

CONSEJOS ÉTICO-DISCIPLINARIOS PARA UN CORRECTO EJERCICIO MÉDICO

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona
Editor

«Donde hay amor por la medicina,
hay amor por la humanidad»
Hipócrates

Facultad de Medicina
Sede Bogotá

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONSEJOS ÉTICO-DISCIPLINARIOS PARA UN CORRECTO EJERCICIO MÉDICO

Centro Editorial
Facultad de Medicina
Sede Bogotá



colección
GENERAL

CONSEJOS ÉTICO-DISCIPLINARIOS PARA UN CORRECTO EJERCICIO MÉDICO

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona
Editor

Mayo de 2021

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Borráez Gaona, Oswaldo Alfonso, 1954-
Consejos ético-disciplinarios para un correcto ejercicio médico / Oswaldo Alfonso Borráez Gaona. -- Primera edición. – Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Centro editorial, 2021.
128 páginas. -- (Colección Desarrollo)

"Lecturas recomendadas" al final de cada capítulo
ISBN 978-958-794-468-6 (rústica). -- ISBN 978-958-794-470-9 (e-pub). -- ISBN 978-958-794-466-2 (impresión bajo demanda)

1. Tribunal de Ética Médica de Bogotá -- Normas 2. Responsabilidad médica -- Aspectos jurídicos -- Colombia 3. Práctica médica -- Normas -- Colombia 4. Ética médica 5. Sanciones disciplinarias -- Colombia 6. Consejos de salud 7. Historias clínicas I. Título II. Serie

CDD-23 344.861041 / 2021 NLM- WB60

Consejos ético-disciplinarios para un correcto ejercicio médico

© Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina
© Editor: Oswaldo Alfonso Borráez Gaona
Primera edición, mayo 2021

Facultad de Medicina
Decano José Ricardo Navarro Vargas
Vicedecano de Investigación y Extensión Javier Eslava Schmalbach
Vicedecano Académico José Fernando Galván Villamarín
Coordinadora Centro Editorial Vivian Marcela Molano Soto

Preparación editorial
Centro Editorial Facultad de Medicina
upublic_fmbog@unal.edu.co

Diagramación y diseño de carátula
Camilo Cardona
Corrección de estilo y ortotipográfica
Yesenia Rincón Jiménez

Imagen de carátula
Adaptada de *Pixabay*
Colección
General

Hecho en Bogotá, D. C., Colombia, 2021

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Los conceptos emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen el criterio del Centro Editorial ni de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Magistrados 2017 – 2019

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona
Manuel Enrique Cadena Gutiérrez
Hugo Enrique Escobar Araújo
María Clemencia Mayorga Ramírez
Herman Redondo Gómez

Abogada secretaria
María Mercedes Vásquez Piñeros

Asesor jurídico
Francisco Javier Rodríguez Rojas

A nuestros profesores, que nos dieron ejemplo, y a nuestros pacientes, que nos inspiraron a ejercer la profesión con amor, con responsabilidad, con disciplina y disposición de sacrifico, es decir, con ética.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial por la revisión de algunos textos a María Mercedes Vásquez, abogada secretaria del Tribunal de Ética Médica de Bogotá y licenciada en Literatura, con maestría en Relaciones Internacionales y en Bioética (en curso).

Gratitud, también, al Colegio Médico Colombiano por su apoyo incondicional para la edición de este manual, que beneficiará el ejercicio profesional de los médicos del país.



AUTORES

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona

Especialista en Cirugía General y doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente, cursa una maestría en Bioética, es docente universitario, maestro de la cirugía colombiana, presidente de Asociación de Exalumnos de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina y magistrado —presidente— del Tribunal de Ética Médica de Bogotá.

Manuel Enrique Cadena Gutiérrez

Especialista en Cirugía General y doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Pontificia Javeriana. Actualmente, es profesor de Cirugía en la Universidad de los Andes y magistrado del Tribunal de Ética Médica de Bogotá.

Hugo Enrique Escobar Araújo

Médico y especialista en Urología de la Universidad Militar Nueva Granada. Actualmente, es profesor de urología en la Universidad Militar Nueva Granada y magistrado del Tribunal de Ética Médica de Bogotá.

María Clemencia Mayorga Ramírez

Médica de la Universidad Militar Nueva Granada y especialista en Pediatría de la Universidad Militar Nueva Granada y en Docencia Universitaria de la Universidad El Bosque. Actualmente, es magistrada del Tribunal de Ética Médica de Bogotá.

Herman Redondo Gómez

Médico ginecólogo y obstetra, especialista en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia, con posgrado en Seguridad Social para directivos de la Universidad Jorge Tadeo Lozano y doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Industrial de Santander. Actualmente, es magistrado del Tribunal de Ética Médica de Bogotá.

Francisco Javier Rodríguez Rojas

Abogado de la Universidad La Gran Colombia, con especialización en Derecho Penal de la Universidad Nacional de Colombia, maestría en Criminología del Istituto di Diritto, en Derecho Penal de la Universidad di Roma y Derecho Comercial de la Universidad del Rosario, y doctorado en Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Gran Colombia. Actualmente, es profesor universitario, presidente de la Academia Colombiana de Ciencias Penales y asesor jurídico del Tribunal de Ética Médica de Bogotá.

CONTENIDO

Prólogo 16

Introducción 22

Capítulo 1.
¿Qué es la ética médica? 25

Lecturas recomendadas 27

Capítulo 2.
¿Qué es el Tribunal de Ética Médica de Bogotá? Antecedentes 29

Lecturas recomendadas 33

Capítulo 3.
Leyes básicas en el ejercicio profesional médico 35

Lecturas recomendadas 38

Capítulo 4.
Historia clínica 41

Características básicas de la historia clínica 44
Recomendaciones 46
Lecturas recomendadas 49

Capítulo 5.
Autonomía de los profesionales de la salud 51

Lecturas recomendadas 63

Capítulo 6.
La relación médico-paciente: desafíos en el marco del sistema de salud colombiano 65

La relación médico-paciente desde el acceso a la información y su relación con el derecho a la salud 66
Las expectativas del médico en el actual sistema de salud 69
La medicina institucional y la afectación en la relación médico-paciente 71
La Ley 23 de 1981 y la relación médico-paciente 74
Conclusiones 75
Lecturas recomendadas 77

Capítulo 7.
Secreto profesional y confidencialidad 79

Lecturas recomendadas 85

Capítulo 8.
Derechos y deberes de los pacientes 87

Derechos del paciente 92
Deberes del paciente 94
Lecturas recomendadas 95

Capítulo 9.
Consentimiento informado 97

Lecturas recomendadas 106

Capítulo 10.
Situaciones éticas en épocas de crisis o en eventos masivos 107

Lecturas recomendadas 112

Capítulo 11.
Algunos errores frecuentes en el ejercicio profesional 113

Lecturas recomendadas 119

Conclusiones 121

Índice analítico 127

PRÓLOGO

Pocos países del mundo han elevado las normas de conducta médica a la categoría de códigos y muchos menos a la categoría de ley. En nuestro medio, esto último ocurrió en 1981 para beneficio de la medicina, del médico y de los pacientes. Probablemente, quienes en un principio se opusieron a la promulgación de la Ley 23 «por la cual se dictan normas en materia de ética médica» no valoraron el alcance positivo de dicha disposición. No obstante, las asociaciones o agremiaciones de médicos pueden disponer de códigos que regulen la conducta de sus afiliados, como sucede con algunas pocas de las nuestras, los tribunales y los jueces que en un momento dado deben ocuparse de las demandas por supuesta «mala práctica» no se sujetan a esos códigos, pues carecen de fuerza legal.

Al existir una ley, esta será, inexcusablemente, el punto de referencia de donde basar sus conceptos y sus fallos. Para quienes ejercen la profesión médica,

la existencia de un instrumento que les señale con claridad cuáles son sus deberes y derechos significa contar con una invaluable guía admonitoria. Si se atiende diligentemente lo allí establecido, el médico puede tener la seguridad de que su actuar está ajustado a la ética y a la deontología y, por lo tanto, se halla amparado por el manto de la ley. En otras palabras, el médico que haya adquirido plena conciencia de su papel frente a su enfermo y a su comunidad, y ciña su actuar a las normas establecidas, no deberá inquietarse por la responsabilidad ético-jurídica.

La Ley 23 de 1981 señala, además, que el conocimiento de las supuestas trasgresiones del ejercicio correcto de la profesión debe estar a cargo de tribunales conformados por médicos, quienes, a su vez, serán los encargados de su juzgamiento y de su eventual sanción, a condición de que las faltas estén previstas en la misma ley. En caso contrario, ya no se tratará de un proceso disciplinario ético-profesional y serán otras las autoridades que habrán de entenderse del asunto. Dichos tribunales, como se deduce, asumen una grave responsabilidad frente a la sociedad y al cuerpo médico nacional, pues deben velar por los intereses de este y de aquella. No se trata, afortunadamente, de tribunales punitivos, sino de instancias médicas encargadas de salvaguardar los principios sobre los cuales reposa el ejercicio ético de la medicina.

Sí, los encargados de responder por las funciones de los tribunales de ética médica son médicos con la investidura de magistrados. Siempre he creído que el

papel de los magistrados, además de impartir justicia, es adelantar una función didáctica, en nuestro caso dirigida a los colegas de profesión. Divulgar la ley de ética médica es una forma de enseñanza, que permite a los receptores hacer consciencia de las faltas en las que pueden incurrir y de las sanciones a que pueden exponerse. Por eso, aplaudo que quienes constituyeron el Tribunal de Ética Médica de Bogotá en el periodo 2017-2019 hayan escrito una especie de cartilla contentiva de temas de frecuente ocurrencia, cuyo conocimiento contribuirá a evitar la transgresión de la ley. Tener información de las leyes básicas que rigen el ejercicio profesional médico, la importancia del diligenciamiento correcto de la historia clínica, el respeto al secreto profesional, el consentimiento informado, el entendimiento de los alcances de la autonomía médica, los deberes y derechos del paciente, la relación del médico con el paciente y con los familiares de este, y el conocer algunos de los errores más frecuentes en la práctica médica contemplados en la ley son temas que deben leerse con atención en *Consejos ético-disciplinarios para un correcto ejercicio médico*.

Debo agradecer al doctor Oswaldo Borráez, presidente del Tribunal, haberme encargado de prologar dicho documento, pues, a más de dispensarme un honor, me brinda la oportunidad de hacer algunas cortas reflexiones alrededor del actuar ético del médico.

Para facilitar el actuar correcto de las personas, se han establecido normas de conducta, algunas elevadas

a la categoría de *principios universales*, por lo que se establecen como *reglas de oro*; la más acreditada es la que prescribe que «no debemos hacer a los demás lo que no queremos que nos hagan a nosotros». Para actuar ceñidos a esta regla de oro, es menester poseer una capacidad reflexiva suficiente como para llegar a aceptar, sin dudas ni timideces, que obrar de esa manera es lo que de verdad queremos. En otras palabras, tener la intención de hacerlo es lo que valida éticamente nuestros actos. Actuamos de esta manera cuando en el yo consciente, en nuestra conciencia, luego de un proceso de libre reflexión, llegamos a la conclusión de que, procediendo de una manera determinada, vamos a hacer el bien y a evitar el mal. Esa capacidad reflexiva puede facilitarse al poseer principios morales firmes y teniendo en cuenta las normas de conducta aprobadas por la sociedad donde estamos inmersos. Esas normas constituyen la *moral objetiva*, dictadas para defender a todos y cada uno de los asociados frente a eventuales desvíos de sus congéneres. Bien dijo Rousseau que la ética comenzó a tener vigencia cuando el hombre se asoció en comunidad. Si esas normas de *moral objetiva* se identifican con lo que nuestra conciencia o moral subjetiva ha determinado, el acto adelantado al tenor de esa inspiración será absolutamente ético.

La sociedad, la cual —como ya se dijo— es la que fija las normas objetivas de moral, se ha hecho cada vez más exigente con el médico, a tal punto que el ejercicio de la profesión se ha convertido en un

quehacer verdaderamente conflictivo. En cuestiones médicas, no se nos perdona que nos equivoquemos, y el paciente y sus allegados —y tras ellos acuciosos abogados— consideran que el médico tratante no puede, o por lo menos, no debe equivocarse, olvidando, como decía el gran clínico argentino Sicardi, que quienes en medicina no se equivocan son bienaventurados, pues de ellos es el reino de la petulancia. Lo grave de equivocarse en medicina es que muchas veces la equivocación tiene alcances funestos. En la práctica médica, la equivocación suele ser producto de la ignorancia o de la audacia —o de ambas a la vez— pues aquella es atrevida. Para no ser atrevido, el médico debe ser lo menos ignorante que pueda y, para ello, debe imponerse como disciplina el estudio. Pero, sobre todo, debe tener consciencia de sus propias limitaciones.

El *Juramento Hipocrático*, que ha iluminado durante 25 siglos la senda que transitamos los médicos, recomendaba sabiamente «No haré uso del bisturí ni aun con los que sufren el mal de piedra; dejaré esa práctica a los que la realizan». El mensaje es claro: lo que no sepamos hacer dejémoslo en manos de los que lo hacen bien. En términos jurídicos, la impericia, la imprudencia y la negligencia son los grandes pecados capitales en el ejercicio médico.

Mi recomendación final a los colegas que lean estas líneas: sean virtuosos en el desempeño de nuestra noble profesión, entendiendo la virtud como el recto proceder y el hábito para adelantar nuestras acciones

conforme a la ley moral. Ha dicho el eticista español Diego Gracia Guillén que el médico solo llega a ser «bueno» y «perfecto» cuando ha convertido su virtuosidad técnica y su virtud moral en una especie de segunda naturaleza, en un modo de vida.

FERNANDO SÁNCHEZ TORRES
Exrector y profesor titular y honorario de la universidad nacional de colombia. Exdecano de la facultad de medicina de la misma institución.

INTRODUCCIÓN

Es sorprendente el creciente número de problemas médico-legales, de las quejas y demandas ante los diferentes organismos, tales como Tribunales de Ética Médica, entidades de carácter penal, civil, disciplinario o administrativo, en donde nos vemos involucrados los profesionales de la salud día a día, a pesar de contar progresivamente con mayor información, difusión y conocimiento de estos riesgos, que nos han llevado a la obligatoriedad de poseer una protección legal para el ejercicio profesional.

