

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

REFLEXIONES SOBRE EL ACTO MÉDICO
Y LA RESPONSABILIDAD ÉTICA DESDE
EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Alonso A. Ruíz Perea*

INTRODUCCIÓN

El trabajo del médico ha sufrido una serie de transformaciones a lo largo de los años en el sentido de cambios profundos en los aspectos laborales, de relación médico-paciente, de relación médico-colegas y de la regulación del ejercicio profesional derivadas de la Constitución Nacional y las leyes, de tal manera que se hace necesario y obligado su conocimiento para un normal y seguro desempeño de esta noble profesión. El médico debe responder ante el paciente, la familia, la sociedad y el estado por sus actos y puede verse enfrentado ante procesos de orden civil, administrativo, penal y ético- disciplinarios que le generan extremo temor, costos, ansiedad y la “desidealización” de la medicina como su profesión.

Este artículo aporta algunas reflexiones desde el punto de vista médico, que no jurídico, acerca del acto médico y de la responsabilidad ética en los procesos que de este orden pueden involucrar a los médicos haciendo una serie de reflexiones en lo referente al hombre, la medicina y el acto médico, la ética general y la ética médica, la Ley 23 de 1981 y por último se presentarán las experiencias del Tribunal de Ética Médica del Cauca a lo largo de quince años de labores.

I - EL HOMBRE

Los seres humanos definimos e interpretamos de manera sorprendentemente diferente las cosas y los hechos, cada uno desde su propio punto de vista, definiéndose así la individualidad. Esto es la hermenéutica: el cómo damos diferentes interpretaciones, definiciones y sentido a las cosas. Veamos cómo podemos definir al hombre desde diferentes puntos de vista:

- Desde la teología: lo podemos definir como un ser creado por Dios a su imagen y semejanza.
- Desde la economía, por ejemplo, es el sujeto que debe hacer uso racional de los escasos recursos que dispone para suplir sus necesidades físicas, sociales y psicológicas.
- Desde el derecho la definición es muy sencilla: es el objeto del derecho.
- Desde la antropología el hombre es considerado como un animal social, producto de la evolución de las especies.
- Desde la biología se define al hombre sencillamente como un conjunto de células agrupadas en tejidos y éstos en órganos y en sistemas funcionantes.

* Profesor Asociado, Departamento Medicina Interna, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Presidente Tribunal Ética Médica del Cauca

- Desde la medicina, por último, el hombre se puede entender en su dimensión más completa, como ese ente biológico que interactúa en un ambiente social, pero que además es dueño de un contenido psicológico y espiritual: se llega a la definición de un ser bio-psico-social. La medicina no lo entiende solo como ese ser que sufre una patología, que tiene disfuncionando un órgano o un sistema, sino que lo concibe en toda su dimensión de enfermedad física o mental que se desarrolla en un hábitat.

Así, todas estas son definiciones válidas, cada una en su propio contexto. Desde la medicina reconocemos la individualidad de las personas, reconocemos que no existen enfermedades sino enfermos que padecen enfermedades muy similares entre ellas por sus signos y por síntomas, pero no idénticas como quiera que cada individuo las manifiesta de diferente manera, cada paciente con una enfermedad tiene por lo general una o varias otras patologías que hacen que la enfermedad se comporte de manera diferente y tenga resultados diversos; cada persona reacciona psicológicamente de manera diferente a las enfermedades que padece y, de igual manera, reacciona de manera diferente a los medios que emplea el médico para tratar de lograr un resultado.

II - LA MEDICINA Y EL ACTO MÉDICO

Los orígenes de la medicina se remontan a los orígenes mismos del hombre: el hombre intentó desde siempre dar alivio al sufrimiento en la peligrosa y primitiva vida de sus épocas prehistóricas y se conoce por documentos antiguos cómo algunos de ellos intentaron revertir y curar lesiones relacionadas con el ataque de las fieras y de sus mismos congéneres en la difícil lucha por la supervivencia, considerándose así el inicio de éste noble oficio basado en elementos humanísticos inherentes muy característicos.

Aunque el acto médico en sí mismo parece haber sido reglamentado desde por lo menos 5.000 años antes de Cristo (aC), la medicina fue definida mucho más tarde, en épocas de Moses ben Maimon, mejor conocido como Maimónides un filósofo judío nacido en 1135 comentarista de la Biblia y del Talmud, quien la definió como "la ciencia y el arte hermanados para aliviar el sufrimiento humano, no sólo el corporal, mediante un intermediario: el médico". Nótese que desde esos tiempos se establece a un individuo caracterizado por la vocación de servicio hacia el alivio de los sufrimientos corporales y espirituales del enfermo, a una persona que tiende el puente entre el enfermo y la enfermedad: el médico. Desde entonces se establece además que la medi-

cina es un arte y es una ciencia y que gracias a su equilibrado ejercicio sería posible aliviar el sufrimiento humano.

El Diccionario de la Real Academia Española la define como "la ciencia y el arte de precaver y de curar las enfermedades del cuerpo humano". Esta autorizada definición castellana insiste, como desde siglos atrás, en que la medicina es a la vez un arte y una ciencia tanto para la curación como para la prevención de las enfermedades. Sin embargo, el Diccionario Enciclopédico Salvat, Vol. 8, 1985 va más allá del concepto de enfermedad y adiciona el de salud al definir medicina: "ciencia que tiene por objeto curar o mitigar las enfermedades del hombre y conservar la salud".

En nuestro país, la Ley 23 de 1981, en el Capítulo I, Artículo 1º- (Declaración de Principios), define la medicina como "La profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, orden económico-social, racial, político ni religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes".

La palabra medicina proviene del verbo "mederi", que en latín significa "cuidar", "compadecer". Es claro, aún desde su etimología, que la medicina no ha sido concebida ni desarrollada para "curar" enfermedades sino para cuidar de los enfermos, para intentar mejorar su calidad de vida, tratando de curar en los pocos casos en que es posible. Un antiguo adagio, de claro corte y contenido hipocrático ha hecho carrera en todo el mundo médico: "Curar: pocas veces, aliviar: algunas veces, consolar: siempre".

Las pocas enfermedades que se son susceptibles de curación se limitan en general a muchas de las enfermedades infecciosas y unas muy escasas de origen tumoral, así mismo el tratamiento y la rehabilitación de lesiones traumáticas son igualmente susceptibles de curación; sin embargo, la mayoría de las enfermedades que atendemos los médicos no son curables.

Con el envejecimiento de la población y el aumento en la esperanza de vida, las enfermedades crónicas y las degenerativas ocupan la atención de la segunda frase del antedicho adagio: tratamos enfermos con esas enfermedades bajo el pleno conocimiento de su no-curación, es decir, buscamos el alivio de los enfermos tratando de mejorar su cantidad y calidad de vida mientras sobrellevan esas enfer-

medades incurables. Este aspecto debe hacérselo saber el médico a su paciente, para no crear falsas expectativas de vida, de curación y de salud. Por último, consolar: "La actitud del médico será siempre de apoyo...", como lo establece el Art. 11 de la Ley 23/81; el médico debería ser el confidente del paciente, aquel profesional a quien se le pide su opinión, consejo y orientación para que el enfermo tome una decisión autónoma sin presión, manipulación ni coerción; es aquel quien debe decir lo necesario en el momento necesario con palabras sencillas y de apoyo y hacer entender al paciente la levedad de la vida a pesar de colocar a su alcance los medios disponibles para lograr un resultado, que no siempre es el esperado.

