mínimos para cada especialidad.

En el caso de las especialidades cuyo título ha sido obtenido en el exterior, el Instituto Colombiano de Educación Superior (ICFES) realiza la convalidación del título. El ICFES evalúa la documentación pertinente y reconoce el título si corresponde a alguna de las especialidades reconocidas por la ley.

En caso de existir convenios internacionales y educativos el reconocimiento es directo. En caso contrario se asigna el estudio de la documentación a un comité de especialidad o a una facultad de medicina, los cuales emiten el concepto correspondiente y lo remiten a ICFES...”

Por todo lo anterior, debe revisarse muy cuidadosamente la forma de práctica de los médicos que efectúan procedimientos que son patrimonio de áreas especializadas de la medicina.

Y mientras llegan regulaciones normativas, los jueces deben investigar la idoneidad de tales personas, su adiestramiento real, la forma de ejercicio, sus resultados y, en particular, los títulos que los acrediten como expertos en el área de su práctica.

Este Tribunal Nacional ya se había pronunciado al respecto hace unos años.

### **Providencia No. 27-03 Magistrado ponente: doctor Fernando Guzmán Mora.**

#### LA CIRUGÍA PLÁSTICA

Hace casi cuatrocientos años que el ilustre Gaspare Tagliacozzi planteó una de las mejores definiciones de la especialidad:

“(…) Nosotros restauramos, reparamos y hacemos partes enteras que nos ha dado la naturaleza, pero la mala suerte ha hecho perder. Generalmente no lo logramos hasta el punto que se deleite la vista, pero sí que pueda levantar el espíritu y ayudar a la mente del afligido (…)”

Según palabras del profesor Felipe Coiffman, editor del libro de cirugía plástica más importante que se haya escrito en lengua española: “es la especialidad quirúrgica que trata de la reconstrucción funcional y estética de los tejidos (…)”

La cirugía plástica es, por lo tanto, una extensa rama del ejercicio médico, a la cual acuden multitud de pacientes de todo tipo, entre los cuales se incluyen los que poseen grandes expectativas, los amigos de la moda corporal, los exigentes, los indecisos, los inmaduros, los que consultan con desaprobación familiar o forzados por ella, los que tienen problemas psicológicos y los verdaderamente deformes. Todos ellos constituyen una potencial fuente de demandas legales.

Pero la pregunta decisiva es: Aunque no se encuentre reglamentado aún por la Ley el ejercicio de la cirugía plástica como especialidad, ¿puede considerarse que un médico general sin la calificación esencial de haber practicado estudios de postgrados que en medicina se denominan “Residencias de especialidad”, se encuentra capacitado para acceder al tratamiento quirúrgico de un área tan delicada como la apariencia humana? Es obvio que no. Y quienes piensan que pueden ejercer en un campo especializado como este no deben olvidar que, si bien el juez debe atenerse a la Ley por encima de todo, no es menos cierto que elementos tales como la Lex Artis deben ser tenidos en cuenta de manera permanente al juzgar la actuación de un médico en nuestro país.

El Magistrado Ciro Angarita plasmó en la Sentencia T-534-92:

“...En la Constitución de 1991, el derecho a la vida, más que reflejo de una obligación estatal (que aún se mantiene: artículo 2 CN), es un derecho fundamental, con mayor alcance y autonomía, y con la acción de tutela como mecanismo idóneo para su protección...Está consagrado en el artículo 11 como inviolable. Es un derecho absoluto, por lo cual no admite límites, como sí lo hacen otros derechos. Igualmente, constituye la base para el ejercicio de los demás derechos consagrados. Es el presupues-

to indispensable para que cualquier sujeto se constituya en el titular de derechos y obligaciones. Así, el primer deber del Estado es el de proteger la vida de los asociados, adoptando las medidas necesarias para garantizar a sus ciudadanos una vida digna, todo ello fundado en el respeto por la dignidad humana, pilar fundamental del Estado Social, y en el objetivo-fin esencial al mismo de garantizar la efectividad de los principios y derechos...”

En esta misma sentencia, el ilustre abogado establece la conexidad entre el Derecho a la Vida y la prestación de los servicios de salud en la siguiente forma:

“...Para la Corte es evidente que en los casos en que el servicio de salud es indispensable para guardar el derecho a la vida, el Estado debe prestarlo a las personas necesitadas en los términos del artículo 13 de la Constitución...Los derechos a la seguridad social y la salud, aunque no consagrados como fundamentales, adquieren dicho carácter cuando de su protección depende la salvaguardia de otros derechos fundamentales, como lo es la vida...”

No podría ser de otra forma. De lo contrario el solo título de Médico Cirujano que acreditan las universidades, que dicho sea de paso, no convierte al médico general graduado en cirujano, daría licencia para invadir áreas extremadamente difíciles, como la cirugía cardiovascular, la neurocirugía, la oftalmología, etc. Lo que sucede es que, como hace muchos años en el país no existía un número suficiente de especialistas, debió formarse al médico general y acreditarlo para tomar el manejo de casos de urgencia en áreas apartadas de la geografía nacional.