No obstante, los médicos parecemos indiferentes ante esta situación. ¿Será por aquello de que «a mí eso no me pasa»?, ¿será el resultado del crecimiento desmesurado de facultades de medicina, en algunas de ellas con alguna posible formación deficiente?, ¿será la ausencia de cátedras que propendan por la enseñanza de los aspectos éticos y disciplinarios?, ¿será debido a que, eventualmente, se nos pudo persuadir

de no realizar un buen ejercicio profesional? o ¿será el resultado de las formas actuales de atención y manejo de los pacientes en nuestro Sistema de Salud, que han conducido a una despersonalización en el ejercicio profesional? Tal vez sea una mezcla de todo lo anterior. No olvidemos la actitud un tanto desafiante de algún abogado que aguarda en la puerta de las instituciones de salud, a los pacientes o a sus familiares para generarles dudas o inquietudes sobre el tratamiento recibido, induciendo al eventual *resarcimiento en recursos económicos*. Lo anterior hace cada vez más difícil nuestro ejercicio profesional, así como debe hacernos ponderar nuestro actuar profesional, siempre en beneficio de los pacientes.

El conocimiento de la ética médica para nuestro ejercicio es un principio fundamental que nos orientará a tomar decisiones óptimas y a mejorar la calidad de atención brindada a nuestros pacientes. Esto es el comportamiento y la actitud, o sea el carácter, elementos que aprendemos desde nuestro hogar y que reforzamos con conocimientos en la formación académica con nuestros profesores, así como los perfeccionamos con la experiencia y la adquisición progresiva de habilidades, destrezas y más conocimientos.

Por lo anterior, los magistrados actuales (2017-2019) y los asesores jurídicos del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá, en conmemoración de los 25 años de su creación y motivados por el deber de proteger el buen ejercicio de la profesión médica, el enriquecimiento en nuestras experiencias y el aprendizaje de nuestra

actividad, hemos decidido elaborar este manual orientado a la realización de un mejor actuar profesional.

El libro titulado *Consejos ético–disciplinarios para un correcto ejercicio médico* contiene algunos aspectos muy importantes que seguramente nos ayudarán a los profesionales de la salud a realizar nuestra actividad con los mejores estándares éticos, a que los pacientes entiendan no solo sus derechos sino también sus deberes para una mejor relación médico-paciente y a la comunidad en general, que seguramente comprenderá mejor muchos aspectos de la actividad médica. Estos temas son para recordar siempre y ¡no olvidarlos!

OSWALDO ALFONSO BORRÁEZ GAONA
Presidente

CAPÍTULO 1

¿QUÉ ES LA ÉTICA MÉDICA?

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona

Para un mejor conocimiento y entendimiento de los consejos ético-disciplinarios, que sin duda nos ayudarán a mejorar las relaciones con los diferentes actores que participan en el ejercicio profesional médico y a tomar decisiones justas, se debe empezar definiendo qué es la *ética*.

La palabra proviene del griego *ethos,* que quiere decir costumbres, maneras, hábitos. La ética es la disciplina que se ocupa de la moral, por supuesto de los actos del ser humano, buenos o malos, voluntarios y conscientes, se encarga del estudio de la conducta humana y dicta los principios y valores que orientan el comportamiento del ser humano.

La palabra *ética*, según la Enciclopedia Británica de la Ética, no solo es una rama de la filosofía del pensamiento, sino también el objeto y el sujeto de la materia que se estudia. Es sinónimo de *la moral* y hace referencia a las virtudes o calidades éticas o morales

de una persona o de un grupo. Se refiere no solo a lo que las personas o grupos hacen habitualmente, sino también a lo que creen correcto, adecuado u obligatorio hacer. La moral contiene un elemento normativo ineludible, mientras que la ética siempre involucra la evaluación o la prescripción reflexivas referentes al asunto en cuestión. La moral es la ciencia o doctrina de la conducta y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia, de acuerdo con el diccionario VOX.

La ética médica, por su parte, es el conjunto de reglas o normas de comportamiento que debe seguir el médico, principalmente, cuando enfrenta a los pacientes para brindarles su atención y manejo. Igualmente, como se menciona en el parágrafo 9 del artículo 1 de la Ley 23 de 1981, el médico «por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal». El parágrafo 10 del mismo artículo 1 de la citada Ley refiere que «los principios éticos que rigen la conducta profesional de los médicos, no se diferencian sustancialmente de los que regulan la de otros miembros de la sociedad. Se distinguen sí por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas».

El médico debe comprometerse a observar los principios fundamentales de la ética médica —beneficencia, benevolencia y no maleficencia, utilidad, autonomía y justicia—. No debe olvidarse de sus decisiones responsables siempre, las cuales deben enmarcarse y articularse con el respeto, la autonomía del paciente y la

voluntad de ayudar a este siempre. Debe dedicarle el tiempo suficiente para escucharlo y tener el compromiso de instruirse con los avances en el conocimiento médico y las nuevas tecnologías, para tomar la mejor decisión y debe avanzar en el campo de la bioética clínica. Siempre debemos pretender la excelencia en el actuar profesional.

Es muy importante mencionar que la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 del mismo año «comprende el conjunto de normas permanentes sobre ética médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia».

Se debe señalar que los Tribunales de Ética Médica cumplen una función pública y su dedicación está encaminada a la trascendental tarea de mantener los más altos estándares éticos y disciplinarios en el cuerpo médico colombiano, velando por la defensa del buen ejercicio de la medicina, en procura de garantizar los derechos y deberes de los pacientes y de los médicos.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Sánchez F. *Catecismo de ética médica*. Barcelona: Editorial Herder S. A.; 2000.
2. Dupré B. *50 cosas que hay que saber sobre ética*. Barcelona: Editorial Planeta; 2014.
3. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981 (febrero 18): por la cual se dictan normas en materia de ética médica.

Bogotá D. C.: Diario Oficial 35.711; febrero 27 de 1981 [citado 11 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3fMjZNG.
4. Tanuz B, Córdova VH, Escarela M, Cedillo MC. *Bioética en medicina. Actualidades y futuro*. México: Editorial Alfil; 2008.
5. Moreno R. *Voces de Bioética y excelencia*. Madrid: Editorial San Pablo; 2013.
6. Preece WE, Goetz PW (eds). *Enciclopedia Británica*. 15ª edición; 1980.
7. VOX Diccionarios. Diccionario Enciclopédico VOX [citado 11 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/2Q5JlM3.
8. Patiño Restrepo JF. Ética médica en el Humanismo, medicina y ciencia. En: JF Patiño Restrepo, *Humanismo, medicina y ciencia* (pp. 73-90). Bogotá D. C.: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2011.

CAPÍTULO 2

¿QUÉ ES EL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DE BOGOTÁ? ANTECEDENTES

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona

La profesión médica tiene como objetivo fundamental velar por la vida del ser humano a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, evitando o mitigando sus posibles secuelas. En la antigüedad, la práctica médica estaba regulada por normas como el *Código de Hammurabi*, el cual se compone de diferentes leyes, entre las cuales vale la pena resaltar las siguientes:

- «*215*. Si un médico con bisturí de bronce le hace una incisión profunda a un hombre y le salva la vida, percibirá 10 siclos de plata» —un siclo es una antigua unidad monetaria y de peso utilizada en el Oriente Próximo y en Mesopotamia—.
- *218*. Si un médico le causa la muerte a un hombre con un bisturí, le corten la mano».

Por lo anterior, un buen médico era diligente, probo, científico y erudito; luego, en el siglo v a. C. se redactó el *Juramento Hipocrático*, por medio del cual el médico adquiría el compromiso de ejercer la profesión de una manera digna y honorable; posteriormente, este fue perfeccionado por Galeno. Con base en este juramento, se edificó la tradición de lo que se entendía como la buena práctica médica.

En el siglo xx, tras la creación de la Asociación Médica Mundial en 1947, se modificó el juramento médico, en su 2.ª asamblea, la cual tuvo lugar en Ginebra en 1948; un año después, durante la 3.ª asamblea general de la citada asociación, que se celebró en Londres, se adoptó el *Código Internacional de Ética Médica*, en el cual se hizo énfasis en aspectos como los deberes de los médicos en general, los deberes con los pacientes y con los colegas. Es importante señalar que estas normativas deontológicas fueron modificadas hasta el año 2017, inclusive.

Ahora bien, en el caso particular de Colombia, hay que tener en cuenta que desde la colonia y hasta el siglo xviii, la actividad de la medicina era realizada por empíricos. Posteriormente, en centros de la capital se enseñó por médicos españoles y algunos de nuestro entorno, formados por los anteriores. No había normas ni códigos éticos que la rigieran.

En el siglo xx, se expidieron las primeras normas sobre ética médica en el país, comenzando con el Decreto 2831 de 1954, llamado *Código de Moral Médica*, aprobado por la Asociación Nacional de

Médicos Católicos Colombianos (AMEDIC). Esta regulación se fundamentó en el Código Internacional de Ética Médica adoptado en la 3.ª asamblea de la Asociación Médica Mundial. Más adelante, se profirió la Ley 14 de 1962, por la cual se dictaron las normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía en el territorio nacional, y en la cual se contemplaban las sanciones, temporales o definitivas, luego del examen completo de los casos que hiciera el Consejo Nacional de Profesiones Médicas y Auxiliares del Ministerio de Salud Pública. Finalmente, a partir de la expedición de la Ley 23 de 1981 y su Decreto reglamentario 3380 del mismo año, se crearon los tribunales de ética médica y se redactó la normativa que actualmente rige la práctica profesional médica en el país.

Con relación a la Ley 23 de 1981, el artículo 63 dispone la creación del Tribunal Nacional de Ética Médica con sede en la capital de la república, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la medicina en Colombia.

Igualmente, en el Artículo 67 se establece que en cada departamento se deberá constituir un Tribunal Seccional Ético–Profesional. Por su parte, el artículo 73 señala que los tribunales ético–profesionales cumplen una función pública, pero sus integrantes no tienen el carácter de funcionarios públicos. Así, estos tribunales cumplen funciones administrativas de carácter disciplinario —y no judiciales— relacionadas con el ejercicio de la medicina, por lo que no

forman parte de la rama ejecutiva del poder público ni están incorporados a la administración pública, según la Resolución 08774 del 27 de junio de 1989 del Ministerio de Salud.

Ahora bien, es importante mencionar que esta Ley convirtió el deber moral del ejercicio de la medicina en una obligación de estricto cumplimiento, regulando la conducta profesional del gremio médico, con todas sus implicaciones legales. Así mismo, esta normativa le impone al cuerpo médico el seguir unos parámetros de conducta de tipo vinculante. Reúne las normas de protección al responsable, correcto y honesto ejercicio de la medicina y permite garantizar a la sociedad el cumplimiento de los principios sobre los cuales descansa una adecuada relación médico-paciente.

Este código de ética médica lleva más de 39 años de vigencia, lo que resalta su importancia en la defensa el buen ejercicio de la medicina, en procura de garantizar los derechos del paciente, contemplando igualmente los deberes y derechos de los médicos.

El Tribunal de Ética Médica de Bogotá, por su parte, fue creado el 21 de octubre de 1993 e inició actividades en mayo de 1994, ante el volumen de quejas y solicitudes de investigación presentadas por pacientes, sus familiares o por entidades públicas y privadas, por hechos ocurridos en la capital; hasta ese año, el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca tenía a su cargo la jurisdicción de Bogotá.

El primer presidente del Tribunal Seccional de Bogotá fue el doctor Guillermo Lozano Bautista,

quien ocupó este cargo durante 8 años y tuvo la misión de organizar la Entidad en sus inicios para que entrara en funcionamiento.

Vale la pena resaltar que el Tribunal de Ética Médica de Bogotá recibe el mayor volumen de quejas y solicitudes de investigaciones en el país, por lo que, actualmente, el número de magistrados y abogados asesores resulta insuficiente para evacuar oportunamente los procesos que adelanta la corporación.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ortega Lafaurie G, Peralta Abello MT, Camacho Durán F, Pardo F, Posada E. Doctores: Por qué se quejan sus pacientes. Bogotá D. C.: Tribunal de Ética Médica de Bogotá; 2002.
2. Lozano G, Del Portillo H. *In memoriam* Guillermo Lozano Bautista. *Rev. Col. Cardiol*. 2005;11(7):317-318.
3. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 08774 del de 1989 (junio 27). Bogotá D. C.: Diario Oficial 38.907; julio 21 de 1989 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/33UzCQA.
4. Consejo de Estado, Procuraduría General de la Nación. Conflicto de competencias administrativas – Entre la Procuraduría General de la Nación y la Sala Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura / TRIBUNALES DE ÉTICA MÉDICA – Autoridad competente para investigar a los magistrados cuando incurran en posibles fallas disciplinarias; 2015. Disponible en: https://bit.ly/3alT2yZ.
5. Sierra DC. Bioética y evolución del desarrollo moral en estudiantes de medicina. Análisis de caso en la Escuela de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Bogotá D. C.: Pontificia Universidad Javeriana; 2016. Disponible en: https://bit.ly/2PPqLHT.

6. Borráez OA. Desafíos para las entidades de Inspección, Vigilancia y Control en salud. Conferencia realizada para Memoria de Eventos de SuperSalud el 30 de noviembre del 2017. Bogotá D. C.: Tribunal de Ética Médica de Bogotá; 2017. Disponible en: https://bit.ly/3fSXPJo.
7. López Navarro AK, Franco Zapata CM. Pertinencia de la implementación de la especialización en responsabilidad médica en la Universidad Cooperativa de Colombia (caso de estudio): Región Caribe – Colombia (tesis). Santa Marta: Universidad Cooperativa de Colombia; 2018.
Disponible en: https://bit.ly/3akGgkD.