Este sencillo y antiguo adagio pareciera ser el fundamento de numerosos y extensos estudios de ética, de deontología, de derecho y de filosofía, en los que se intenta aclarar si la medicina, o mejor, el acto médico es de *medios* o es de *resultados*. Debe dejarse claramente establecido que, en general, el acto médico no supone una obligación de resultado sino de medio; en éste sentido, el médico coloca los *medios*: la ciencia y el arte de la medicina y coloca también su conciencia así como todos los medios adecuados, disponibles, aconsejables y oportunos que tiene a su alcance para pretender obtener unos *resultados* previstos por el estado de la ciencia, en el lugar y en las circunstancias en las que se encuentre. De esta manera, podríamos decir que el acto médico no es un acto típico, dado que existe el elemento del azar y de imponderables en su ejecución y, en consecuencia, un acto médico en particular nunca será idéntico a otro acto médico ejecutado por el mismo médico en otro paciente, o por otro médico en el mismo paciente aún en las mismas circunstancias.

De la medicina se ha dicho que es una *ciencia*, a la vez que un *arte*. Si la *ciencia* es un cuerpo de doctrina metódicamente formado y ordenado en un ramo determinado y particular del saber humano, o si la definimos como el conocimiento cierto de las cosas por sus principios y sus causas y si el médico emplea el método científico como método clínico, podemos claramente decir que la medicina es una ciencia. Ahora bien, si entendemos el *arte* como el conjunto de preceptos y reglas necesarias para ejecutar bien una cosa o si definimos el arte como una virtud, una habilidad, una disposición, una vocación para hacer bien una cosa, inferimos igualmente que el acto médico en sí mismo en un arte.

Este arte en la medicina conlleva también incluso el concepto de la intuición, basado en la experiencia, la observación y el estudio, elemento que desarrolla el médico en su diario quehacer observando y evaluando pacientes en la

dimensión total de un ser humano enfermo, temeroso, ansioso y muchas veces también ambicioso de logros secundarios diferentes a su salud; hace gala también de la intuición al observar el lenguaje no-verbal que emplea el enfermo cuando se expresa sobre su enfermedad, sobre su dolor, sobre su discapacidad. El médico ejerce a diario en sus actos tanto la ciencia como el arte en proporciones variables de acuerdo al caso clínico que se le presenta. Sin embargo, y adicional a lo anterior hago énfasis en uno de los elementos que hace parte integral tanto de la ciencia como del arte: la vocación, la vocación de médico. Ortega y Gasset define vocación como "*la elección de una trayectoria de vida integral que impulsa al individuo hacia el ejercicio de una actividad específica de servicio a la sociedad*". Esta claridad conceptual tan exacta en la definición general de "vocación" pareciera ser hecha específicamente para la vocación de médico, como quiera que pocas profesiones marcan una trayectoria de vida al servicio de la sociedad como la medicina.

EL ACTO MÉDICO: Antes de hacer una aproximación médico-legal del acto médico es necesario hacer un poco de historia de éste acto sublime por su naturaleza íntima, humanística y de beneficencia del profesional hacia el enfermo.

Desde el año 4050 ac, las llamadas tablas de Urnamu describían en el imperio sumerio los primeros elementos que establecían las normas para el ejercicio de quien estaba destinado a atender a los enfermos. En la Mesopotamia del año 1750 ac el Rey Hammurabi, consagrado por la historia como un verdadero sabio establece el Código que lleva su nombre y que versaba sobre las leyes de la moral médica objetiva, sentándose unas bases sólidas de orden deontológico para el médico de la época. Luego, en la época dorada del desarrollo del gran imperio egipcio (1500 ac) las normas de comportamiento estipulaban la relación del médico con sus enfermos y, entre otras cosas, el cobro de los servicios médico-sacerdotales y condenaba a la muerte al sacerdote (médico) cuyo enfermo moría.

Vendría luego la inmortal Grecia con su impresionante desarrollo artístico, intelectual y filosófico; entre esos pensadores aparece Sócrates (469-399 ac) considerado el padre de la ética social. Entre los años 460 y 377 ac, para gloria de la humanidad aparece Hipócrates de Cos considerado no solo como el padre de la medicina sino como el padre de la Ética Médica. Sus principios de beneficencia y de no-maleficencia ("*primum non nocere*") para con el enfermo quedaron grabados para siempre en la memoria histórica de la Medicina a lo largo de los siglos. Aunque no se podrá saber con total certeza la autoría de tan hermosa y sabia

promesa, pasó a la historia como el autor del Juramento Hipocrático. Esta época se caracterizó porque el médico se proponía estudiar a los enfermos mediante el método de observación clínica sistematizada para aproximarse a un diagnóstico y pretender así un alivio a sus males; esto es ni más ni menos que el principio del método científico en las áreas clínicas.

La Medicina griega tuvo en su época una inusitada influencia en toda Europa así como en el cercano y medio oriente y para los tiempos de Jesucristo, siendo Él mismo un "curador" como lo dicen las Sagradas Escrituras, la orientación de la Medicina tenía una clara tendencia teúrgica (de divinidad religiosa) en la que para lograr la curación era preciso la oración. Pero las enseñanzas de Jesucristo y su definida defensa de los pobres, los enfermos, los minusválidos y los desposeídos hizo que el principio de beneficencia ya arraigado y enraizado en los médicos de la época tuviera una base aún más sólida; éste principio de beneficencia, tanto para los pueblos cristianos como de otras religiones ha continuado hasta nuestros atribulados tiempos y sigue estableciéndose como el verdadero objeto del acto médico.

Pasan más de quince siglos de total oscurantismo en todos los campos y sólo a finales de la edad media aparecen los primeros pensadores de la escuela Racionalista, aunque se sigue fielmente el pensamiento Hipocrático y ante todo el respeto por la vida humana. La palabra del médico era casi la palabra de Dios para el enfermo (MD: "Medio Dios"): si aquel decidía un tratamiento, una intervención o un acto médico, éste lo hacía o permitía que se le hiciera pues la confianza en el médico constituía la esencia que era típicamente *paternalista*: de la manera como un buen padre decide lo mejor para su pequeño hijo. Esta tendencia paternalista ha prevalecido hasta nuestros tiempos con un mayor o menor peso y muchos médicos incluso la defienden a ultranza como el elemento primigenio del acto médico.

Para la época de la Revolución Francesa (1789) las tendencias libertarias y pluralistas establecen los Derechos del Hombre y del Ciudadano: el ciudadano del común pasa de una condición de individuo inepto y sin capacidad decisoria a una condición de persona como ser individual, pensante y dueño de sus propias decisiones, incluso en las relacionadas con su salud y su vida.

La llegada del siglo XIX trajo en sus postrimerías el desarrollo industrial y los asomos de la tecnología general que se aplicó hábil y rápidamente al campo médico, pero el siglo XX con el positivismo y el desarrollo en ciencia y tecnología en Medicina fueron definitivos en el logro de métodos

de diagnóstico y de tratamiento de patologías que parecían antes incurables o al menos desconocidas. Así, entran al acto médico entre un enfermo y un médico los elementos técnicos necesarios para comprobar con mayor exactitud y precisión los diagnósticos de las enfermedades para ser abordadas mediante terapéuticas médicas y quirúrgicas avanzadas con la natural mejoría en la calidad y cantidad de vida de la población. Se le comienza a exigir al médico un mejor resultado por sus actuaciones, toda vez que los medios para lograrlo son cada vez más precisos. Pero la llegada del siglo XX con toda la tecnología y la ciencia aplicadas a la Medicina no dejó pasar por alto el desarrollo, revisión y establecimiento de sus responsabilidades médicas en términos de valores, principios y deberes.