Pero hoy en día, en que existen multitud de cirujanos especializados, particularmente en las ciudades, no tiene presentación desde el punto de vista de la Lex Artis, que un médico general que acredite una serie de cursillos y asistencia a congresos se considere a sí mismo como especialista.

Y cuando por efecto de su actuación se provoque un daño, al haber provocado el riesgo debido a su impericia, cae dentro de la consideración de culpa médica y así deberá ser juzgado al evaluar el acto médico.

Ya se dijo que la Ley 23 de 1981 menciona la realidad de las especialidades médicas en su artículo 7: “Cuando no se trate de casos de urgen-



cia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios, en razón de los siguientes motivos:

Que el caso no corresponda a su especialidad.

Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya.

Que el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas”.

De la misma manera la Ley de Ética Médica menciona las especialidades médicas, exigiendo de ellas la respectiva aprobación legal cuando se hace alusión a la propaganda al determinarse:

“ARTÍCULO 56. El anuncio profesional contendrá únicamente los siguientes puntos:

- a. Nombre del médico.
- b. Especialidad, si esta le hubiere sido reconocida legalmente.
- c. Nombre de la universidad que le confirió el título.
- d. Número del registro en el Ministerio de Salud.
- e. Dirección y teléfono del consultorio y de su domicilio.

PARÁGRAFO: Cuando el anuncio de que trata el presente artículo se refiere a un centro médico o a una asociación de profesionales, en él debe aparecer el nombre del gerente, administrador o responsable del grupo, con los datos correspondientes a los numerales a), c), y d) del presente artículo.

Con las dos normas mencionadas con anterioridad se llega a la clara conclusión que a pesar de que la mayoría de las especialidades médicas no se encuentren reglamentadas por la ley y que para realizar determinadas actividades que requieren de una gran especialidad, el médico que las realiza debe tener la correspondiente formación académica y no puede pretenderse bajo ninguna perspectiva que por el hecho de que la mayoría de las especialidades médicas no se encuentren reglamentadas, pueda el médico general pretender realizar trasplantes de órganos, operaciones cardíacas, cirugías de mano, tratamiento y extirpación quirúrgica de cáncer, etc. y muchas otras que por su complejidad, de manera necesaria requieren de esa alta y refinada formación académica.

Sostener opinión contraria sería atentar contra la vida y la salud de todos los habitantes del territorio nacional, porque sería aceptar con un inmenso grado de irresponsabilidad social, que todos los

médicos generales, por el solo hecho de serlo se encontrarían en capacidad de realizar cualquier tipo de tratamientos, de terapias, o de intervenciones quirúrgicas sin importar la especialidad médica de que se trate.

El mismo deber de cuidado implica a su vez un conocimiento a fondo del paciente, de sus condiciones individuales, de sus circunstancias agravantes y de las mejores opciones terapéuticas a su enfermedad o dolencia.

Para reforzar los anteriores argumentos, es indispensable recordar los temas relacionados con la Lex Artis, en el aspecto de la evaluación de los actos médicos, en especial de los que tienen que ver con procedimientos invasivos.

Porque resulta lógico que cuando se evalúan los resultados de un procedimiento quirúrgico, en especial cuando estos son indeseados, el funcionario jurisdiccional, sea juez, fiscal o cualquier otro, no solamente tendrá en cuenta que quien causó el daño o puso en peligro el bien tutelado por la ley tenga el título de médico cirujano (que en realidad es apenas un título de médico general), sino la experiencia originada en estudios dirigidos que lo hagan un verdadero especialista en el campo que pretende cubrir.

Así, por ejemplo, cuando se interviene en una delicada operación de tipo vascular, cuya pericia se logra luego de varios años de estudios adicionales a los de medicina general, y el paciente termina en una amputación o en la misma muerte, quien debe evaluar y determinar responsabilidades sobre el caso, no solamente se va a contentar con recibir el documento probatorio del título de médico, sino los documentos adicionales que acrediten la especialidad, es decir, la posibilidad de acceder a semejante intervención con el conocimiento claro, perito y formalmente enseñado que acredite que cuando se lleve a cabo se esté en capacidad de proteger al paciente y a la sociedad en campos tan complejos como los muchos que derivan del ejercicio médico especializado.

Y si bien es cierto que la ley no regula la práctica de un área tan obvia como la cirugía estética, no es menos cierto que al consagrar la Constitución la vida y la salud como bienes fundamentales que sirven de sustrato al ejercicio de todos los demás, ha de concluirse que para la correcta protección de dichos bienes, quien como médico intervenga en

un área especializada de la profesión, debe hacerlo con el amparo de una capacitación universitaria de postgrado que no ponga en peligro la vida y la salud de los pacientes.