CAPÍTULO 3

LEYES BÁSICAS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

Francisco Javier Rodríguez Rojas

Por la naturaleza de la profesión médica, su ejercicio, las exigencias que tanto la sociedad como la ley los obliga cada día, y los derechos y deberes tanto de los médicos como de los pacientes, es necesario insertar en este manual la legislación que rige las diferentes actividades médicas, para tenerlas en cuenta siempre:

- Como se ha mencionado, la Ley 23 del 18 de febrero de 1981, del Congreso de la República de Colombia y su Decreto Reglamentario 3380 del mismo año, reúne las normas en materia de ética médica y protege el responsable, correcto y honesto ejercicio de la medicina.
- Como reza el artículo 82 de esta Ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal (CPP). En concordancia con el artículo 47 del Decreto 3380/81, «en lo no previsto en la ley 23 de 1981 y su reglamento se aplicarán las normas pertinentes del Código de

Procedimiento Penal» vale decir que los vacíos y normas complementarias que puedan presentarse se subsanarán con las normas del CPP.

- La Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, vigente, define la historia clínica como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva.
- La Ley Estatutaria 1751 de 2015 del Congreso de la República de Colombia regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- La Ley 1164 de 2007 del Congreso de la República de Colombia dicta las normas en materia de talento humano en salud.
- La Ley 1438 de 2011 del Congreso de la República de Colombia reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Su artículo 105 se refiere al tema sobre autonomía profesional.
- La Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional (M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo).
- La Declaración de Madrid de la AMM de la 39.ª asamblea sobre la Autonomía y la Autorregulación Profesionales, hecha en octubre del 1987.
- El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) regula la exigencia de título de especialista para practicar determinadas cirugías propias de las especialidades reconocidas en Colombia, como requisito para la habilitación de las IPS, como se indica en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

- La Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional dio comienzo al reconocimiento de la salud como derecho fundamental.
- La Resolución Número 0004343 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social sobre derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema de salud.
- La Sentencia T-1021 de 2003 de la Corte Constitucional que indica que la actividad médica está sujeta a los principios de beneficencia, utilidad, justicia y autonomía, y el principio de autonomía en relación con el consentimiento informado.
- La Constitución Política de Colombia del año 1991.

Para concluir vale la pena recordar el ordinal 9.º del artículo 1 de la ley 23/81 que dice textualmente que «[…] El médico, por la función que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada, a los más elevados preceptos de la moral universal […]»

De ahí la promulgación de la referida ley y su decreto reglamentario, que contiene las normas éticas a las que se deben ceñir todos los médicos dentro del territorio nacional. En consecuencia, la violación de alguna de tales reglas los hará acreedores a las sanciones que ella misma señala que van desde una amonestación privada hasta la suspensión en el ejercicio profesional hasta por cinco años, de acuerdo con el título III y capítulo III del artículo 83 Ley 23 de 1981, competencia para su investigación y juzgamiento que recae en cabeza de

los Tribunales Seccionales de Ética Médica, en primera instancia, y del Tribunal Nacional de Ética Médica, en segunda. Estos cuerpos colegiados están integrados por cinco médicos de las diferentes especialidades, escogidos de una selecta lista de profesionales, conforme a sus calidades y ética. Estos y sus pares son los encargados de investigar y fallar las faltas cometidas en el ejercicio de la profesión médica.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981 (febrero 18): por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. Bogotá D. C.: Diario Oficial 35.711; febrero 27 de 1981 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/33VHbH4.
2. Congreso de la República de Colombia. Decreto Reglamentario 3380 de 1981 (noviembre 30): por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981. Bogotá D. C.: Diario Oficial 35.914; diciembre 30 de 1981 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/2XXIYaJ.
3. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 1995 de 1999 (julio 8): por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá D. C.: Diario Oficial 43.655; agosto 5 de 1999 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3iC3fKQ.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16): por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C. [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/31Nib1W.
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 (enero 19): por medio de la cual se reforma el Sistema General

de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C.: Diario Oficial 47.957; enero 19 de 2011 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3aiH7Ch.

6. Ministerio de Salud y Protección social. Ley 1164 de 2007 (octubre 3): por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá D. C.: Diario Oficial 46.771; octubre 4 de 2007 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3kFgBrC.
7. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-313 de 2014 (mayo 29): revisión constitucional del proyecto de ley estatutaria 209 de 2013 Senado y 267 Cámara. Bogotá D. C. [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3gQv0Pm.
8. Asociación Médica Mundial (AMM). *Declaración de Madrid*. Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial. Madrid, España: AMM; 1987.
9. Ministerio de Salud y Protección social. Decreto 780 de 2016 (mayo 6): por medio de la cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá D. C.: Diario Oficial 49.865; mayo 6 de 2016 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/2XYJ5mq.
10. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 de 2008. Bogotá D. C. [citado 2020 Ago 12]. Disponible en: https://bit.ly/30OYnvC.
11. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 4343 de 2012 (diciembre 19): por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C. [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/30Ryo6N.

12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1021 de 2003. Principios de la actividad médica. Bogotá D. C. [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3fNkpTL.
13. Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia de 1991*. Bogotá, D. C.: Gaceta Constitucional 116; julio 20 de 1991 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/31LexWi.

CAPÍTULO 4

HISTORIA CLÍNICA

Herman Redondo Gómez

La función social de la medicina enseña al médico a procurar el bienestar de toda la población, abordando el cuidado de la salud humana, previniendo las enfermedades o afrontándolas para vencerlas, cuando menos para disminuir el sufrimiento de los enfermos puestos bajo su cuidado. Tomando en cuenta que los valores más importantes del ser humano son la vida y la salud, los actos médicos están orientados a cuidar la salud con la máxima meta de preservar la vida, siempre, dentro del más alto concepto de dignidad humana.

Dentro de ese proceso del ejercicio de la medicina como profesión y como ciencia, la historia clínica de un paciente es el documento esencial para garantizar su cuidado y es de vital importancia para la prestación de los servicios de salud y el desarrollo científico y cultural del sector.

La Resolución 1995 de 1999, vigente, define la historia clínica como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

El ejercicio médico, tanto institucional como privado, está basado en la relación médico-paciente que es el elemento primordial en la práctica médica y que se funda en un compromiso responsable, leal y auténtico; de ella, se derivan derechos y deberes recíprocos, y el médico, para prestar una buena y adecuada atención, tiene que respetar los derechos del paciente, lo cual resulta muchas veces difícil dada la realidad de nuestro sistema de salud.

Las características principales que distinguen al acto médico son la profesionalidad, pues solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico; la ejecución típica, es decir, su ejecución conforme a la *Lex Artis* o estado del arte, que define el conocimiento a la luz de las circunstancias de modo, tiempo y lugar, sujeta a las normas de excelencia de ese momento; el tener por objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, la curación, rehabilitación o la paliación del enfermo, según el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud; y,

la licitud, o sea, su concordancia con las normas éticas y legales vigentes, como lo han mencionado Redondo Gómez Herman, Guzmán Mora Fernando en alguna de sus publicaciones.

La historia clínica es la expresión documental del acto médico. No solo tiene importancia desde el punto de vista clínico, administrativo, de calidad, docente, científico, investigativo o estadístico, sino también reviste de gran relevancia médico legal, por su validez como prueba dentro de cualquier reclamación o proceso. En este último aspecto, se plasman hechos como la justificación de los procedimientos, los exámenes practicados, las órdenes médicas, las interconsultas solicitadas, el consentimiento informado y, en general, todas las pruebas escritas de las formas de tratamiento y su respuesta individual en cada enfermo.

Es muy importante tomar en cuenta que la historia clínica pertenece a la esfera de información íntima del paciente y del secreto profesional del médico. Debe, por tal razón, ceñirse a la más alta calidad ética, científica y de reserva. La Ley 23 de 1981 lo establece así en el artículo 34:

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

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Veracidad: la historia clínica debe caracterizarse por ser un documento veraz que refleje lo que efectiva y realmente le ocurre al enfermo, lo que se constituye en un derecho del paciente. El incumplimiento de esta característica básica de la historia clínica puede acarrear la comisión de un delito tipificado en el Código Penal como *falsedad documental*. Así, la historia clínica se constituye en un elemento vital en la prueba reina ante una reclamación médica. Por tanto, esta debe reflejar la situación del paciente con el paso del tiempo, mostrando el desarrollo, los avances o complicaciones que se vayan presentando en la evolución clínica del usuario de los servicios.

Los datos en ella contenidos deben ser realizados con el mayor rigor técnico, con criterios objetivos y científicos; el lenguaje técnico es en sí mismo respetuoso, sin juicios de valor, sin afirmaciones denigrantes o acusatorias para el paciente u otros profesionales o para la institución. Forma parte de la característica de veracidad de la historia clínica, el que su registro sea completo, es decir, debe contener todos los datos suficientes y necesarios sobre la patología del paciente, que reflejen todas las fases médicas, legales y asistenciales de su evolución. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documentos de consentimiento, informe de asistencia,

protocolos especiales, incluida la identificación del profesional o personal sanitario que intervenga en la asistencia del enfermo.

Integralidad: la historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico, la historia clínica es un expediente que, de manera cronológica, debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. Así mismo, la historia clínica se caracteriza por ser un documento veraz, lo que constituye un derecho del usuario y, al no cumplir este requisito, se podría incurrir en un delito tipificado en el Código Penal por falsedad documental.

Disponibilidad: es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita y con las limitaciones que impone la Ley.

Diligenciamiento: la historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Oportunidad: es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio. Cuando se requiera hacer una aclaración, corrección o subsanar una omisión se podrá realizar una nota retrospectiva aclaratoria.

RECOMENDACIONES

Diligenciamiento adecuado: el volumen de pacientes para ser atendidos en los servicios de urgencias, o en la consulta externa, obliga al médico a atender demasiados pacientes en tiempo limitado, con la mejor diligencia posible, pero a la mayor brevedad, sin permitir una cordial interlocución con el paciente para lograr confianza y optimizar la relación médico-paciente. No obstante, lo anterior no es óbice para el correcto diligenciamiento de la historia clínica.

El diligenciamiento inadecuado es el fallo en que con mayor frecuencia infringen los médicos y los profesionales de la salud; desafortunadamente, las

historias clínicas, por lo general, no cumplen con este ordenamiento legal, lo que dificulta la utilidad de estas, sobre todo en procesos legales, cuando el juez no conoce los términos médicos ni las siglas que pueden ser cotidianas en el ámbito de la salud, ya que son de muy difícil interpretación en el entorno jurídico.

Omisiones: también las evoluciones muy lacónicas en las que se omiten datos relevantes. Por ejemplo, en salas de cirugía, generalmente el médico ayudante hace la descripción quirúrgica y puede omitir datos, si el cirujano no verifica. Hemos visto casos en los cuales no se describe una complicación surgida durante un procedimiento, lo cual es inexcusable desde el punto de vista ético, no la complicación, sino el no registrarla. O en la consulta externa, cuando el estudiante o el interno realiza la fórmula y esta no es debidamente supervisada por el docente.

Historia clínica sistematizada: sin duda, este es un gran avance. La telecomunicación médica proporciona grandes ventajas a la interoperabilidad de los datos de las historias a los sistemas informáticos en todas las facetas de la medicina, lo que facilita la investigación, la docencia, la asistencia médica, la labor de enfermería y la gestión administrativa. No obstante, su implementación no ha estado exenta de problemas. En la curva de aprendizaje del manejo de los sistemas, se ha incurrido en errores no infrecuentes de digitación en el momento de la prescripción. Lo mismo a lo que llamamos la atención en los hospitales universitarios cuando el docente deja abierto su usuario y el mismo

es utilizado con libertad por estudiantes, internos o residentes, sin la debida supervisión del docente que se encuentra en otra actividad, como, por ejemplo, en salas de cirugía. Así mismo, la sistematización de las historias clínicas puede poner en peligro el derecho a la intimidad y confidencialidad del enfermo.

Legibilidad: se hace esta recomendación con énfasis especial en la medida en que uno de los defectos tradicionales de los médicos es la falta de claridad en su escritura, la famosa *letra de médico*, que para nada excusa el cumplimiento del deber de escribir con letra legible. No hacerlo es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsulta, sino para quien juzga la actividad médica. Las abreviaciones deben, en lo posible, evitarse y las firmas deben ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica o, en su defecto, de un sello.

En conclusión, la historia clínica en los procesos ético disciplinarios constituye la prueba reina, en virtud de la cual muchas veces se esclarece la verdad de los hechos que determinarán si hay mérito para formular cargos contra uno o varios médicos por presuntamente haber cometido actos reñidos contra la ética médica o, al contrario, sirve para establecer que los facultativos denunciados actuaron ceñidos a los protocolos de atención y a las conductas médicas establecidas en la *Lex Artis* y, por tanto, no hay motivo de reproche ético de sus actuaciones.

Dentro del contexto médico legal y deontológico, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el marco jurídico porque es el documento donde se refleja no solo la práctica médica, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de cuidado y asistencia, deber de informar, de pericia y diligencia, etc., convirtiéndose en la mejor prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales sanitarios o a las instituciones públicas o privadas.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 1995 de 1999 (julio 8): por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá D. C.: Diario Oficial 43.655; agosto 5 de 1999 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3iC3fKQ.
2. Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981 (febrero 18): por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. Bogotá D. C.: Diario Oficial 35.711; febrero 27 de 1981 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/33VHbH4.
3. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16): por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C. [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/31Nib1W.
4. Redondo H, Guzmán F. La Reforma de la Salud y la Seguridad Social en Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2000;2(1):1-16.

5. Guzmán F, Arias CA. La Historia Clínica: el elemento Fundamental del Acto Médico. Artículo Especial. *Rev Col Cirug*. 2012;27:15-24.
6. Congreso de la República de Colombia. Ley 2015 de 2020 (enero 31): por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C. [citado 12 ago 2020].

CAPÍTULO 5

AUTONOMÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Herman Redondo Gómez

La medicina como ciencia y como profesión liberal, tradicionalmente, en el país y en el mundo, había tenido el privilegio de que los médicos decidieran con plena autonomía qué era lo que más le convenía al paciente y procedieran al cumplimiento de su deber como responsables del cuidado de la salud.

No obstante, con la adopción de nuevas formas en la administración y atención de la salud y la extensión y consolidación de empresas privadas que administran planes de salud en el nuevo escenario de economía de mercado, la tradicional autonomía de los médicos ha sufrido un cambio que ha afectado la liberalidad del ejercicio profesional y por extensión la estrecha relación médico-paciente.