En 1930 David Ross en los Estados Unidos escribe sobre los llamados deberes "*prima facie*", esto es, los deberes generales de cualquier buen ciudadano para vivir dentro de una sociedad y de los cuales, claro está, no escapa el médico. Son éstos: el deber de Fidelidad (con su empleador, con su empresa, con su trabajo, con sus principios, con sus colegas), el deber de Reparación (se debe reparar el daño causado con ocasión del acto médico), el deber de Gratitud (con sus maestros, con sus colegas, con su empleador, incluso con su paciente), el deber de Autoperfección (la actualización, la educación médica, el estudio) y los deberes de Beneficencia, de No-Maleficencia y de Justicia de los que nos ocuparemos más adelante.

Terminada la Segunda Guerra Mundial la ONU. establece en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la que destaca, para propósitos de éste tema el derecho de autonomía de los individuos, el derecho de la libertad decisoria en sus actos y el derecho a que el estado tutele sus derechos sobre la vida y la salud. Evidentemente éstos hechos han ayudado a derrumbar el principio de beneficencia y la tendencia paternalista practicada históricamente por el médico, favoreciéndose la individualidad y la autonomía del sujeto.

Cuando la ciencia en su afán transformador desbordante y sin control se convirtió en una amenaza para el individuo, la sociedad y la especie se vio la necesidad de ponerle un freno a ese afán, dándosele así una nueva cara a la ética científica y surgió entonces la Bioética, como ciencia de base ética no solo para los humanos entre sí, sino de los humanos con las otras formas de vida en el planeta. En 1971 VanRensselaser Potter, un médico oncólogo de Wisconsin, Estados Unidos escribió el primer libro sobre Bioética, entendida como la Ciencia de la Supervivencia, en la relación del hombre con su entorno, ciencia que ha dedicado sus

denodados esfuerzos a los asuntos relacionados con la reproducción humana asistida, ortotanasia, eutanasia, distanasia, derecho a morir dignamente, derechos del enfermo, transplantes, terapias genéticas, aborto, etc.

En resumen, el acto médico como arte y ciencia dentro de una sociedad debe ejecutarse bajo una serie de derechos y de deberes tanto del médico como del enfermo en un perfecto y armónico balance que tenga por resultado la satisfacción del uno y del otro

III- ÉTICA Y ÉTICA MÉDICA

Con el fin de dar claridad al tema de la Ética General y a la Ética Médica en particular cae como anillo al dedo la afirmación del filósofo contemporáneo Peter Singer: "Para que un análisis llevado a cabo dentro del marco de la ética sirva de algo, es necesario hablar un poco de la ética, para tener una clara comprensión de qué es lo que estamos haciendo cuando tratamos de cuestiones éticas". Semejante afirmación, que pareciera caerle de su peso, es una recomendación válida para comenzar a hacer reflexiones acerca del tema.

ÉTICA: El vocablo español ética proviene del griego "Ethos" que significa **COSTUMBRE**; no es sorprendente que el vocablo español Moral, que proviene del latín "Mos" signifique igualmente **COSTUMBRE**. Se puede entonces afirmar que la Ética es una práctica, un comportamiento, una conducta fuente de todos los actos particulares de las personas. Con frecuencia se confunde la moral con la ética como quiera que están íntimamente relacionados desde su mismo origen etimológico; sin embargo, la moral hace referencia a los actos particulares, a los actos del individuo y ética hace referencia a los actos particulares del individuo relacionados con lo universal, con la sociedad. Se establece que la MORAL es particular y la ETICA es universal.

El Diccionario Enciclopédico Salvat - Vol. 5, 1.985 define la Ética como "La investigación filosófica de la conducta, desde el punto de vista de los juicios de aprobación o desaprobación de lo bueno y lo malo, de lo correcto y lo incorrecto, de lo valioso y lo reprochable". A renglón seguido dicho Diccionario continúa definiendo la Ética como "El estudio de la conducta real y su enjuiciamiento por la sociedad". Es ésta última parte de la acepción la que conlleva un juicio de valores susceptible de ser respondido en su infracción por el individuo ante la sociedad en la que vive. La Ética es entonces el estudio de la Moral, es la filosofía de la Moral. La Ética no es una ciencia positiva; esto es, no describe los actos humanos como son, sino como deberían ser. En conse-

cuencia la Ética como disciplina es de tipo normativo: estudia el "cómo debería ser en general la conducta humana".

ÉTICA MÉDICA: De una manera sencilla y desprevenida se podría afirmar que la Ética Médica no es más que la ética General aplicada a los médicos y al acto médico. El conocido médico y tratadista Fernando Sánchez Torres define la ética Médica desde una concepción de la moral: "ética Médica es la disciplina que se ocupa de los actos médicos desde el punto de vista de la moral y que los califica como buenos o malos, a condición de ser éste acto médico voluntario y consciente". Indica no solo el precepto de la moralidad del acto médico, sino que advierte que dicho acto sea realizado por el médico bajo la total conciencia y voluntad; así, un acto médico efectuado bajo coerción, amenaza o engaño no puede ser considerado como voluntario y, en consecuencia pierde el valor del propósito del mismo. Esto es, que un acto médico realizado bajo esas circunstancias no puede ser sujeto de responsabilidad profesional.

El Dr. Luis Guillermo Serrano E., profesor de Derecho de la Universidad del Cauca y tratadista igualmente de temas de ética Médica comparte con el filósofo español Javier Gafó el concepto de ética Médica y hace una lectura un tanto diferente, enfatizando el aspecto no de la moral sino de los valores, conceptualizando "valor" como la cualidad de la conducta del ser humano que sirve de medio para alcanzar el fin del servicio social: "*La ética Médica es la actitud distintiva, una característica de los médicos en una cultura que fomenta la capacitación y la adhesión a ciertos valores, cuyo fin principal es la dedicación al servicio de la sociedad*".

Hechas las anteriores definiciones del concepto de ética Médica se establece que la ética del acto médico debe estar cimentada en cuatro elementos: los valores, los principios, los deberes y la "*Lex artis*". Analizaré a continuación cada uno de estos elementos:

- **Valores:** Valor es la cualidad de la conducta del ser humano como medio para lograr un fin. Tiene en consecuencia una intencionalidad. El médico dirige su conducta a cuidar de la salud con miras a conservar la vida con la mejor calidad posible. Así, es claro que los dos valores que determinan el acto médico son la VIDA y la SALUD. Es al profesional de la Medicina a quien el estado le asigna la protección de éstos valores del enfermo y es a él a quien la sociedad le confía éstos valores. En consecuencia, el médico debe responder ante el paciente, ante la sociedad y el estado por la preservación de la salud y de la vida.

- **Principios:** El Acto Médico se fundamenta en cuatro principios. El primero de ellos, le corresponde ejercerlo al paciente; los dos siguientes corresponden al médico y el último corresponde esencialmente al Estado. Veamos:

1. Principio de Autonomía. Es el principio que tiene el paciente para decidir sobre su salud y su vida y es opuesto a la tendencia de “paternalismo” Hipocrático ejercido desde hace siglos. El médico ya no decide y define unilateralmente la conducta a tomar con un paciente en concreto, sino que debe dejar que el mismo paciente decida libremente, sin presión, sin coerción, sin manipulación y sin persuasión sobre lo que desea que se le haga o no se le haga, previa explicación con lenguaje fácil, sencillo y entendible sobre la intencionalidad del acto médico. Una vez el paciente tenga pleno conocimiento del acto, sus propósitos, tratamientos alternos, limitaciones, posibilidades de éxito, consecuencias en caso de no efectuarse, complicaciones, efectos colaterales, etc., podrá consentir con plena autonomía la realización o no de ese acto médico propuesto. Nunca sobra recordar que dicho consentimiento deberá quedar expresamente escrito en la Historia Clínica del paciente. Cuando se trate de casos de urgencias, de menores de edad o de enfermos sin capacidad decisoria serán los padres o acudientes debidamente acreditados quienes decidan y consientan la propuesta del médico. El principio de Autonomía tiene tres requisitos necesarios, a saber: que se ejecute con intencionalidad, con pleno conocimiento y sin control externo. El desconocimiento por parte del médico de éste principio consagrado constitucionalmente ha llevado con frecuencia al médico ante tribunales cuando actúa contra la autonomía del enfermo a pesar de la buena intención y del principio de Beneficencia para con el paciente.