Con esto se quiere enfatizar en el hecho de exigir títulos de idoneidad para campos muy especializados y juzgar la actuación con base en el concepto de *lex artis*, es decir, de normas de excelencia de tiempo, lugar y circunstancias que rodeen el acto médico y quirúrgico.

Además, a la fecha existen en el Ministerio de Educación reglamentaciones de cada especialidad médica para establecer programas de pregrado correspondientes y darles validez.

## Conclusiones

El médico encartado no es cirujano plástico ni posee el mínimo de estudios necesarios para ejercer dicha especialidad, a pesar de su pobre argumento de haberse dedicado por muchos años al ejercicio de la misma.

Tampoco es válido el argumento de haber sido asesorado por su propio padre, a quien considera un gran cirujano (muy seguramente así es), pero hoy en día la experiencia de la especialidad comienza con al menos tres o cuatro años de residencia en hospitales acreditados, con un intenso trabajo, con docencia permanente, estudio agotador y atención de cientos de pacientes bajo la dirección de los docentes encargados de tal fin.

Por eso, esta Sala comparte la opinión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle cuando afirma que

a. El Dr. R. G. no tenía título de especialidad en medicina que lo acreditara para practicar mamoplastia y lipoescultura en una paciente que pretendía un mejoramiento de la imagen corporal no proveniente de enfermedad orgánica, lo cual coloca en el plano de la cirugía estética el procedimiento que requería la señora ...

Este tipo de cirugía debe ser practicada únicamente por personal idóneo, cirujanos especialistas que posean los conocimientos para hacer el abordaje por los sitios exactos de acuerdo a los pliegues corporales, pues adquieren habilidad para realizar un colgajo dérmico, conocen la elasticidad de los tejidos o las mejores técnicas para una adecuada cicatrización, eligen el mejor instrumental quirúrgico, etc.

c. Cuando de manera consciente el médico realiza el acto quirúrgico careciendo del título que las instituciones universitarias otorgan en determinada rama de la ciencia médica para el ejercicio profesional, potencialmente coloca en riesgos injustificables al paciente. En el caso presente, el Dr. R. G. expuso a la paciente E. R. G. P. a riesgos injustificables, que pudieron darse en la cirugía o como resultado de ésta, siendo una de esta última la desvascularización del tejido o la necrosis, a las cuales alude la quejosa en su escrito, aspecto no desconocido por el versionado atendiendo la diligencia realizada el 12 de abril de 2007.

Infringió el artículo 15 de la Ley 23 de 1981, concordante con el artículo 9 del Decreto 3380 de 1981.

d. La historia clínica no fue diligencia con claridad. Por ser ilegibles en gran medida las anotaciones realizadas por el Dr. R. G., se dispuso que fueran transcritas en diligencia de versión libre, siendo una de ellas y la más relevante para el caso presente la nota operatoria. Conocido su texto se comprende qué fue lo realizado.

Infringió el artículo 36 de la Ley 23 de 1981.

e. La Sala considera que el compromiso responsable, leal y auténtico que debe existir en la relación médico-paciente, que constituye uno de los principios de la ética-médica, no fue observado por el Dr. R. G. en los hechos investigados. Este compromiso, consignado en el artículo 1º, numeral 4º de la Ley 23 de 1981, está conectado a una parte del juramento médico adoptado en la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial: la promesa de "ejercer mi profesión dignamente y a conciencia",

Por tanto, se estima violado el artículo 1º, numeral 4º de la Ley 23 de 1981. Sobre el particular y como corolario la Sala considera que en estos hechos se está frente a lo que se conoce como "instrusismo", situación repetida por el profesional investigado (proceso ético-disciplinario No. 557-01).

Son suficientes las consideraciones anteriores para que el TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA, en uso de las atribuciones que le confiere la Ley

**Resuelva**

**ARTÍCULO PRIMERO.** Confirmar, como en efecto confirma, la sanción disciplinaria de suspensión en el ejercicio de la profesión de dos (2) meses, contados a partir del día siguiente a la ejecutoria, al Dr. H. R. G., como infractor a los artículos 1º numeral 4º, 15 y 36 de la Ley 23 de 1981, en la atención brindada a la paciente E. R.G. P. en la Clínica ... de Cali.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** REVOCAR el cargo por la violación al artículo 7 de la Ley 23 de 1981, por considerar que este artículo habla de causales de justificación.

**ARTÍCULO TERCERO.** DEVOLVER el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

JUAN MENDOZA VEGA

Presidente

FERNANDO GUZMÁN MORA

Magistrado Ponente

EFRAÍM OTERO RUIZ

Magistrado

GUILLERMINA SCHOONEWOLFF DE LOAIZA

Magistrada

MIGUEL OTERO CADENA

Magistrado

EDGAR SAAVEDRA ROJAS

Asesor Jurídico

MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO

Secretaria