La Asociación Médica Mundial (AMM) se ha ocupado a profundidad en el tema, por lo que consideramos conveniente incluir algunos apartes de la

Declaración de Madrid de la AMM de la 39.ª asamblea hecha en octubre de 1987 sobre la autonomía y la autorregulación profesionales.

La Asociación Médica Mundial, habiendo examinado la importancia que la autonomía y autorregulación profesionales tienen para el cuerpo médico del mundo, y reconociendo los problemas y las dificultades que actualmente se presentan en la autonomía y autorregulación profesionales, adopta los siguientes principios:

1. El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía de que el médico pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes.
2. La Asociación Médica Mundial reafirma la importancia de la autonomía profesional como componente esencial de la atención médica de alta calidad y, por consiguiente, como un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial se compromete a mantener y garantizar ese principio esencial de ética médica, que es la autonomía profesional en la atención de los pacientes.
3. Paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico.

En Colombia, la Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud, en el artículo 26, se refiere al acto propio de los profesionales de la salud, en los siguientes términos:

> 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 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. (*Resaltado del autor*)

Lo que se complementa con el artículo 105 de la Ley 1438 de 2011, que indica:

> […] *Autonomía Profesional*. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión […].

Por su parte, la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, en el artículo 17, estableció:

> *Autonomía profesional*. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. **Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica**.
>
> Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, **así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente**.

> La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias. (*Resaltado del autor*)

En relación con este artículo, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-313 de 2014 (M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo), anota que este precepto se aviene con los mandatos propios de Ley Estatutaria, pues compromete elementos esenciales del derecho a la salud como la calidad de la prestación del servicio e incluso la disponibilidad del mismo. Es decir, la Corte vislumbra la asociación entre la autonomía del

médico y la calidad del servicio. Así, la Corte, con un supuesto preliminar de la relación médico-paciente, deberá advertir en la sentencia 548 de 1992 que:

> El enfermo tiene derecho a que se le prodiguen cuidados compatibles con su condición de ser humano, vale decir, un buen trato y diálogo permanente con su médico acerca de la naturaleza, evolución y terapia de sus dolencias.
>
> El médico debe estar dispuesto a escuchar a su paciente, sus familiares y las opiniones de sus colegas, por cuanto sólo así podrá contar con todo el aspecto fáctico del caso y establecer el adecuado equilibrio entre los derechos de los pacientes y los principios éticos de su profesión.
>
> Dentro de este contexto, una de sus mayores responsabilidades profesionales es proteger el bienestar de su paciente y minimizar los riesgos globales de sus terapias.
>
> El paciente, a su vez, debe respetar la autonomía del médico y no pedirle cosas que contradigan los parámetros normales de su ciencia o sus convicciones éticas.

Lo anterior significa que, en esta relación, como producto de la práctica médica, el conocimiento e idoneidad ética del médico y la íntima conexión del

derecho fundamental a la salud, con derechos como la libertad y la autonomía de cada uno de ellos, entre otros, se trazan directrices para comprender, desde un marco general, un servicio de salud razonable.

En suma, y atendiendo una lectura desde la bioética, sostuvo la Corte que:

> **En relación con el ejercicio médico, se considera que este se encuentra estructurado a partir de dos principios fundamentales: 1) capacidad técnica del médico y 2) consentimiento idóneo del paciente**. La capacidad técnica del médico depende de su competencia para apreciar, analizar, diagnosticar y remediar la enfermedad.
>
> El consentimiento idóneo se presenta cuando el paciente acepta o rehúsa la acción médica luego de haber recibido información adecuada y suficiente para considerar las más importantes alternativas de curación. (*Resaltado del autor*)

Para la Corte, los presupuestos doctrinales y jurisprudenciales puestos de presente sirven de soporte para la defensa de la autonomía médica, la cual encuentra un asidero aún más contundente en lo contemplado en los artículos 16 y 26 de la Carta.

Los elementos que fungen como límites a esa autodeterminación resultan admisibles en la medida en que ninguno de ellos se evidencia como una

intromisión arbitraria. La fuerza de la evidencia científica, la racionalidad, el peso de la ética y la necesidad de autorregulación resultan imprescindibles en el ejercicio de la actividad médica.

Por otro lado, la Corte no encuentra que la protección de la autonomía médica pueda comportar el desconocimiento de las obligaciones laborales del galeno, como lo han sugerido algunas intervenciones. Esto acontecería si las obligaciones a las que se refieren los intervinientes fuesen de aquellas contrarias a la evidencia científica, a la racionalidad, a la ética o invadiesen el ámbito de la autorregulación. Para el tribunal constitucional, las órdenes que se impartan a los profesionales de la salud deben tener como límites los que el legislador le ha trazado, pues, de no ser así, se estarían convalidando órdenes u obligaciones laborales, tanto ilegales como inconstitucionales.

Se advierte, entonces, que ninguna tacha constitucional cabe a la inserción del ejercicio de la autonomía médica en el ámbito de la ética médica. Por ende, corresponde a los tribunales éticos aplicarla en casos concretos, como la prescripción de medicamentos así estos no se encuentren incluidos en el plan de beneficios financiado con recursos públicos (no PBS), si, a criterio del médico, el enfermo los requiere por necesidad de su tratamiento; lo mismo ocurre con la solicitud de exámenes de laboratorio o medios diagnósticos, la solicitud de interconsultas o remisiones, los certificados

médicos, las licencias de maternidad, las incapacidades o si el médico desea expresar con toda libertad sus opiniones en juntas médicas, comités técnicos científicos o juntas de calificación de invalidez.

Así mismo, el médico podrá, en ejercicio de su autonomía, iniciar la relación médico-paciente por acción unilateral en caso de emergencia, según el artículos 5 de la Ley 23 de 1981, o, por el contrario, rehusar la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión, según el artículo 6.° de la misma Ley; proceden en esta afirmación los casos en los que el médico aplica la *objeción de conciencia*, circunstancia en la cual deberá remitir al paciente a otro médico o institución para que reciba la atención debida.

También podrá, cuando no se trate de casos de urgencia, excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la presentación de sus servicios, cuando el caso no corresponda a su especialidad, para que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya, o cuando el enfermo se rehúse a cumplir las indicaciones prescritas, según el artículo 7.º. Adicionalmente, existen circunstancias desafortunadas en las cuales el médico se puede excusar de la atención, algunas derivadas de barreras administrativas que generan discusiones y otras en las que el médico es objeto de maltrato o agresiones del paciente o de su

familia, caso en el cual se fractura la relación médico-paciente o médico-familia; sin embargo, deberá siempre remitir al paciente a un colega competente para garantizar la atención del enfermo.

En circunstancias excepcionalmente graves, si un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, el médico podrá utilizarlo con la autorización del paciente o de sus familiares responsables y, si fuere posible, mediante acuerdo en junta médica, de acuerdo al parágrafo del artículo 12 de la citada Ley 23 de 1981.

Es, además, decisión autónoma del médico decidir la intervención quirúrgica a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, por no estar estos disponibles y estimar que la urgencia del caso exige la intervención inmediata, de acuerdo con el artículo 14 de la misma Ley.

No obstante, la autonomía del médico no es absoluta. La Ley Estatutaria en Salud fijó unos límites que deberán ser permanentemente evaluados: la ética, la racionalidad técnico científica y la autorregulación; esta última, definida en el artículo 26 de la Ley de Talento Humano, la Ley 1164 de 2007, indica que:

> Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la *autorregulación*, entendida como el conjunto concertado de acciones necesarias para tomar a su cargo la tarea de regular la conducta

y actividades profesionales derivadas de su ejercicio, la cual debe desarrollarse teniendo en cuenta los siguientes criterios:

a) La actitud profesional responsable que permita la adopción de una conducta ética para mayor beneficio de los usuarios.

b) La competencia profesional que asigne calidad en la atención prestada a los usuarios. (*Resaltado del autor*)

El derecho a la autonomía, en el ejercicio de los profesionales de la salud, entraña una gran responsabilidad de autorregulación individual y colectiva como gremio, como lo afirma la AMM: «[…] la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico».

Desde el punto de vista del autor, esa autorregulación tiene dos niveles. El primero es personal, pues cada médico, de acuerdo con sus conocimientos y su propio imperativo ético, conoce sus capacidades, sus limitaciones técnicas y sus competencias para valorar, analizar, diagnosticar e intervenir un determinado paciente. Cuando esa barrera de conciencia individual se ignore, se podrá incurrir en actuaciones que riñen con la impericia, la negligencia o la imprudencia. Entonces, deberá operar el segundo nivel de

autorregulación, que es la intervención de sus pares académicos en las juntas médicas, comités de historias clínicas, análisis de morbilidad extrema o de mortalidad y los tribunales éticos disciplinarios.

Lo anterior refuerza el concepto de que el título de *médico cirujano* que otorgan las universidades no acredita al médico para ser experto en todas las especialidades, ni da licencia para invadir áreas de conocimiento específico que requieren formación de posgrado —3 o 4 años— como especialistas, sin serlo, lo cual se podría configurar como *impericia* o *imprudencia*, dado que somete al paciente a riesgos injustificados.

Como lo afirma en la Gaceta el Tribunal Nacional de Ética Médica, 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. Sin embargo, 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*. Cuando, por efecto de su actuación, se provoque un daño, al haber provocado el riesgo debido a su impericia, se cae dentro de la consideración de culpa médica y así deberá ser juzgado al evaluar el acto médico.

La exigencia del título de especialista para practicar determinadas cirugías propias de las especialidades reconocidas en Colombia está regulado en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) como requisito para conceder o negar la habilitación de las IPS, según el Decreto 780 de 2016 «por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social» y las condiciones de capacidad tecnológica y científica, según los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo, la Ley estatutaria en Salud, en su artículo 6, definió los cuatro elementos esenciales que rigen el Sistema de Salud, entre ellos:

> d) *Calidad e idoneidad profesional*. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, **ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente**, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos. (*Resaltado del autor*)

En caso de que el título de especialista haya sido adquirido en el exterior, aplicará lo establecido en el artículo 18 de la Ley de Talento Humano, es decir, la convalidación, de acuerdo a las normas vigentes.

Mientras dicha convalidación no sea aprobada por el Ministerio de Educación Nacional, el profesional no podrá ejercer como especialista.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981 (febrero 18): por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. Bogotá D. C.: Diario Oficial 35.711; febrero 27 de 1981 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/33VHbH4.
2. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16): por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C. [citado 13 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/31Nib1W.
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 2007 (octubre 3): por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá D. C.: Diario Oficial 46.771; octubre 4 de 2007 [citado 13 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3gTCoJC.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 (enero 19): por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C.: Diario Oficial 47.957; enero 19 de 2011 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3aiH7Ch.
5. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-313 de 2014 (mayo 29): revisión constitucional del proyecto de ley estatutaria 209 de 2013 Senado y 267 Cámara. Bogotá D. C. [citado 13 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3gQv0Pm.
6. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-548 de 1992 (octubre 11). Bogotá D. C. [citado 13 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/2PMIJdY.

7. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-401 de 1994 (septiembre 12). Bogotá D. C. [citado 13 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/2Y0tDGd.
8. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Madrid de la AMM sobre la autonomía y autorregulación profesionales Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, octubre 1987 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005. Madrid, España: AMM; 1987. Disponible en: https://bit.ly/2PPK5Vh.

CAPÍTULO 6

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: DESAFÍOS EN EL MARCO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

María Clemencia Mayorga Ramírez

Desde los inicios de la historia de la medicina, la relación médico-paciente se ha planteado como la base esencial sobre la cual se fundamenta el quehacer de los médicos, tanto la búsqueda de la curación o alivio de su paciente, como la confianza del paciente en su médico como elementos primordiales en el proceso de curación y alivio. Mucho se ha escrito sobre esta relación desde diferentes perspectivas, como la histórica, la perspectiva del paciente, la del médico y su relación con la educación y la formación, entre otras. Estas líneas pretenden reflexionar sobre algunos de los aspectos que la relación médico-paciente enfrenta hoy en el sistema de salud colombiano, partiendo de algunas de las causas más relevantes presentadas al Tribunal de Ética Médica de Bogotá.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE DESDE EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DERECHO A LA SALUD

En la relación médico-paciente se conserva una característica inalterable a través del tiempo: la situación de dolor y vulnerabilidad del paciente en el momento de su enfermedad. Por otra parte, la relación de poder que se constituye con el profesional de la salud, basada en los conocimientos médicos que este tiene sobre la enfermedad del paciente, se ha caracterizado históricamente por ser unidireccional y vertical. Sin embargo, este último aspecto se ha venido transformando, debido a cambios sustanciales en las características del paciente, dado su mayor acceso a la información y al empoderamiento brindado por la declaración de la salud como derecho fundamental.

En Colombia, el sistema de salud ha estado sujeto a cambios que han transformado la relación médico-paciente. Como en muchos otros países del mundo, hemos pasado de entender la salud como un servicio público brindado a manera de beneficencia por el estado para los más pobres y asumido por aquellos con capacidad de pago de su propio bolsillo, a definir la salud como un derecho fundamental, con la consecuente obligatoriedad para el estado de garantizarlo

para todos por igual. Lo anterior implica cambios fundamentales en el rol del paciente dentro del sistema, ya que pasa de ser un actor pasivo que espera que se le preste un servicio, a ser un agente activo que exige su derecho a la salud.

Lo anterior ha aumentado las expectativas de los pacientes sobre lo que el sistema y el médico deben garantizar, exigiendo no solo la atención en salud, sino, además, más información, oportunidad, integralidad y calidad, acudiendo, de ser necesario, a procesos institucionales, judiciales y de control a fin de exigir aquello como una obligación por parte del estado. Este cambio de rol, además, ha surgido de forma reciente y está asociado a los cambios en la normatividad, principalmente, a la declaración de la salud como derecho fundamental, la cual comenzó a reconocerse de manera explícita con la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, que se estableció plenamente por la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.

A la mayor expectativa de los ciudadanos y pacientes frente a su derecho a la salud, se suma un mayor acceso a la información debido, principalmente, a los avances tecnológicos y a la declaración de la información como derecho. Debido a esto, los pacientes cuentan con más información sobre temas de salud y enfermedad al momento de consultar al médico. Sin embargo, la información consultada por el paciente puede ser o no de calidad, lo cual impone un reto para el médico al momento de aproximarse al diálogo con el paciente. El manejo de esta situación

es determinante en el desarrollo de la relación entre las dos partes, pues, de esta forma, el diálogo sobre la pertinencia de dicha información debe estar presente de manera que tanto el médico como el paciente queden satisfechos con respecto a la misma.