2. Principio de Beneficencia. No es más que la obligatoriedad de la búsqueda del beneficio para el paciente mediante un acto médico. Tiene un definido corte y una tendencia Hipocrática basada en el citado “paternalismo”. El médico siempre busca el bien de su enfermo y sus actos están dirigidos al bienestar del paciente en el sentido de actuar para prevenir o suprimir el daño o para promover el bien. Sin embargo, al pretender hacer el bien el médico deberá siempre explicar al paciente y/o familiares la intencionalidad del mismo, así como sus consecuencias, limitaciones, complicaciones, etc. Aquí también se recuerda que en la Historia Clínica debe quedar la constancia no solo que la información pertinente fue impartida al enfermo y a su

familia sino que además quedó plenamente comprendida, con el fin de eliminar dudas y suspicacias. La mayoría de los médicos consideramos éste principio como el verdadero objetivo del Acto Médico.

3. Principio de No-Maleficencia. Este principio lo consagró el mismo Hipócrates cuando determinó que en el acto médico la actuación del profesional no debería causar ningún daño. Corresponde de manera determinante al “paternalismo” Hipocrático en su sentencia de “primum non nocere”: primero que todo no hacer daño. Por regla general en el acto médico el profesional nunca pretende hacer daño al paciente; por el contrario, siempre busca y se esfuerza por hacer el bien. En términos pragmáticos deberíamos decir que se debe ejecutar el acto médico con el menor daño posible, como quiera que cualquier acto médico, en particular los actos de terapéutica y en especial los actos quirúrgicos siempre entrañan un daño potencial o real y un riesgo previsible que deberá siempre advertirse al paciente y, de nuevo, la información entregada al paciente deberá quedar consignada en la Historia Clínica.

4. Principio de Justicia. El médico pretende ser justo cuando toma una decisión clínica frente a su paciente individual. Aunque el médico no se involucre con su enfermo más allá de lo referente al acto médico, el profesional muchas veces decide hacer con el paciente lo más justo, tal y como quisiera que obraran con él en caso de ser él el paciente. Este principio de Justicia lo ejerce en particular el médico para con su paciente; sin embargo éste mismo principio particular pasa a un segundo plano cuando se trata de Justicia Comunitaria o Justicia Social, de la cual el responsable no es el médico sino el Estado. El ejemplo vivo es palpable con la Medicina actual: el médico pretende lo mejor en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de un paciente en particular basado en el principio de Justicia, pero dicho abordaje es extremadamente costoso para su entidad de salud para la cual prevalece la Justicia de sus afiliados (Justicia Comunitaria) sobre la Justicia de uno solo de ellos (Justicia Individual).

- **Deberes.** Como se comentó atrás, en 1930 el filósofo inglés David Ross introdujo el concepto de deber o deberes “prima facie”, para significar que no existen deberes absolutos, pues los deberes dependen de circunstancias particulares. Se encontró cabida así a los deberes en la filosofía moral, siendo éstos los de Fidelidad, Reparación, Gratitud, Beneficencia, No-Maleficencia, Justicia y Autoperfección. Se funden entonces los Deberes del Médico con los mismos prin-

cipios citados anteriormente. Además de los deberes de cualquier ciudadano y en razón de su responsabilidad social con la salud del individuo, el médico tiene imperativamente también los deberes de Prudencia, Diligencia, Pericia y Cumplimiento de las normas para no cometer las faltas por su no-cumplimiento.

- **Lex artis**, o Ley del arte. Se puede definir la Lex artis como el acto médico ajustado a las normas de excelencia del momento. En la publicación *Heraldo Médico*, Vol. 23 (227), Marzo 2.000, Guzmán F, Camacho F y Franco E complementan esta definición condicionándola a otras circunstancias que pueden rodear la ejecución del acto Médico: “Se juzga el acto y su resultado teniendo en cuenta las características del ejecutor, el desarrollo del área clínica, la complejidad del proceso, la disponibilidad de elementos, el contexto económico y las circunstancias de cada enfermedad en cada paciente”. Se entiende así que la Lex artis no es universal y dependerá, para su ejecución, de circunstancias extrañas al mismo médico, esto es, las condiciones clínico-patológicas de cada enfermo, los conocimientos científicos sobre la patología, los recursos económicos, locativos, terapéuticos con que se cuente en el lugar en un momento dado, etc. La literatura y el conocimiento médico y de las ciencias va mucho más adelante que la práctica médica cotidiana; prueba de esto es la casi infinita información existente en innumerables libros, revistas, artículos, publicaciones, Internet, etc. Dicho conocimiento y avances médicos por lo general distan mucho de ser aplicados en los medios clínicos en que ejerce el profesional. Así, no se le puede exigir a un médico que ejerce a conciencia y éticamente su profesión en áreas rurales apartadas y conflictivas de nuestro país los mismos resultados que en un centro urbano de mayor complejidad tecnológica. Del mal entendimiento de la Lex artis se ha derivado que la aplicación de protocolos generales de manejo para condiciones sociales, económicas, locativas y laborales ideales sean imposibles de aplicar y ejecutar por igual en centros con diferencias abismales en lo que a ciencia y tecnología se refiere.

Hechas las anteriores reflexiones quiero dejar en consideración mi propio concepto y propuesta en la definición sobre lo que es el acto médico:

“El Acto Médico es un proceso profesional, lícito, continuo, consciente, voluntario y verificable ejecutado hacia el paciente en la prevención, el diagnóstico, la terapéutica y la rehabilitación, ejercido con la Lex artis, los deberes, los valores y los principios que rigen la ética Médica”.

El acto médico es profesional porque solo le es dado en ejecutar a un profesional universitario de la Medicina debidamente acreditado como médico; es lícito porque ese profesional está debidamente autorizado por la República de Colombia para ejercer la Medicina y su ejercicio profesional está amparado por la Ley; es continuo ya que el seguimiento del enfermo es la normatividad: el estado clínico-patológico del paciente es cambiante día a día y frecuentemente minuto a minuto, además tiene diferentes momentos: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; es voluntario cuando lo ejecuta el médico sin presión ni coerción externa del paciente, de sus familiares, de otro médico, de un abogado, de auditores, de empleadores, de grupos armados, etc. Y por último, es verificable porque debe quedar constancia escrita de su ejecución en la Historia Clínica, de la cual nunca se hará la suficiente insistencia en que sea realizada de manera obligatoria, como documento sometido a reserva y diligenciada como lo estipulan las normas académicas universitarias y las leyes. La comprobación objetiva de la ejecución de un acto médico es la Historia Clínica: *“la historia clínica exime o condena al médico”*, se ha dicho en repetidas oportunidades y lo corroboran los Artículos 33, 34, 35, 36, 37, 38 y 39 de la Ley 23/81, así como el Decreto 1995 de 1999 del Ministerio de Salud de Colombia. Las deficiencias en éste importante documento obligatorio son causa frecuente de violación al Código de Ética Médica entre los profesionales.

Siempre se ha dicho que “el desconocimiento de la ley no exime de su responsabilidad” Por lo tanto, es deber del médico conocer la normatividad vigente desde la ética Médica en la Ley 23/81 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, que dictan las Normas de ética Médica, llamado también Código de ética Médica.

IV- LEY 23/81: CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

La normatividad sobre el comportamiento general del médico (Deontología) y sobre la ética Médica han existido desde tiempos inmemoriales, como vimos antes a propósito del acto médico y la Medicina. Como quiera que el ejercicio médico tiene una connotación social y humanística de la mayor importancia debe tener una regulación por el Estado, en la cual el médico debe responder por sus actos profesionales ante la Medicina misma como profesión, ante el paciente, ante sus colegas, ante las instituciones donde trabaja, y ante la sociedad y el Estado.

El médico muchas veces por desconocimiento de las normas considera que su responsabilidad es solamente para

con el paciente, sin tener en cuenta que sus relaciones con los colegas, las instituciones y la sociedad son también motivo de evaluación y permanente vigilancia. El médico, como ningún otro profesional, está a la vista de la sociedad en su diario quehacer y se debe a ella: la sociedad y el Estado colombiano le confirieron ese don privilegiado de velar por la salud y la vida de sus conciudadanos al entregarle el título de Médico; debe responder ante la sociedad y el Estado por sus actos y, en consecuencia puede verse inmerso en procesos Administrativos, Disciplinarios, Penales, Civiles y Éticos. De éstos últimos nos ocuparemos a continuación pues la violación de la Ley 23 de 1981 es la violación al Código de Ética Médica.

El Decreto 2831 de Septiembre de 1954 estableció en nuestro país el llamado "Código de Moral Médica", como primera aproximación a la normatividad del ejercicio de la Medicina en Colombia, basado en el Código Internacional de ética Médica adoptado en la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. Dicho Código fue complementado posteriormente en la Ley 14 de 1962 que introdujo modificaciones con respecto a la competencia en materia de sanciones, atribuyéndosela al entonces Ministerio de Salud Pública. En 1977 se pretendió consolidar un Código Latinoamericano de ética Médica en la Asamblea Internacional de Colegios Médicos en Paracas, Perú a la cual asistieron delegados de Colombia con el compromiso de estructurar sus propias normas nacionales en materia de ética Médica.

En Enero de 1978 el Congreso Nacional de Colombia comenzó a escuchar a los diversos sectores de opinión médica para configurar un proyecto de Ley sobre ética Médica: la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana y las Sociedades Científicas. Así, apareció la Ley 23 de 1981 con su decreto Reglamentario 3380 del mismo año como un conjunto de normas para proteger el correcto, responsable y honesto ejercicio de la Medicina en Colombia, a la vez que garantiza a la sociedad el cumplimiento de los principios que rigen la adecuada relación médico-paciente.

La Ley 23/81 en su conceptualización filosófica es de tipo Hipocrática, con profundo contenido de Deontología Médica y elementos propios de la Medicina romántica francesa y fue sancionada y aplicada mucho antes de aparecer la controvertida Ley 100 de 1993 opuesta en muchos puntos a los principios, valores, *Lex artis* y deberes del Acto Médico.

Desde el punto de vista objetivo en su filosofía la Ley 100/93 se basa en la solidaridad, equidad, oportunidad, eficien-

cia, y universalidad del acceso a la salud para los colombianos. Sin embargo, doce años después la sociedad en general ha visto cerrar hospitales y ha padecido los trámites burocráticos para acceder al frágil sistema de salud; los médicos la vemos como una Ley que comercializó la Medicina como un servicio que debe ser rentable económicamente; una ley con claros contenidos mercantilistas, con intermediarios cargados de intereses económicos; una ley en la que se cambió el subsidio a la demanda por un subsidio a la oferta, que cambió la relación médico-paciente por la relación profesional-cliente, desapareciendo el "paciente" para convertirse en el "cliente" con la consecuente deshumanización y despersonalización del acto médico; con la Ley 100 de 1993 hizo aparición del obrerismo médico, la contratación de "letra menuda"; el ejercicio médico en el que prima la eficiencia sobre la conciencia, con acortamiento de los tiempos de consulta, con limitaciones en el diagnóstico y en el tratamiento, con desconfianza mutua entre los actores y la deslealtad entre el mismo gremio médico y entre los médicos y sus empleadores. Es en éste momento entra el abogado al Acto Médico.

A propósito de la antigua, especial y secular relación médico-paciente escribía Alain Garay, abogado de la Corte de Apelación de París lo siguiente:

"Hoy la larga historia de amor entre el enfermo y el médico parece muy afectada por la llegada de un nuevo amante: el abogado. Como si la lógica hubiese sido afectada por un nuevo personaje también paternalista con sus propios secretos técnicos: el hombre de la Ley.

Pero el paciente no puede ser dos veces víctima de la historia paternalista desde siglos: la primera etapa por la intervención del buen samaritano vestido de blanco: el Médico; la segunda bajo el dominio interesado en sanciones y reparaciones del profesional vestido de negro: el Abogado".

Hasta aquí la relación involucraba "médico-cliente-abogado". El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) hizo aparecer a otro actor: el intermediario, quedando la relación así:

"Profesional de la Medicina - Cliente - Abogado - Intermediario".

La otrora relación de confianza y confidencialidad entre el médico y el paciente se cambió por la confusa relación arriba anotada. Es, evidentemente una relación comercializada, conflictiva, altamente intermediada, impersonal, ansiogénica

para todas las partes, apresurada, fragmentada, muchas veces presionada, amenazada y tutelada y con excesivos trámites documentales. Aún más: se perdió el secreto profesional desde que el Decreto 1995 de 1999 reglamentó el manejo de la historia clínica a la que tienen acceso muchas personas del Sistema que no son médicos.

El resultado de ésta relación es la obvia ansiedad en el médico, quien no infrecuentemente responde de manera agresiva al ver violentados sus derechos y los del enfermo (los médicos nunca les llamaremos “clientes” a nuestros pacientes); se adopta una actitud defensiva ante los potenciales riesgos de denuncias y demandas con la sensación de desprestigio, incertidumbre y elevados costos para la adquisición de pólizas de responsabilidad civil y, lo más desconcertante: la “desidealización” de la Medicina como la profesión que escogimos bajo el romántico principio de servir a los enfermos.