Otro aspecto importante para tener en cuenta es la información que el médico debe brindarle al paciente sobre su enfermedad, junto con los tratamientos y procedimientos por seguir. Esta debe ser completa, veraz y anticipada, y debe entenderse como un elemento fundamental de la relación entre el médico y su paciente que permite el intercambio de preguntas y el consentimiento real del segundo para la aplicación de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Según lo señala el artículo 15 de la Ley 23 de 1981, este es un deber ético del médico y un derecho del paciente, como se define también en la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015. En consecuencia, el médico no puede limitarse a que este proceso de información sea solamente de carácter documental, procedimental ni institucional, lo cual se observa con frecuencia en las investigaciones ético-disciplinarias que cursan en el Tribunal.

Ante estos importantes cambios señalados anteriormente respecto a las características de los pacientes, hemos de afirmar que los procesos de formación del médico no han introducido un marco que permita al profesional aproximarse de manera asertiva a estos nuevos retos. La gran mayoría de currículos centran casi la totalidad de sus contenidos al estudio de las patologías y relegan los contenidos sobre temas humanísticos que

son fundamentales para el ejercicio de la medicina, como los asociados a sus habilidades analíticas y de comunicación que le permitan tener una relación significativa con cada uno de sus pacientes. Así las cosas, se hace necesario repensar la aproximación que se está realizando desde la academia, a través de la inclusión de análisis serios y profundos sobre temas como el relacionamiento, estrategias de comunicación asertiva, derechos humanos, prejuicios de los médicos ante sus pacientes y su impacto en el ejercicio médico, así como el estudio de la ética médica a profundidad.

Es así como el Estado de derecho ha introducido expectativas en el paciente que necesariamente cambian su nivel de exigencia y que intervienen en la relación médico-paciente. Un paciente empoderado, con más información, más demandante y con mayores herramientas para exigir su derecho a la salud frente a un médico que en ocasiones no está preparado para una relación más horizontal y consensuada con su paciente puede generar intervención negativa en la relación entre ellos.

LAS EXPECTATIVAS DEL MÉDICO EN EL ACTUAL SISTEMA DE SALUD

Ahora bien, el médico, por su parte, ha sido formado bajo una serie de premisas, muchas veces con un nivel insuficiente de análisis y profundización, respecto al

carácter liberal de su profesión y al alcance de su autonomía médica que no siempre termina observando en el ejercicio de su profesión. A través de gran parte de sus carreras profesionales, su ejercicio médico ha coexistido con el esquema de aseguramiento, que, según el desarrollo normativo, hoy garantiza todo lo necesario para su paciente.

Sin embargo, las anteriores expectativas de médicos como pacientes se encuentran con una realidad: barreras de acceso, inoportunidades y falencias en los procesos administrativos y asistenciales, así como situaciones de restricción en la formulación o solicitudes para el médico, algunos como producto de fallas en la calidad e ineficiencias institucionales y otros como consecuencia de negación de servicios, situación que está ampliamente estudiada por la Defensoría del Pueblo a través de estos 25 años de la Ley 100 de 1993. Este choque entre expectativas y realidades resulta entonces en un paciente frustrado, cansado y muchas veces agresivo, y un médico que ha de lidiar con este tipo de situaciones sin que, en la mayoría de los casos, tenga la capacidad de ofrecer una solución a las barreras administrativas e institucionales que este enfrenta y que terminan algunas de las veces por afectar la relación médico-paciente.

LA MEDICINA INSTITUCIONAL Y LA AFECTACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Si algo ha cambiado es que hoy el médico ejerce una medicina institucional. En la gran mayoría de los casos, el médico está sujeto a procesos administrativos y asistenciales, cuyo cumplimiento es vigilado de forma estricta por auditores; estas son herramientas importantes desde el punto de vista de la calidad, pero, a su vez, pueden constituir verdaderos vetos en el ejercicio médico constriñendo la autonomía médica, si no se tiene en cuenta las particularidades de cada uno de los casos. Según la Dra. María Noël García Simón:

> Ya no se trata solamente del vínculo entre el médico y el usuario, sino que este está sujeto a tomas de decisiones de otros campos que deben de ser acatadas. Cada Institución tiene sus normas, (no es lo mismo trabajar en Salud Pública que en un seguro privado). Ejemplos de estas regulaciones normativas como aquellas que regulan «el consentimiento informado», «el aborto», «la voluntad anticipada» y «los derechos y deberes de los usuarios».

Dichas normas condicionan la relación médico-paciente y deben ser utilizadas como guías hacia la calidad y no como herramientas que pongan por encima

los beneficios particulares para la institución si ellos no estuvieren acordes con el beneficio para el paciente.

Muchas veces no se han construido estos protocolos y procesos administrativos de manera que se reconozcan las necesidades de los pacientes o el criterio médico al respecto. Un ejemplo de ello son los tiempos de consulta restringidos y estandarizados no mayores a 20 minutos, donde, para aumentar el número de pacientes atendidos por hora, se implementan diversas modalidades que no dan cuenta de las necesidades particulares que requiere el médico para desarrollar una mejor relación con su paciente. Una de estas modalidades es la de *multiconsulta*, mediante la cual la atención en consulta médica especializada es prestada por médicos generales, donde el paciente llega con la expectativa de ser manejado por su médico especialista y se encuentra con que este último entra al consultorio 2 o 3 minutos, y se relaciona con el médico general y no con el paciente. Tendremos, entonces, un paciente que no tiene la posibilidad de entablar una relación con su médico especialista y, por otra parte, un médico general que no tiene injerencia real en la relación, en tanto no está a cargo de la toma de decisiones.

Hoy muchos pacientes perciben del médico poca atención, interrogatorios cortos y, con frecuencia, sienten que el profesional dedica más tiempo a los trámites administrativos y a los sistemas de información que a ellos. Al no ser un tema fácil de resolver, devela las tensiones propias de un sistema de salud que ejerce presión a los médicos para atender más

pacientes en menos tiempo, sobrecargado de trabajo, y un paciente con altas expectativas sobre su derecho a la salud que exige mayor tiempo, calidad y humanización en la atención.

Cabe, además, recordar que la responsabilidad en materia ético-disciplinaria es única e individual, por lo que el médico debe evitar cometer o aceptar cualquier acción que someta a riesgos injustificados a sus pacientes. Al respecto, es menester recordar a médicos e instituciones de la salud que el acto médico debe dar cumplimiento a la Ley 23 en sus artículo 10, que indica que «El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud», así como los artículos 6 y 15 que le exigen al médico rehusar la prestación de sus servicios para «actos […] que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión» y evitar exponer a su paciente a riesgos injustificados.

Asociado a la característica individual del ejercicio de la ética médica, el médico debe siempre sobreponer la necesidad de la atención de su paciente, en especial en casos de urgencias, sin contribuir a construir barreras administrativas que no le corresponden en su resorte como médico. Valga la pena decir aquí, también, que el médico debe anteponer su deber ético como médico a su deber administrativo y sopesar cuánto y cómo afectan sus decisiones los actos médicos tanto propios como de sus colegas y, en especial, la relación médico-paciente. Un ejemplo de lo anterior podría ser un médico con cargo de

director científico de un hospital, o jefe de un servicio de urgencias, que ordena a sus colegas no atender un paciente en ese servicio, aunque se trate de una urgencia verdadera, por no tener contrato con la EPS al que está afiliado el paciente, o la disminución del tiempo de consulta médica como hemos expuesto anteriormente, exponiendo al paciente a un riesgo inminente. En estos casos, el médico tendrá siempre que evaluar cada situación, siempre bajo la premisa de buscar el beneficio para el paciente, en tanto que ese es su deber como médico, según lo dispuesto por la Ley 23 de 1981. Al respecto, cada caso deberá ser profundizado siempre bajo un núcleo central: la afectación y riesgo para los pacientes y el deber del médico por propender siempre por un mayor bienestar con el menor riesgo posible.

LA LEY 23 DE 1981 Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Vale la pena recordar que, pese a los retos y cambios planteados, la relación médico-paciente continúa siendo la base fundamental sobre la cual se estructura el proceso que intenta aliviar o curar al paciente y que la misma se basa en una acción de comunicación e información en la que se requiere una alta dosis de empatía y confianza, que el médico debe buscar siempre con sus pacientes. Los médicos no siempre están respondiendo de manera adecuada a los requerimientos de sus pacientes y algunas de las quejas que

llegan al Tribunal de Ética Médica de Bogotá están relacionadas con una desconexión entre el médico y su paciente por falta de consideración y empatía hacia este. Es pertinente agregar en este punto que la trasformación particular de la mujer que hoy exige especial respeto hacia ella y su intimidad, por lo que el médico debe ser especialmente cuidadoso en sus actitudes con las mujeres y con las menores de edad.

El genuino interés del médico por su paciente y su actitud considerada y respetuosa aliviará muchas de las tensiones de cada uno, ya descritas en el artículo 1 de la Ley 23 de 1981, el cual señala que «La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional». A pesar de los desafíos planteados, en la mayor parte de los actos médicos, este compromiso responsable, leal y auténtico del médico frente a su paciente continúa siendo absolutamente vigente en nuestros días y constituye una de las mejores herramientas que protegerán al médico y al paciente de eventuales desacuerdos, aliviando las tensiones ya descritas.

CONCLUSIONES

La relación médico-paciente se ha visto afectada por diversos factores, entre estos el cambio del concepto de salud como un servicio público al de derecho

fundamental, la transformación de los pacientes que hoy tienen mayores expectativas e información y la influencia del ámbito institucional. Si bien es cierto, existen diversos retos en la relación médico-paciente hoy en día y no debemos perder de vista lo señalado en el artículo 11 de la Ley 23 de 1981 que indica que «La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo». En este sentido, la actuación del médico debe ir enfocada a proteger a su paciente, siendo esta la manera de construir vínculos de confianza y seguridad, facilitando la relación.

Como reto sistémico, se hace necesario preparar a nuestros médicos, desde su proceso de formación, para enfrentar los desafíos asociados al análisis y capacidad comunicativa que requiere el desarrollo de una labor de corte humanista y no solo científica, como se ha abordado hasta el momento.

De este modo, cobran especial importancia, hoy y hacia el futuro, el papel de las organizaciones médicas en el análisis y la profundización de la relación médico-paciente en nuestros días, así como en la formulación de propuestas para el funcionamiento del sistema de salud con normas que propendan siempre por el ejercicio ético de la profesión médica, en el cual se sobreponga siempre el beneficio para el paciente, dentro de un marco de respeto por la autonomía médica con estándares de autorregulación. Todos estos aspectos son el resorte de estas organizaciones, para las cuales se requieren colectivos sólidos y libres de conflictos de intereses.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. García Simón MN. Cambios en la relación médico-paciente, una mirada conciliadora. Bogotá D. C. [citado 13 ago 2020]; 2014. Disponible en: https://bit.ly/3ans4qK.
2. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 de 2008. Bogotá D. C.: julio 31 de 2008 [citado 13 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3altJNA.
3. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16): por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C. [citado 13 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/31Nib1W.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981 (febrero 18): por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. Bogotá D. C.: Diario Oficial 35.711; febrero 27 de 1981 [citado 13 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/33VHbH4.

CAPÍTULO 7

SECRETO PROFESIONAL Y CONFIDENCIALIDAD

Hugo Enrique Escobar Araújo

La Ley 23 de 1981, que contiene las normas y principios de ética médica y que nos orienta a un buen ejercicio profesional, en su capítulo II *del juramento* describe que, para los efectos de la ley mencionada, se adoptan los términos contenidos en el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, con la adición consagrada en dicho texto. El médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el respectivo *juramento médico*. En su promesa solemne, entre otros puntos, el médico consagra su vida al servicio de la humanidad. Un aspecto crítico al cual se compromete es el de *guardar y respetar los secretos a mí confiados*.

Los orígenes de la confidencialidad médica se remontan al célebre Juramento Hipocrático. Allí, el secreto profesional es advertido de la siguiente manera:

> Todo lo que habré visto u oído durante la cura o fuera de ella en la vida común, lo callaré y lo conservaré siempre como secreto, si no me es permitido decirlo. Si mantengo perfecta e intacta fe en este juramento, que me sea concedida una vida afortunada y la futura felicidad en el ejercicio del acto, de modo que mi fama sea alabada en todos los tiempos; pero si fallara el juramento hubiera jurado en falso, que ocurra lo contrario.

También, desde los inicios de la medicina occidental, se puede hablar de varios significados del secreto profesional: el primero, de ascendencia casi sacerdotal, se refiere al secreto entre colegas médicos; el segundo es el secreto de información del médico para el paciente; y el tercero, el tradicional, que tiene que ver con no divulgar la información que se obtenía en el ámbito de la confianza necesaria para el correcto desempeño de la profesión médica. La manera de entender este deber profesional ha ido variando con los tiempos, debido a múltiples factores, entre los que se encuentran, entre otros, la forma de regulación de la profesión, el desarrollo del sistema de salud, la consolidación del derecho a la intimidad del enfermo y la transformación de la relación médico-paciente. Así las cosas, la confidencialidad se basa en la relación médica y en las obligaciones privadas de los principios de beneficencia y autonomía. Este derecho se

refiere a la información considerada sensible y exige especial rigor en su cumplimiento, salvo las excepciones que enumeraremos más adelante.

El artículo 37 de la Ley 23 de 1981 define al secreto profesional médico como aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa, por lo cual estamos obligados a guardar el secreto profesional de todo aquello que, por razones del ejercicio profesional, hemos visto, oído o comprendido, con las excepciones contempladas en el artículo 38. Teniendo en cuenta los consejos que dicten la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

1. Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
2. A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
3. A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
4. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley.
5. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Este deber de la reserva, así como el secreto profesional, también fue promulgado por la Corte Constitucional de acuerdo con la sentencia T-073A de 1996, con el magistrado ponente Vladimir Naranjo Mesa:

> En el tema del secreto profesional, el hecho conocido nunca debe divulgarse. Se habla de reserva, lo cual indica que el conocimiento se guarda para algo específico, que debe ser utilizado en la confidencialidad y exclusividad propias del oficio. Se viola el secreto cuando se divulga, no necesariamente cuando se revela ante quienes deben, jurídicamente hablando, compartir la reserva.