Pero ésta confusa relación “Médico-Cliente-Abogado-Intermediario” no se detiene ahí; existen otros elementos:

- Los elementos de Ley: derechos, deberes, normas, acuerdos, decretos, contratos y convenios que nunca terminan de aparecer y desaparecer y que el médico no maneja a entera satisfacción.
- Los elementos del SGSSS: los “clientes” vinculados, los del régimen contributivo y los del subsidiado, cada uno con sus propios límites estipulados en la Ley.
- Los elementos de las Entidades: EPS (Entidad Prestadora de Salud), IPS (Institución Prestadora de Servicios), ARS (Administradora del Régimen Subsidiado), POS (Plan obligatorio de Salud), ARP (Administradora de Riesgos Profesionales), los Planes Complementarios, etc. Por lo general el paciente y el mismo médico no diferencian éstas confusas siglas.
- Los elementos de los “Clientes”: los enfermos se clasifican en “clientes” afiliados, pensionados, beneficiarios y de regímenes especiales, cada uno de ellos con las limitaciones que le impone la Ley.
- Los elementos de los Actores de ésta relación son los “clientes” confundidos, los médicos asustados y a la defensiva, los intermediarios económicos, los abogados, los auditores y los aseguradores con intereses económicos empresariales.
- Los elementos del estado político-social actual en Colombia: la presión ejercida por los grupos armados que azotan la sociedad y el frágil sistema de salud en nuestro país

Todo lo anterior además de deteriorar la relación médico-paciente ha convertido la Medicina de ética Hipocrática en una Medicina corporativa defensiva altamente costosa des-

de el punto que se la mire. Para efectos de un corto ejercicio analicemos que el tiempo con que cuenta un médico para hacer una consulta es extremadamente corto; en éste caso es frecuente que no se haga historia clínica o al menos que no se realice diligentemente y de manera completa; el examen físico presuroso y contra el tiempo lo reemplaza el médico con la solicitud de un sinnúmero de exámenes radiológicos y de laboratorio costosos, inútiles o poco útiles mientras llena una papelería obligatoria que no le permite físicamente atender y estudiar adecuadamente a su paciente y dedicarle el tiempo necesario para hacer un correcto diagnóstico y tratamiento con un arsenal de medicamentos (cuando los hay) de dudosa calidad y restringidos por la misma Ley según el tipo de “cliente”.

Esta es sin duda, una de las causas de los grandes errores de diagnóstico y de tratamiento a los que se enfrenta el médico en las denuncias y demandas elevadas no sólo por el paciente y su familia sino por su empleador o administrador de la entidad a la que le presta sus servicios profesionales. En los llamados pacientes institucionales son más palpables éstos conflictos con insatisfacción por la prestación del servicio, la indignación del enfermo y de su familia por la inexistencia de recursos, por las limitaciones y restricciones para remisiones e interconsultas, por la falta de dedicación a la situación del enfermo. En éstas circunstancias no resulta extraño que el paciente, su familia y un médico o abogado cercano inicien procesos en contra de la institución o la entidad que necesariamente termina involucrando al médico.

En éste contexto pareciera que la responsabilidad del médico se diluyera entre el mismo médico responsable del enfermo, los otros médicos del grupo de trabajo, la institución donde se ejecuta el acto médico y las entidades a las cuales está afiliado el paciente, entrándose así en la llamada responsabilidad compartida. Sin embargo, el médico seguirá siendo el responsable de sus actos profesionales frente al paciente.

Todos éstos y otros conflictos de intereses han llevado a las denuncias, las demandas y apertura de procesos contra los médicos. Jocosamente se dice que la sigla característica de la profesión médica M.D., que hasta hace poco significaba arrogantemente “Medio Dios” ahora sea leída como “Médico Demandado” ó “Medio Demandado”.

Quién denuncia a los médicos? Quién los demanda? La inmensa mayoría de las veces la denuncia ante el Tribunal de ética Médica la hace el familiar, frecuentemente sin el conocimiento, la aprobación ni el consentimiento del propio paciente. Aquel familiar a quien le ha sucedido alguna

vez un enfrentamiento con otro médico o con la EPS o la ARS, aquel familiar que sin ser médico se cree que lo que hizo el médico lo hizo mal, aquel familiar descontento con los servicios de su entidad de salud, aquel familiar que ocultando un sentimiento de culpa por no haber estado acompañando al enfermo pretende “desquitarse” con la pretensión de “hacer valer sus derechos”, aquel familiar que pretende ganancias económicas en un proceso ético y decide demandar en lo civil, lo penal, lo ético, o lo administrativo, esperando que “algo se logre”, aquel familiar que pretende que con una sanción a un médico se ejemplifique ante la sociedad para que el médico “no siga haciendo más daño a otras personas”. En fin, las razones son tantas como denuncias se presenten. Las mismas razones son las que impulsan a los mismos pacientes a demandar y a denunciar, más aún cuando tienen un familiar o amigo abogado o médico que los asesore cómo, dónde, porqué y a quién demandar.

En los casos de presunta violación a la Ley 23/81 por faltas éticas en la relación del médico con sus colegas (Art. 27 a 32), suele ser el médico afectado quien denuncia a su colega ante el Tribunal de ética Médica.

Las entidades públicas o privadas donde trabaja el médico con frecuencia presentan denuncias por presuntas faltas contra la Ley 23/81. De igual manera lo hacen la Fiscalía, la Procuraduría o la Defensoría del Pueblo cuando el negocio no es de su competencia y son trasladados al Tribunal de ética Médica. Por último, el mismo Tribunal de ética Médica puede abrir procesos de oficio.

Una vez se ha abierto en el Tribunal de ética Médica el proceso etico-disciplinario en contra del Médico y se le comunica, éste por lo general adopta una actitud de desconcierto, de decepción, de incertidumbre, de duda y muchas veces de agresividad en contra del Tribunal en general y de los médicos magistrados en particular a quienes no pocas veces trata con desprecio y recelo. Esta actitud puede ser considerada como una respuesta natural toda vez que le genera al médico investigado ansiedad y preocupación por su propio prestigio profesional.

El Médico denunciado se decepciona frente a la queja y se decepciona de la Medicina como profesión a la que comienza a ver como una profesión “peligrosa”. Ante una citación del Tribunal de ética Médica muchas veces el médico no sabe si se trata de un asunto penal, civil, administrativo o etico-disciplinario pues no está muy familiarizado con los estrados judiciales y esto le genera intenso y natural temor. Sin embargo el médico debe saber que el Tribunal

de ética Médica no lleva procesos por DELITOS sino por FALTAS al Código de ética Médica o Ley 23/81, que no se le adelanta un JUICIO sino un PROCESO que no tiene por resultado una PENA sino una SANCIÓN ético-disciplinaria.

Las anteriores consideraciones se relacionan mucho con lo que se ha llamado la “Penalización o Judicialización del Acto Médico”, como quiera que los vacíos que deja la Ley 23/81 y el contexto actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son llenados por el Código Penal (CP) y por el Código de Procedimiento Penal (CPP).

Por ésta y por otras razones el Tribunal Nacional de ética Médica ha trabajado intensamente con asesores jurídicos de alto prestigio en un proyecto de reforma a la Ley 23/81, proyecto que ya se encuentra radicado en el Congreso Nacional y se espera en pocos meses su aprobación y sanción.

LEY 23/81: La Ley 23/81, llamada también Código de ética Médica con su Decreto Reglamentario 3380/81 está organizada de la siguiente manera:

TÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I: DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

CAPÍTULO II: DEL JURAMENTO, adoptado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial.

TÍTULO II: PRÁCTICA PROFESIONAL

CAPÍTULO I: RELACIONES MÉDICO CON EL PACIENTE (Art. 3 a 26).

CAPÍTULO II: RELACIÓN MÉDICO CON SUS COLEGAS (Art. 27 a 32).

CAPÍTULO III: PRESCRIPCIÓN MÉDICA, HISTORIA CLÍNICA, SECRETO PROFESIONAL Y ALGUNAS CONDUCTAS (Art. 33 a 41).

CAPÍTULO IV: RELACIÓN DEL MÉDICO CON INSTITUCIONES (Art. 42 a 45).

CAPÍTULO V: RELACIONES DEL MÉDICO CON LA SOCIEDAD Y EL ESTADO (Art. 46 a 54).

CAPÍTULO VI: PUBLICIDAD Y PROPIEDAD INTELECTUAL (Art. 55 a 61).

TÍTULO III: ÓRGANOS DE CONTROL Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO

CAPÍTULO I: FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA Y LOS TRIBUNALES ÉTICO-PROFESIONALES (Art. 62 a 73).