Esta sentencia anterior se compagina con la sentencia C-301/12, con el magistrado Ponente Jorge Pretelt Chaljub, que indica:

> El secreto profesional tiene relación inescindible con el derecho a la intimidad de quien es usuario de los servicios, toda vez que la única razón para que datos integrantes de la esfera reservada personal o familiar estén siendo transmitidas a otras personas es la necesidad de apoyo inherente a la gestión demandada y la consiguiente confianza que ella implica.

Debe recordarse que la Resolución 1995 de 1999, expedida por el Ministerio de Salud, establece normas para el manejo de la historia clínica y en su capítulo I, artículo 1, dice:

> La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio sometido a reserva, en el cual se registran las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

Ahora bien, con la promulgación de la Ley 100 de 1993 en nuestro país, tanto el secreto profesional como el derecho a la intimidad quedaron seriamente comprometidos, ya que hay terceros o intermediarios en nuestro sistema de salud que pueden conocer las condiciones de salud de las personas; hoy en día, se exigen resúmenes de historias clínicas para poder autorizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren los pacientes. Los prestadores de salud deben tomar medidas en el sentido de resguardar la reserva de la historia clínica mediante, por ejemplo, protección electrónica, códigos que reemplacen la escritura, la firma y el sello de las historias, cuando estas se impriman en medios físicos.

El secreto profesional de los médicos ha sido debatido en muchos escenarios, si debe ser absoluto o debe

observar algunas situaciones que contemple la divulgación de alguna información considerada importante para estudiar grupos de personas que eventualmente pudiesen verse afectadas por el contacto con un paciente portador de determinada enfermedad. Un ejemplo que se expone en varias discusiones es el del paciente con VIH/sida, lo que pone en situaciones difíciles al médico, al dar a conocer el tema con el fin de proteger la salud de otras personas. Esto puede afectar la confianza de un paciente en su médico, un aspecto que en nuestro medio es lícito y no nos expone a sanciones, tal como está explícito en el literal *d* del artículo 38, ya expresado en este mismo capítulo.

Es importante, como se ha mencionado, que el revelar un secreto profesional puede conducir a la ruptura de la relación médico-paciente, muy importante para el buen entendimiento, ya que el paciente deposita su confianza en este. Para conservar y no perder la cordialidad y seguridad que ha otorgado el paciente, se le debe explicar sobre la importancia y las consecuencias que tiene para otras personas que se pueden afectar el no manifestar con claridad y respeto sobre el padecimiento que presenta.

Una práctica muy frecuente de los médicos es tomar fotografías de las diferentes patologías de algunos pacientes para la divulgación en reuniones académicas, al igual que la información obtenida para la elaboración de los trabajos de investigación y su publicación, sin contar en todos los casos con la autorización del paciente o los pacientes involucrados.

Estas prácticas pueden violar algunas normas que los exponen a sanciones por el manejo que se da a la información reservada del paciente sin la debida autorización. Es, entonces, importante solicitar siempre el permiso de los pacientes al desarrollar estas actividades.

El médico debe respetar la privacidad del paciente, tomar todas las medidas necesarias para que sus auxiliares y colaboradores guarden el secreto profesional, e impedir la divulgación de la información que hayan adquirido en el ejercicio de su profesión. Se puede observar que no es solo un principio que debe imperar en el ejercicio profesional, sino que, además, está considerado en la mayoría de las legislaciones mundiales y su violación puede generar consecuencias legales.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981 (febrero 18): por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. Bogotá D. C.: Diario Oficial 35.711; febrero 27 de 1981 [citado 12 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/33VHbH4.
2. Gamboa-Bernal GA. La Declaración de Ginebra revisada a la luz de la nueva cultura. Persona y Bioética. Bogotá D. C.: Universidad de la Sabana, Colombia; 2018.
3. Tribunal Nacional de Ética Médica. Gaceta Jurisprudencial febrero 2017, Historia Clínica y Secreto profesional No. 27. Bogotá D. C.: Tribunal Nacional de Ética médica; 2017. Disponible en: https://bit.ly/3g0pmsB.

4. Júdeza J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La Confidencialidad en la Práctica Clínica: Historia clínica y Gestión de información. *Medicina clínica*. 2002;118(1):18-37.
5. Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra. El Juramento Hipocrático moderno. Disponible en: https://bit.ly/3kMkxqs.
6. Clinic Cloud. Confidencialidad médica: ¿qué es el secreto profesional médico? Granada, España: Clinic Cloud [citado 14 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/30Wta9Q.

CAPÍTULO 8

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

Manuel Enrique Cadena Gutiérrez

La relación entre los médicos y los enfermos ha cambiado en gran manera con el paso del tiempo. En sus orígenes, hace 2500 años, esta relación estaba enmarcada por el *Juramento Hipocrático*, marco referencial que se mantuvo con algunas modificaciones a través de los siglos siguientes, teniendo como característica principal el estilo *paternalista*. Esta relación cambia hacia un nuevo estilo de la medicina como profesión liberal cuando aparecen los derechos de los pacientes, lo que ocasiona cambios en el ejercicio, más notorios en los pasados 50 años que en los 25 siglos anteriores.

En la antigua Grecia, el cuidado de la salud estaba rodeado de magia y empirismo, y, paulatinamente, fue incorporando elementos nuevos de anatomía, fisiología, farmacología y principios de propedéutica; para este momento, el terapeuta estaba ligado a su paciente por una relación de amistad que favorecía la confianza en su tratamiento; esta relación de amistad

era el balance entre la *philantropia* y la *philotecnia*, entendidas como el amor a la naturaleza humana y el amor a lo bello en la naturaleza, vale decir la salud y la armonía. En esta relación, el médico hipocrático exigía el dominio sobre sus pacientes y estos, a su vez, le debían obediencia y sumisión, pues para el paciente desde su perspectiva era una relación de necesidad.

El origen de los derechos de los pacientes se remonta al siglo XVIII, con la proclamación de los derechos humanos, época durante la cual se ocasionó una verdadera ruptura en la manera de pensar de los individuos y se reivindicó fundamentalmente la dignidad del hombre, con lo que sobrevinieron, el final del feudalismo y, luego, la abolición de la esclavitud. Dos fenómenos influyen en esta transición: en primer lugar, el aspecto religioso con el cisma protestante, con la reivindicación de la libertad de conciencia; y, en segundo lugar, las revoluciones democráticas que dieron lugar a un nuevo planteamiento político mundial.

En 1679, Inglaterra incorporó la ley de *Hábeas Corpus* y la declaración de derechos que son los primeros esbozos en los que se contempla la dignidad del ser humano sin distingos. Luego, en 1776, se proclamó la Declaración de Los Derechos del Buen Pueblo de Virginia, la cual dio fundamento a la declaración de los Derechos del Hombre.

En 1789, la declaración de los derechos del hombre y de los ciudadanos en Francia dio origen a la República y marcó el fin del feudalismo, por lo que se consagra que al individuo se le debe garantizar

la libertad de propiedad, seguridad y resistencia a la opresión, entendida esta declaración como la voluntad general para promover la equidad de los derechos y restringir solo aquellas acciones que puedan ser lesivas a la sociedad. En 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la declaración universal de los derechos humanos en la cual se consagró la dignidad inalienable de las personas.

Los derechos humanos aseguran que la persona sea capaz de desarrollarse completamente y usar sus cualidades, como son la inteligencia, la conciencia y el talento para satisfacer sus necesidades, sean estas espirituales, materiales o de otra índole. La medicina no es ajena a estos cambios y es aquí donde empieza a producirse el cambio, en el modo de ejercer la relación médico-paciente, en donde el individuo alcanza una condición igual ante el terapeuta que ahora se encuentra en una relación entre sujetos iguales.

En palabras de Diego Gracia:

> Las revoluciones liberales emanciparon a los ciudadanos del absolutismo y los hicieron mayores de edad al proporcionarles los derechos civiles y políticos básicos: el derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad de conciencia y a la propiedad.

Esta transición se dio de manera paulatina, pues resultaba impensable modificar la posición del médico, dueño del conocimiento, frente al enfermo carente de todo conocimiento de su enfermedad, posición de

dominancia que había imperado desde la antigüedad y que solo se modificaría con los planteamientos del siglo XVIII. Sin embargo, fue necesario que trascurrieran 200 años antes de que se materializaran los derechos de los enfermos y se les reconociera, como menciona el Profesor Diego Gracia, la autonomía «como gestor de su cuerpo, por primera vez, como algo que el propio individuo gestiona autónomamente»

De esta manera, vemos cómo la transición vino desde el 500 a. C., cuando el Juramento Hipocrático sentó las normas de la relación entre el médico y el enfermo con carácter paternalista, por lo que se califica como la *era del médico*, la cual se prolongó hasta 1965, cuando los movimientos reivindicadores de la dignidad del ser humano dieron paso a la autonomía del paciente como nuevo integrante en la relación, dando forma a la *era del paciente*, para desembocar en la modalidad actual, de la burocracia o era de los contribuyentes, en la cual el paternalismo médico y la autonomía del enfermo son relegadas por las consideraciones de eficiencia y conveniencia social, muchas veces por consideraciones económicas.

La Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales en los Estados Unidos de Norteamérica, en el año 1969, decidió revisar su reglamento, encargando a la National Welfare Rights Organization de esta tarea, para lo cual presentó 26 puntos específicos de cambio, lo que dio origen al primer código de los derechos de los enfermos. En este, se hablaba de los pacientes como *consumidores de servicios sanitarios*

y se proponía que, en caso de incumplimiento de estas normas con lesión física o moral del individuo, un jurado debería sancionar por negligencia al representante de la Institución, según indica Gracia en los Fundamentos de Bioética.

En 1973, la Asociación Americana de Hospitales presentó la Declaración de Derechos del Paciente, para que, al adoptarla, redundara en beneficios para el paciente, el médico y para el hospital, poniendo de manifiesto, además, que esta es la nueva manera de dispensar la atención médica, pues, a diferencia de las épocas anteriores en que el prestador era el médico directamente, ahora el dispensador del servicio es una estructura organizada.

El Ministerio de la Protección Social produjo la Resolución 4343 de 2012:

> Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.

De acuerdo con esta resolución, todo afiliado o paciente sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier

índole, origen social, posición económica o condición social tiene derecho a los respectivos servicios de salud.

Posteriormente, mediante la Ley 1751 del 16 de febrero de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud, se regula el derecho fundamental a la salud (artículo 1), el cual es autónomo e irrenunciable (artículo 2) y, además, debe ser respetado, protegido y garantizado por parte del estado (artículo 5).

DERECHOS DEL PACIENTE

En el artículo 10 de la misma Ley, se establecen los derechos y deberes de las personas, los cuales se relacionan con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen derecho a:

- Acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.
- Mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.
- Obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que

le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud.

- Recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.
- Recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.
- Que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la Ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.
- Que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por parte de los trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.
- La provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- Que se garantice la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine.

- Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.
- Solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.
- Que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.
- No ser sometido en ningún caso a tratos crueles e inhumanos que afecten su dignidad ni a ser obligado a soportar sufrimientos evitables ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.
- Que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.
- Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

DEBERES DEL PACIENTE

Estos son los deberes del afiliado y del paciente:

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.

- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- Cumplir las normas del sistema de salud.
- Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
- Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Gómez–Ullate RS. Historia de los Derechos de los pacientes. *Revista de Derecho UNED*. 2014;15:261-291.
2. Gracia, D. Bioética para clínicos. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:18-23.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 4343 de 2012 (diciembre 19): por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de

Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C.: Diario Oficial 47.532; noviembre 13 de 2009 [citado 18 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/2EjAvaD.

4. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16): por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C. [citado 13 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/31Nib1W.

CAPÍTULO 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona

El ejercicio de la práctica médica tiene una variable complejidad e implica siempre riesgos para el paciente. De esta premisa clara y cierta, surge la necesidad y obligación de informarle a los pacientes y/o a sus familiares. Dentro de los derechos humanos, se contempla el derecho a ser informado y conocer la necesidad de requerir un procedimiento —sea de tipo médico o intervencionista—, cuáles son las alternativas de tratamiento y si existen diferentes opciones, como conocer todos los riesgos y posibles complicaciones que se podrían presentar en el transcurso del acto médico o posteriormente a este.

El significado de la palabra proviene del latín *consentire*, compuesto por *cum* (con) y *sentire* (sentir), es decir, estar de acuerdo, conceder o autorizar. Tanto es así que, en su evolución, el consentimiento informado ha llegado a ser parte clave en la relación del personal médico, el paciente y/o su familia, y

contribuye sin duda a una atención más humanizada y a disminuir los posibles conflictos que podrían surgir, si no se explica con claridad, pues seguramente facilita la satisfacción de unos y otros.

Al paciente y a sus familiares no se les puede ni debe ocultar o negar aspectos de su enfermedad y de su manejo, sea médico o quirúrgico o de cualquier otro tipo de intervención requerido en su tratamiento, para que estos, en su autonomía, bien sea solo o en compañía de sus allegados, o en algunas circunstancias especiales, tomen la determinación que consideren.

Los cambios que se producen en el tiempo nos han llevado de la medicina paternalista a la actual, en donde el derecho de estar bien informado impone el principio de autonomía. No obstante, este tema realmente no es nuevo, pues se origina en el año 1914 en Nueva York durante un proceso judicial, en donde el juez determinó que «todo ser humano adulto y sano mentalmente, tiene derecho a determinar qué es lo que él hará con su propio cuerpo, debiendo responsabilizarse al Cirujano que practique una operación sin el consentimiento de su paciente».

Es el profesional de la salud, por poseer los conocimientos y competencia técnica, quien debe explicar y no ahorrar esfuerzo alguno para que el paciente y sus acompañantes comprendan la situación y obtengan la información clara. Para que estos puedan decidir al respecto, se debe partir de la premisa de que el paciente no tiene por qué conocer a profundidad sobre su

patología y posibilidades de tratamiento y, por esta razón, es deber de los médicos, con prudencia, tacto y respeto realizar este proceso.

No es un formalismo más que debe llenarse antes de los procedimientos que se le realizarán a un paciente. No se puede asumir que porque a un paciente se le ha dicho que requiere una cirugía o un procedimiento determinado ya se le ha dicho todo, porque no es así. Es muy importante explicar y escribir los posibles riesgos y/o complicaciones que se pueden presentar. Debe mencionarse, además, que hay eventuales riesgos que por la repercusión en la vida del paciente deben explicarse claramente. Un ejemplo es la disfunción sexual que se podría presentar en las intervenciones quirúrgicas requeridas a nivel del colon distal y del recto o a nivel de la próstata. Es entendible que, si no se le explica un aspecto tan crítico para la vida normal de las personas, podría verse el profesional abocado a enfrentar quejas ético–disciplinarias posteriores. Igualmente, podría decirse sobre la incontinencia anal o vesical. No puede dejar de mencionarse y explicar el eventual riesgo que puede comprometer la vida de un paciente frente a cualquier procedimiento.

Esta es la realidad legal actual, para establecer una adecuada relación médico–paciente, lo que hace que los médicos deban hacer un esfuerzo mayor, puesto que hay que transmitir toda la información requerida para que los pacientes sustenten sus decisiones apoyados, si lo consideran, en su familia, pero con toda independencia y respetando completamente la

autonomía que él tiene para actuar y permitir, o no, que se le realice la conducta explicada ampliamente por el médico, de tal manera que es libre, voluntario y con toda su capacidad de decisión.

Puede decirse que el consentimiento se inicia con la información, explicación y entendimiento verbal sobre la patología y el procedimiento propuesto —conocimiento por parte del paciente—. Simultáneamente, o a continuación, se escribe el documento, el cual, sin duda, es una herramienta que complementa el proceso de comunicación. Este documento se deberá anexar a la historia clínica y se debe dar al paciente una copia que le garantizará, si lo considera, discutirlo con su familia o allegados. De esta manera, permitimos que el paciente ejerza completamente su autonomía y, además, esté libre de eventuales presiones. Igualmente, muestra un actuar ético por parte del médico, como también es una garantía desde el punto de vista legal o jurídico. No debe olvidarse que esta es una función indelegable por parte del médico encargado, quien también deberá firmar el documento.

Los términos en que se suscribe el consentimiento informado deben ser claros, comprensibles, adecuados a las circunstancias para el paciente —edad, estado emocional, gravedad de la enfermedad— y ajustados a la verdad.

Es muy importante el momento en que se debe realizar el trámite descrito. Cuando estamos frente a procedimientos electivos o programados, este documento deberá ser explicado, entendido, plasmado y firmado

con el suficiente tiempo de antelación al proyectado procedimiento, para que el paciente pueda reflexionar y, si es el caso, consultar con familiares o allegados. Es claro que, cuando se está frente a procedimientos de urgencia, es lógico pensar que se le explicará y se obtendrá la autorización del paciente una vez se hace el diagnóstico y se le propone la conducta a seguir.

Hay situaciones en las que seguramente no se podrá explicarle al paciente y no sería posible obtener su consentimiento informado:

- Situación de urgencia con paciente en estado de *shock* o en estado de inconsciencia.
- Pacientes adultos mayores con patologías que requieren procedimiento alguno y además presentan enfermedades mentales degenerativas, que impide que entiendan las explicaciones o que puedan dar su consentimiento.
- Menores de edad en situaciones de urgencia y ausencia de familiar responsable.

En estos casos, se debe describir estas situaciones en la historia clínica, ojalá firmada por un testigo. De esta manera, se deja constancia del evento y se está protegiendo a los médicos desde el aspecto legal. Otras circunstancias que se pueden presentar son:

- Pacientes con discapacidad mental.
- Pacientes con alteraciones psíquicas o mentales, bien por enfermedades primarias o como consecuencia de cuadros sépticos u otros.
- Pacientes menores de edad.

En estas circunstancias, se explicará y se le solicitará a un familiar que firme el respectivo consentimiento. De todos modos, este siempre debe intentar obtenerse, así sea proporcionando la información a un familiar o a un allegado. Si definitivamente no es posible, debe dejarse una constancia precisa y clara en la historia clínica sobre la situación que presenta el paciente, es decir, que este, necesariamente, debe someterse a determinado tratamiento y no es posible informarle la situación a él ni a familiar alguno.

No puede olvidarse que, en los tiempos actuales, la relación médico-paciente atraviesa por circunstancias difíciles debido a varios factores, como los cambios que se presentan en el sistema de salud en los últimos años que han afectado negativamente esta relación, por las dificultades que tienen los pacientes para acceder a los servicios médicos. Estos culpan, injustamente, al personal médico y a los avances tecnológicos, de los cuales, con alguna dificultad, todos los pacientes pueden beneficiarse. Por otra parte, algunos médicos olvidan el derecho que tienen desde hace ya varios años los pacientes y/o sus familiares a participar con más conocimiento, que no siempre es el adecuado ni el correcto—debe haber entendimiento de lo explicado

y documentado—, de su enfermedad o de los procedimientos que puede eventualmente requerir. Lo que sí es cierto es que el paciente y/o su familia tienen el derecho a elegir libremente y dentro de su autonomía y libertad el tratamiento que pueda requerir para su enfermedad, idealmente con la información clara y veraz que le proporcione el médico.

La Corte Constitucional, en la sentencia T-1021 de 2003, ha reiterado que la actividad médica está sujeta a principios como los de beneficencia, utilidad, justicia y autonomía. Brevemente, el principio de beneficencia, el cual incluye el principio de benevolencia, debe procurar el mayor bienestar para el paciente, haciendo todo lo que esté al alcance del médico para tratar de curarlo. Incluye, también, el principio de no maleficencia (*primun non nocere*), el cual impide que la práctica médica involucre el daño a la salud y a la integridad física del enfermo. El principio de utilidad, el cual implica que un tratamiento a un paciente, así no lo beneficie, puede contribuir al avance de las ciencias de salud y al mejoramiento futuro de la actividad médica. Y el principio de justicia, el cual se relaciona con el derecho a la igualdad, es decir, que el servicio público de salud se garantice sin discriminación. Por otra parte, está el principio de autonomía, que obliga, *prima facie* (en principio), a que todo procedimiento médico sea autorizado por el paciente. El ejercicio de la profesión médica no puede entenderse de otra manera, puesto que el individuo, en una democracia pluralista, es entendido dentro de una dimensión de respeto

irrestricto a la dignidad humana como valor del cual se originan los demás derechos fundamentales.

El derecho a la dignidad humana y a la autonomía personal obliga a considerar a cada persona como libre y capaz de incidir en las decisiones que ven con su salud, por lo tanto, todo procedimiento médico debe tener la autorización del paciente, por este principio de autonomía enunciado previamente. El paciente en su juicio valorará la bondad del procedimiento propuesto y, de acuerdo con la valoración que haga de los riesgos existentes, decidirá libremente.

No es de recibo en un Estado de derecho aceptar la imposición del criterio unilateral del profesional de la salud a quien será el afectado por el procedimiento. La sustitución en el ejercicio del consentimiento es excepcional y bajo reglas estrictas, entre ellas:

> La incapacidad para emitirlo válidamente, la inminencia de un perjuicio grave a la salud que involucre la misma existencia o la necesidad de impedir un daño cierto a la comunidad en su conjunto. […] el consentimiento informado es un requisito necesario para la legitimidad constitucional de la práctica de procedimientos médicos, pues los profesionales de la salud no pueden decidir por sus pacientes, so pena de desconocer su condición de sujetos libres y moralmente autónomos. No puede ser una «obligación mecánica».

Las excepciones deben demostrarse y acreditarse, y, en caso de no existir ni configurarse, está por encima la autonomía del usuario del servicio público de salud.

El consentimiento debe ser libre y no inducido ni presionado como en ocasiones, que se obtiene exagerando los riesgos de la enfermedad que presenta el paciente y minimizando los riesgos inherentes del procedimiento o tratamiento propuesto. Además, debe ser informado, explicado y entendido, en términos claros y comprensibles, para que el paciente tome una decisión «racional e informada sobre si acepta o no la intervención médica» propuesta.

Es muy importante entender que, mediante el consentimiento informado, no se pueden legitimar conductas negligentes del médico. Por lo tanto, la actuación profesional debe ajustarse conforme a la *Lex Artis*.

El documento por excelencia para diligenciar y consignar el consentimiento es la historia clínica. No son recomendables las proformas, debe diligenciarse por el médico tratante, llenado los espacios con los términos en los cuales se explica al paciente. Una alternativa válida son unas líneas en la historia clínica llevadas a cabo por el médico, en donde explica al paciente el procedimiento, las alternativas, la vía a realizar, los riesgos posibles y las ventajas y, al culminarlo, se debe firmar tanto por el paciente y/o su familiar como por el médico tratante.

No se deben olvidar, por supuesto, los derechos que tiene el paciente, entre otros «el derecho a la información y el derecho a la participación», que se reflejan en el diligenciamiento del consentimiento informado.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Vásquez Ferreyra RA. El consentimiento informado en la práctica médica. Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico (SIDEME). Disponible en: https://bit.ly/3gaJTuH.
2. Tribunal Nacional de Ética Médica. Gaceta Jurisprudencial abril 2017, Consentimiento informado No. 29. Bogotá D. C.: Tribunal Nacional de Ética médica; 2017. Disponible en: https://bit.ly/2Yc7C7z.
3. Gracia, D. Bioética para clínicos. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:18-23.
4. Simón P, Júdez J. Consentimiento informado (en Bioética para clínicos). *Med Clin (Barc)*. 2001;117:99-106.
5. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1021 de 2003. Bogotá D. C.: octubre 8 de 2003 [citado 18 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/3hcsFhC.

CAPÍTULO 10

SITUACIONES ÉTICAS EN ÉPOCAS DE CRISIS O EN EVENTOS MASIVOS

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona

No es excepcional que el médico enfrente situaciones difíciles durante su ejercicio, siendo:

> La medicina una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico, social, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituye su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

Como es obvio, este debe ofrecer todos sus conocimientos y los beneficios de la medicina a toda persona que lo requiera, máxime, dentro del marco de

la protección de los derechos humanos, entre ellos, el derecho fundamental a la salud, sin discriminación y completa imparcialidad.

Algunos escenarios que se pueden presentar, principalmente en los servicios de urgencias, son aquellos en los cuales el número de pacientes supera la capacidad de atención por la cantidad limitada del recurso humano para enfrentar la situación o aquellos en los cuales, frente a una demanda inusitada de servicios urgentes, se desborda la capacidad institucional y los insumos disponibles. Ejemplo de ello sería un accidente vehicular con un alto número de lesionados demandantes de servicios en una institución con bajo número de médicos y demás personal de la salud, o la falta de elementos necesarios y suficientes para su atención.

Una recomendación inicial es que el médico, cuando ingrese a laborar en un servicio de salud de cualquier institución, solicite los dispositivos adecuados para realizar su labor. No hay que esperar a que la situación crítica se presente para pedirlos y deben solicitarse con antelación. Pueden presentarse situaciones extraordinarias, pero igual deben solicitarse todos los elementos necesarios para la protección y así enfrentar estas situaciones inusuales.

En caso de haberlo hecho y no haber sido satisfecha la necesidad, debería advertirse que, si no se dispone de ellos, el médico no podrá exponerse a riesgos innecesarios, en situaciones en donde se requieran. El artículo 6 de la Ley 23 de 1981 dice que «**el médico rehusará la prestación de sus servicios para actos**

que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión». (*Resaltado del autor*).

En situaciones como las descritas, dentro del plan de la atención, se debe realizar la selección de la atención a los pacientes, de acuerdo al triaje —aplicable cuando la demanda de servicios médicos supera a la oferta—. No se debe olvidar, en estas circunstancias, acudir a todos los compañeros que puedan apoyar la atención en las circunstancias descritas.

Los recursos, con frecuencia limitados, se distribuirán según la necesidad de los pacientes. Hay que recordar que, como se mencionó en un capítulo anterior, la actividad médica está sujeta a principios como los de beneficencia, benevolencia y no maleficencia, utilidad, justicia y autonomía —los procedimientos o conductas deben informarse y autorizarse por el paciente o su responsable—, además de la justicia distributiva, en la cual los elementos disponibles se deben ofrecer al mayor número de pacientes que se pudiesen beneficiar. Si existiere una manifestación previa, clara, documentada de solicitud de una limitación terapéutica, por parte del paciente o familiares, debe respetarse. En circunstancias como las analizadas, no hay que hacer medidas heroicas (proporcionalidad).

Es imprescindible, bien por falta de recursos tecnológicos o elementos para la atención o por falta de recurso humano, iniciar la remisión y traslado, idealmente a la institución más apropiada para las necesidades de los pacientes y más cercana, para

disminuir complicaciones o deterioro por demoras en su traslado, una determinación que debe tomarse rápidamente. Deberá recurrirse a los respectivos organismos rectores del sistema de salud local o nacional y a quien esté coordinando y, eventualmente, distribuyendo los pacientes en las instituciones disponibles.

Se debe recordar que las decisiones, idealmente, deben tomarse en grupo, con los demás colegas —junta médica—, bien sea por dudas, por la complejidad de los casos o la limitación de recursos, y decidir en un momento dado quién debe beneficiarse de determinado elemento, dispositivo, cirugía prioritaria, etc. Si se dispone de comités de ética, debe consultarse con sus integrantes, para tomar una decisión equitativa. Si es necesario, se deben consultar las decisiones con personas expertas que puedan ayudar desde otra institución. Un recurso que se tiene a la mano, además de la telefonía celular, es el crecimiento de la telemedicina. Considere siempre que la edad, las comorbilidades, el valor social u otros factores no pueden ser determinantes por sí solos en la distribución y adjudicación de los dispositivos o en la decisión de una intervención prioritaria.

Otros factores a tener en cuenta en situaciones como las descritas, son el pronóstico de sobrevida a corto y largo plazo de los pacientes, los factores de comorbilidad, que pueden empeorar el pronóstico, y el logro de metas propuestas en la evolución del paciente en forma integral. Se debe recordar solicitar los elementos y dispositivos requeridos en el manejo

de los pacientes, documentándolo en la respectiva historia clínica. De no contar con ellos, se inicia la remisión para buscar un manejo con mayor probabilidad de mejores resultados.