CAPÍTULO II: PROCESO DISCIPLINARIO ÉTICO-PROFESIONAL (Art. 74 a 82).

CAPÍTULO III: DE LAS SANCIONES (Art. 83 a 94)

El papel que juegan las Universidades en la formación del profesional de la Medicina no llega solamente a entregarlo a la sociedad como un médico más con buenas o deficientes bases académicas para ejercer su profesión. La Ley 23/81 estipula en su Artículo 47: "Es obligatoria la enseñanza de la ética Médica en las Facultades de Medicina". Debo destacar aquí que la Universidad del Cauca en la formulación de su VISION contenida en el Proyecto Educativo Institucional (PEI) expresa:

"La Universidad del Cauca, fiel a su lema <POSTERIS LUMEN MORITURUS EDAT> tiene un compromiso histórico, vital y permanente con la construcción de una sociedad equitativa y justa en la formación de un ser humano **integral, ético y solidario**"

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca cumple no solo con la normatividad de la Ley 23/81 sino con su propio PEI: en el programa de Medicina se dicta ética General y ética Médica a lo largo de tres semestres.

V- "EXPERIENCIAS DEL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL CAUCA".

El Tribunal de ética Médica del Cauca, como lo establece la Ley 23/81 en sus Art. 68, 69 y 70 está constituido por cinco (5) magistrados, profesionales de la Medicina elegidos por el Tribunal Nacional de ética Médica y designados por el propio Ministro de Salud, escogidos de listas presentadas por los Colegios Médicos correspondientes. Para ser magistrado se requiere gozar de reconocida solvencia moral e idoneidad profesional y haber ejercido la Medicina por espacio no inferior a diez años o la cátedra universitaria por lo menos durante cinco años; la magistratura tiene una duración de dos años y los miembros pueden ser reelegidos. El Tribunal cuenta con la asesoría jurídica de un Profesional del Derecho para garantizar el debido proceso y la rigurosidad jurídica en todos y cada uno de los actos adelantados por el Tribunal pero éste no hace parte del cuerpo de magistrados y en consecuencia, no participa en las decisiones que en temas de ética Médica profieren los médicos magistrados. Los Tribunales Etico-Profesionales cumplen una función pública pero sus integrantes no son funcionarios públicos.

El Tribunal de ética Médica del Cauca (TEMC) cumplió quince (15) años de trabajo continuo. Inició labores en el mes de Febrero de 1987 y ha radicado un total de cerca de 380 procesos hasta el 31 de Diciembre de 2001. Su jurisdicción inicial abarcaba los Departamento de Cauca, Nariño,

Putumayo, Caquetá, Huila y Amazonas. A partir de 1997 y por mayor facilidad de desplazamiento el Caquetá lo tomó el Tribunal de ética Médica del Valle y los de Huila y Amazonas los tomó el Tribunal de ética Médica de Cundinamarca, quedando la jurisdicción para Cauca, Nariño y Putumayo. A partir del 1 de Julio de 2.002 comenzó a funcionar el Tribunal de ética Médica de Nariño, pero se mantiene la jurisdicción sobre los procesos del Departamento de Putumayo.

La actividad del Tribunal de ética Médica del Cauca en sus quince años de funcionamiento, en términos de número de procesos se puede observar a continuación.

NÚMERO DE PROCESOS POR AÑO: El número de procesos por año ha crecido, como puede observarse en la Figura No.1

- 1987: 11 PROCESOS.
 - 1989: 10 PROCESOS.
 - 1991: 31 PROCESOS
 - 1994: 30 PROCESOS.
 - 1.997:23 PROCESOS.
 - 1999: 32 PROCESOS.
 - 2000: 38 PROCESOS.
 - 2001: 42 PROCESOS.
- (DIC-31-01)

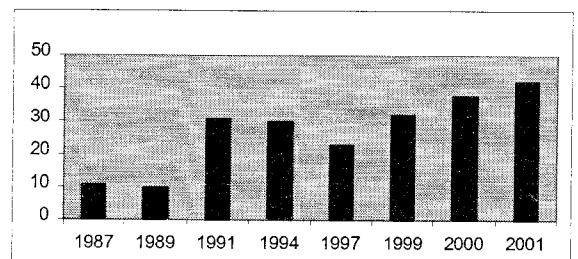


FIGURA No.1

TRIBUNAL ÉTICA MÉDICA CAUCA NÚMERO DE PROCESOS POR AÑO.

Es claro que a partir de 1991 el número de procesos se ha mantenido estable, pero muestra una clara tendencia al alza, especialmente en los últimos tres años.

MÉDICOS DENUNCIADOS: Es evidente que más de la mitad de los procesos iniciados han sido contra Médicos Generales, como puede observarse en la Figura No.2:

- MD GENERAL: 53.2%
- GINECOBSTET: 10.4%
- CIRUGIA GRAL: 8.22%
- PEDIATRIA: 4.32%
- ANESTESIOLOGIA: 3.89%
- NEUROCIROLOGIA: 3.46%
- ORTOPEdia: 3.03%
- UROLOGIA: 3.03%

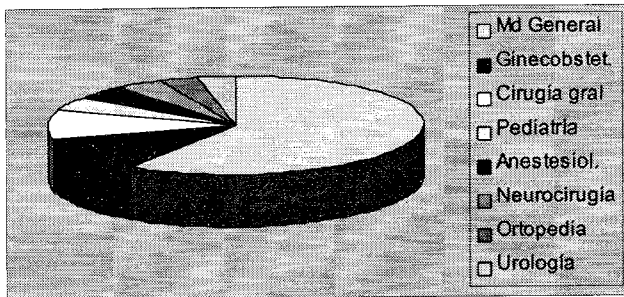


FIGURA No. 2

TRIBUNAL ÉTICA MÉDICA CAUCA MÉDICOS DENUNCIADOS

No parece existir una razón única ni clara de porqué los médicos generales son los más denunciados, sin embargo algunos elementos sirven para hacer un análisis: los médicos generales constituyen la mayor cantidad de médicos en el área geográfica en que se encuentren, además se trata en su gran mayoría de médicos en el Servicio Social Obligatorio (año rural), en el que el sitio de trabajo se encuentra en apartadas regiones rurales de los departamentos, con mínimas condiciones técnicas, de dotación, de infraestructura, de transporte y en zonas donde debe hacer toda la labor médica que le corresponde a un médico general. Se ha documentado además que no pocas veces sus actos médicos están presionados por grupos armados y que el médico se debate entre uno y otro bando, resultando afectado el paciente y el mismo médico. Quizá se le exige demasiado para su nivel de competencia profesional y para su pericia y quizá también exista poca supervisión administrativa y actualización; sin embargo en muchos procesos han sido sancionados por comprobadas faltas a la ética médica.

Después de Medicina General, con 53.2%, las especialidades médicas más denunciadas ante el Tribunal de ética Médica del Cauca son: Ginecobstetricia, con un 10.4%, Cirugía General con 8.22%, Pediatría con 4.32%, Anestesiología con un 3.89%, Neurocirugía con 3.46% y Traumatología/Ortopedia y Urología con 3.03% cada una. Con el 1.73%

aparecen Oftalmología, Neurología y Especialistas en Administración Hospitalaria y en Salud Pública; con 0.86% están Cirugía Plástica, Endoscopia Digestiva y Medicina Interna. Por último, con solo 0.43% figuran Patología, Reumatología, Cardiología, Proctología, Oncología y Otorrinolaringología.

Estas estadísticas no difieren mayormente de las presentadas en otros departamentos; así, el Tribunal de ética Médica de Risaralda-Quindío demuestra que los médicos generales ocupan el 55%, Ginecobstetricia el 10%, Ortopedia el 5%, Pediatría, Cirugía General y Oftalmología el 4% y Anestesiología junto con Cirugía Plástica el 2%.

Estos datos son bien diferentes a los presentados por Cundinamarca, que cubre todos los médicos de Santa Fe de Bogotá, el resto de ese Departamento y otros departamentos, donde el 24% de los denunciados son especialistas en Ginecobstetricia, 18% Cirugía General, 15% Medicina General y le siguen Cirugía Plástica con 10%, Neurología con 9%, Pediatría con 7%, Medicina Interna con 5% y por último Oftalmología, Ortopedia y Urología con 4% cada una de ellas.

Un estudio presentado por FEPASDE de 100 casos de demandas entre 1999 y 2.000, los profesionales más demandados son en su orden: Ginecobstetricia con 15%, Anestesia con 14%, Medicina General y Cirugía General con 13%, Oftalmología con 10%, Cirugía Plástica con 7%, Ortopedia 6% y Pediatría con 5%.

NÚMERO DE MÉDICOS DENUNCIADOS: Del total de procesos, en el 79.82% se ha denunciado a un solo médico por presunta falta a la Ley 23/81; en 5% a dos (2) médicos y en el 3.8% de los procesos a tres médicos.

ARTÍCULOS MÁS FRECUENTEMENTE VIOLADOS: Las estadísticas de nuestro Tribunal demuestran que las presuntas violaciones a los Artículos 10, 15 y 16 de la Ley 23/81 en concordancia con el Decreto 3380/81, suman casi la mitad de los casos (48%). Los tres son Artículos que tratan acerca de las relaciones del Médico con el Paciente y están contemplados en el Capítulo I (De las relaciones del médico con el paciente) del Título II (Práctica Profesional) de la Ley 23/81:

Artículo 10: "El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente". **PARAGRAFO:** El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.

D. 3380/81, Art. 7: "Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados los prescritos sin un previo examen general y los que no corresponden a la situación clínico - patológica del paciente".

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 psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente".

D. 3380/81, Art. 9: "Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico - patológicas del mismo".

Artículo 16: "La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados".

D. 3380/81, Art. 10: "El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, con el aviso que en forma prudente haga a su paciente o a sus familiares allegados con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico".

D. 3380/81, Art. 11: "El médico quedará exonerado de hacer advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se los impidan y cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico".

D. 3380/81, Art. 12: "El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla".

D. 3380/81, Art. 13: "Teniendo en cuenta que 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".

Como se dijo, la presunta violación a éstos tres artículos, relacionados directamente con la relación médico/paciente, solos o en combinación entre ellos suman casi la mitad de los procesos. El Artículo 10 aislado o en combinación en 53 casos; el Artículo 15 aislado o en combinación en 34 casos y el Artículo 16 aislado o en combinación en 28 casos.

Esto debe necesariamente llamar a la reflexión del médico, pues indica que el médico no está dedicando el tiempo necesario para evaluar a su paciente, no está comunicándose de manera asertiva y clara con el paciente, no le está solicitando el consentimiento informado para ejecutar los diferentes actos médicos y no le está advirtiendo del riesgo previsto de manera clara.

Como grupo, se encontró que la violación de los artículos del Capítulo IV (De las relaciones del Médico con las Instituciones) del mismo Título II (Práctica Profesional), consagrados en los Art. 42, 43, 44 y 45 son las siguientes en frecuencia. Dichos Artículos son:

Art. 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".

Art. 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".

D 3380/81. Art. 26: "El médico que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atiende en esas instituciones y cuya asistencia está a cargo de las mismas".

Art. 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".

Art. 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".

CONCLUSIONES :

Hechas las anteriores consideraciones podemos concluir lo siguiente.

- Tanto el médico como el paciente deben ser considerados como una unidad bio-psico-social.
- La relación médico-paciente ha cambiado con la legislación vigente.
- La aparición de los “intermediarios” ha causado un notable deterioro en dicha relación y en el ejercicio mismo de la profesión médica.
- La inmensa mayoría de los médicos, tanto generales como especialistas realizan un ejercicio ético y a conciencia de su noble profesión.
- Los elementos prevalentes de faltas contra la ética médica en la jurisdicción del Tribunal de ética Médica del Cauca son: la falta de consentimiento informado, la falta de dedicación al paciente, la negligencia, la imprudencia, la deslealtad y desconsideración mutuas y el incumplimiento de los deberes profesionales y/o administrativos.
- El médico debe conocer a fondo la Ley 23/81 o Código de ética Médica y actuar siempre de manera ética con el paciente, con sus colegas, con las instituciones y con la sociedad y el estado.

BIBLIOGRAFÍA

1. **REYE E.** *DERECHO EN MEDICINA*. Editorial Gente Nueva, Bogotá, 2001 (ISSN: 958-33-2440X).
2. **SÁNCHEZ F.** *TEMAS DE ÉTICA MÉDICA*. Giro Editores, Primera Edición, 1995, Bogotá (ISSN: 958-9396-02X).
3. **ESCOBAR J.** *CÓDIGOS, CONVENIOS Y DECLARACIONES*. Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque. Primera Edición, Bogotá, 1998 (ISSN: 958-96186-1-8).
4. **SERRANO L G.** *NUEVOS CONCEPTOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA*. Ediciones Doctrina y Ley Ltda. Bogotá, 2000. (ISSN: 958-676-093-6).
5. Congreso de la República de Colombia. *LEY 23 DE 1981 (18 FEBRERO)*. D.R. 3380 de 1981.
6. **TAMAYO A.** Ética Médica y Responsabilidad Legal. En: *ÉTICA MÉDICA Y RESPONSABILIDAD EN MEDICINA*. Tribunal Nacional de Ética Médica. Giro Editores Ltda.: 49-69. Santafé de Bogotá, 1994.
7. **CAMACHO F, FRANCO E, GUZMÁN F.** Los Comités de Ética Médica Hospitalarios. Bases Conceptuales. En: *HERALDO MÉDICO*, Vol. 23 (227): 9-29, Marzo 2000 (ISSN: 0123-2898).
8. **GUZMÁN F.** La Historia Clínica: Elemento Fundamental del Acto Médico. En: *HERALDO MÉDICO.*, Vol. 22 (226): 33-52, septiembre de 1999 (ISSN: 0123-2898).
9. **FAUCI, BRAUNWALD, ISSELBACHER, WILSON, MARTIN, KASPER, HAUSER, LONGO.** The Practice of Medicine. En: *HARRISON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE*, Vol. 1, Cap 1: 1-8, 15th Edition, 2001 (ISBN: 0-07-115272-5).
10. Tribunal Nacional de Ética Médica. Responsabilidad ética en los Médicos – Capítulo I: Etimología y Significado del Vocablo ética. En: *GACETA DE JURISPRUDENCIA*, Vol. 1 (4), Septiembre - Diciembre 1997 (ISSN: 0123-0832).
11. Tribunal Nacional de ética Médica. La relación médico-paciente es de medio y no de resultado; Jurisprudencia de la Corte Suprema y Consejo de Estado. En: *GACETA DE JURISPRUDENCIA*, Vol. 3 (1), enero - junio 1999 (ISSN: 0123-0832).

Correspondencia:

Alonso A. Ruiz Perea

Departamento Medicina Interna

Facultad Ciencias de la Salud

Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

Correo Electrónico: alruiz@caucanet.net.co