Es claro que «el médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas», pero pueden presentarse situaciones especiales y en «circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, este podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible, por acuerdo en junta médica». Esta situación podría ocurrir cuando hay situaciones como pandemias con enfermedades nuevas o manifestaciones desconocidas, en donde son inciertos tanto los medicamentos como sus inesperados resultados, o la necesidad de apoyo respiratorio y la falta de ventiladores. Surge la disponibilidad de dispositivos que no han alcanzado a probarse, siguiendo los pasos clínicos requeridos en una investigación formal, pero aceptado como uso experimental por el organismo respectivo (INVIMA).

Son situaciones desesperadas, pero, frente a una eventual condición como la planteada, un medicamento o aparato se presenta como única alternativa. Debe explicarse claramente a los pacientes y/o familiares, quienes deben autorizar su utilización. Su uso debe ser aprobado por el respectivo comité de Ética de la Institución y planteado desde una junta médica.

El hecho de que un paciente rechace las medidas terapéuticas ofrecidas no es sinónimo de abandono del paciente por el grupo tratante. Debe acompañarse con el soporte básico necesario hasta que su condición concluya.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981 (febrero 18): por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. Bogotá D. C.: Diario Oficial 35.711; febrero 27 de 1981 [citado 18 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/33VHbH4.
2. Congreso de la República de Colombia. Decreto Reglamentario 3380 de 1981 (noviembre 30): por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981. Bogotá D. C.: Diario Oficial 35.914; diciembre 30 de 1981. [citado 18 ago 2020]. Disponible en: https://bit.ly/2XXIYaJ.
3. Castaño Yepes RA, Arias Nieto G, Borráez Gaona OA, Niño Murcia A, Patiño LT, Moreno Molina J. Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina de Colombia para enfrentar los conflictos éticos secundarios a la crisis de Covid-19 en el inicio y mantenimiento de medidas de soporte vital avanzado. Bogotá D. C: Academia Nacional de Medicina; 2020. Disponible en: https://bit.ly/3aB1evz.
4. Sánchez I. Lineamientos éticos en la atención de pacientes en una situación de pandemia. Santiago de Chile, Chile: Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile; 2020. Disponible en: https://bit.ly/32iGqFB.

CAPÍTULO 11

ALGUNOS ERRORES FRECUENTES EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

Oswaldo Alfonso Borráez Gaona

Es lamentable que los médicos olviden con frecuencia algunos aspectos que deberían considerarse fundamentales en el diario ejercicio de la actividad, lo cual es trascendental para los buenos resultados o, por lo menos, para sí brindarle una atención oportuna a los pacientes. Recordemos que ellos son nuestra razón de ser, por lo cual debemos dar lo mejor para intentar su bienestar.

Existen actos de responsabilidad, varios de ellos, si se quiere, inexplicables, ya que nos exponen a actos reñidos con la ética, a cometer faltas disciplinarias o a problemas médico legales o demandas civiles, penales o administrativas, como se observa frecuentemente en los tiempos actuales. Veamos algunos de ellos:

- Evaluación y examen a los pacientes en forma rápida. Es lógico pensar que, cuando se hacen las cosas de esta manera, es posible pasar por

alto algunos signos que pueden hacer parte del cuadro clínico y determinar el diagnóstico. De esta manera, el médico se expone a cometer equivocaciones en el diagnóstico. Si se está atento al interrogatorio, la realización de un examen cuidadoso, apoyo en los exámenes que se consideren, seguramente se puede llegar a una mejor aproximación diagnóstica. El problema no es sospechar un diagnóstico que puede ser equivocado, sino persistir en el error por no ser cuidadoso y no avanzar en los estudios que se consideren pertinentes. El ejercicio profesional es de una variable complejidad, de la cual no podemos ser ajenos. Muy importante es recordar que se puede recurrir a otros compañeros, bien sea del mismo nivel de nuestra formación o a otros especialistas. Esto enriquece el trabajo, mitiga esfuerzos y beneficia directamente a los pacientes. Es lamentable que, de manera frecuente, se olvida que los compañerosy colegas o superiores existen y las más de las veces están ahí, al lado.

- Es frecuente, sobre todo en el ejercicio de la medicina de urgencias, que los médicos olviden observar a los pacientes durante algunas horas, para evaluarlos frente al tiempo la evolución de determinados síntomas que producen signos y que inicialmente podrían presentar alguna duda, que, en pocas horas después, van a establecerse con mayor claridad y ayudan a definir una conducta determinada.

- Otro punto importante es el «olvido» —a veces, lamentablemente, por desconocimiento, otras veces por presiones externas— de solicitar algunos exámenes paraclínicos, que, de mostrar alguna alteración, conducirían a fortalecer un posible diagnóstico.
- Más notable es el no solicitar exámenes, tales como estudios ecográficos, tomografías, endoscopias digestivas u otros. Algunos argumentos que a veces se mencionan son: *determinado examen no se puede solicitar en los servicios de urgencias, los médicos generales no pueden solicitar alguno de ellos o solo se puede realizar determinado examen si el paciente está hospitalizado*. Posteriormente, se tratará de inculpar a otras personas o a las instituciones de su responsabilidad.
- En ocasiones, se menosprecian síntomas, como, por mencionar alguno, la diarrea que acompaña a cuadros de evolución insidiosa y que podrían estar presentes en una apendicitis, por ejemplo. Un síntoma como la cefalea obliga a los pacientes a consultar y reconsultar porque, con las medidas iniciales, no se obtuvo mejoría; este síntoma podría requerir valoración de un neurólogo al tratarse eventualmente de un aneurisma, un evento cerebro vascular en curso u otros.
- La reconsulta repetitiva en períodos cortos de tiempo debería hacer sospechar alguna patología, que, de no considerarla, podría concluir en

consecuencias serias para los pacientes, si no en la muerte de alguno de ellos.

- Es de elemental proceder la explicación a los pacientes, tanto de su diagnóstico y los procedimientos necesarios que se podrían requerir, como de las posibilidades de tratamiento con los eventuales riesgos a los que se puede exponer el paciente. Este aspecto no se puede olvidar bajo circunstancia alguna.
- Aprovechar el acto médico —la consulta, el interrogatorio y el examen— para realizar procedimientos que podrían interpretarse como agravios de diferente connotación o interpretación por los pacientes. Ejemplo de ello son «los masajes», maniobras que conllevan «estímulos». Inclusive, se han encontrado descritas maniobras más audaces, que no se esperaría que fuesen realizados durante un acto médico.
- Nunca examine pacientes, menos a menores de edad, sin el acompañamiento de su personal auxiliar. Se debe recordar que el médico podría ser inculpado de eventuales actos indebidos.
- Hay que recordar que el único documento que permitirá defenderse frente a una queja o demanda es la historia clínica. Si no se plasma absolutamente todo en esta, no se tendrá en un futuro cómo demostrar la actitud y conducta en los diferentes casos que deba enfrentarse. Lo que se documente en ella permite intercomunicarse entre los diferentes participantes en el

manejo de los pacientes y demostrará el actuar profesional. Lo que no se escriba allí no existirá frente a una queja, y no se puede aprovechar este documento para escribir cosas que muestran una posible disputa o malestar entre colegas.

- Cuando se es el médico tratante o quien lidera el manejo de un determinado paciente y se solicitan interconsultas, no se debe olvidar revisar y hasta discutir con el médico interconsultante las recomendaciones o conceptos. El médico tratante es el primer responsable del paciente.
- Es muy frecuente que al médico tratante se le olvide explicar al paciente y/o sus familiares lo que se considera en relación con la enfermedad o los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se deben emprender; es posible, también, que la explicación no sea lo suficientemente clara. Otro aspecto muy importante a este respecto es el momento en que debe plasmarse este documento: debe hacerse con la suficiente antelación para que el paciente tome una decisión sin la presión de un evento muy cercano a su realización. Es obvio que se exceptúan las urgencias, en cuyo caso la explicación es sobre el momento de los hechos.

Cabe recordar, en este punto, que, cuando se evalúa adecuadamente a un paciente, se le dedica el tiempo que sea necesario, se habla con claridad con él y/o con sus familiares y se les informa de todos los pasos que

se consideren necesarios. Habrá una excelente relación, lo que es determinante en futuras situaciones que se puedan presentar. No hay que dar oportunidad a que esta relación se altere.

- Es importante mencionar el caso de los médicos que «adquieren títulos como especialistas» sin el entrenamiento adecuado, suficiente, riguroso, pues el estado, en ocasiones, presuntamente ha permitido la convalidación sin el lleno riguroso de los requisitos.
- Es frecuente encontrar médicos que, en sus formularios, tarjetas de presentación, en la internet, etc., se promocionan con «títulos» que no poseen dentro de su formación o con algunos cursos que no otorgan títulos sino diplomas de asistencia. Estos pueden permitir la adquisición de competencias que están incluidas en una especialidad determinada. Igualmente, si se ha adquirido un título en el extranjero, no se debe incluir como con dicha formación, hasta tanto no se haya legalizado dentro del país, es decir, haberlo convalidado ante las respectivas autoridades competentes. Esto es publicidad engañosa que induce a equivocaciones ingenuamente a los pacientes.
- No se deben tomar fotos del paciente o de alguna parte de su cuerpo, menos para publicar, sin la debida autorización del paciente. Es una violación de su intimidad.

- Un aspecto importante y que debe ser de la competencia de cada uno, es hasta cuando debemos actuar como profesionales de la salud. Principalmente, aquellos que realizan actividades manuales, vale decir, procedimientos invasivos o quirúrgicos u otros. No somos eternos ni nuestras capacidades se mantienen invariables a través del tiempo. No se debería continuar, cuando se presenten alteraciones físicas, intelectuales, mentales, disminución de las habilidades, u otras. Además, en algunas instituciones hay normas estatales para los empleados que aplican para los médicos que hacen parte de ellas y que se deben observar. Igualmente, en algunas instituciones privadas, se han introducido en sus reglamentos límites de edad para realizar algunas actividades profesionales. Muy importante es, entonces, no realizar actividades por necesidad, debe disfrutarse lo que se hace y hacerlo bien… Por lo menos intentarlo y con las capacidades íntegras.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ortega Lafaurie G, Peralta Abello MT, Camacho Durán F, Pardo F, Posada E. *Doctores: Por qué se quejan sus pacientes*. Bogotá D. C.: Tribunal de Ética Médica de Bogotá; 2002.
2. Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 2007 (octubre 3): por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá D. C.: Diario Oficial

46.771; octubre 4 de 2007 [citado 2020 Ago 12]. Disponible en: https://bit.ly/316C7NW.

3. Borráez Gaona OA *¿Hasta cuándo... deberíamos operar los cirujanos?* Conferencia presentada en 20 de agosto de 2019 en el 45a Congreso Nacional de Cirugía en la Semana Quirúrgica Nacional. Bogotá D. C.: Asociación Colombiana de Cirugía; 2019.

CONCLUSIONES

En el análisis de los capítulos anteriores, hemos documentado aspectos muy importantes que permitirán a los médicos poder realizar una actividad de mejor calidad.

No es un secreto que la profesión médica es muy exigente que debemos estudiar y enriquecer los conocimientos permanentemente. Este aspecto es el punto de partida para un mejor ejercicio profesional.

Cuando se trabaja en una institución, es nuestro deber conocer si en ella se encuentra un mínimo de condiciones adecuadas, para realizar la actividad médica con plena seguridad. Además, todas las normas y las guías de manejo, y/o protocolos existentes, seguramente estarán en relación con las recomendaciones hechas por las asociaciones científicas o las autoridades pertinentes. Si no es así, deben realizarse o actualizarse.

La actividad médica exige un mínimo de condiciones para efectuarla, por lo cual no se deben llevar a cabo procedimientos en sitios inadecuados y sin el mínimo de requisitos, excepto en casos de extrema urgencia.

Se debe brindar siempre a los pacientes el tiempo que sea necesario para hablar con ellos, evaluarlos cuidadosamente y recomendar una conducta. El médico debe solicitar los exámenes paraclínicos que juiciosamente considere que le ayudarán a aclarar la situación clínica.

Frente a la menor duda, hay que dejar a los pacientes en observación durante algún tiempo. Este período puede permitirle aclarar alguna duda diagnóstica que se pudiese tener en un momento dado.

Algunas ayudas diagnósticas, que podrían definitivamente esclarecer un diagnóstico, tales como ecografías o tomografías o endoscopias, deben solicitarse, si se encuentra la justificación necesaria para su realización. No hay por qué asumir la responsabilidad de otros en cabeza nuestra. Si es preciso, es posible apoyarse en otros médicos, sea a manera de junta médica o mediante interconsulta con el especialista que se considere necesario, lo cual podría fortalecer el criterio con el cual se pide determinado examen, llegue a un diagnóstico o tome una determinada conducta. Si existiese algún tipo de presión de otra índole, debe ser esa persona o la entidad quienes asuman la responsabilidad de la no realización de determinado examen, que, para el

médico, sería indispensable. ¿Cuál es la razón para asumir la responsabilidad que otros le quieren delegar? más aún, ni siquiera lo escriben, lo hacen con órdenes verbales, que después no reconocen haber dado.

Es importante recordar que, cuando una persona reconsulta o acude en períodos cortos de tiempo por la misma sintomatología, puede estar cursando con una patología que, diagnosticada a tiempo, puede evitarle secuelas temporales, definitivas e inclusive hasta la muerte. Un paciente que reconsulta por síntomas similares amerita muy seguramente observación cuidadosa y/o la evaluación por un especialista. No lo exponga a complicaciones que pueden ser serias y que le pueden generar problemas legales.

Es censurable que un médico aproveche su posición, hasta cierto punto ventajosa, frente a un paciente que busca apoyo o ayuda profesional y realizar maniobras o propuestas que no se compadecen con la actividad profesional. Si existe la posibilidad de contar con la presencia de un familiar, acompañante o de una persona que apoye al paciente en su consulta, se debe permitir, más en algunos grupos de ellos —niños, niñas, jóvenes, mujeres—. Es importante seguir esta recomendación y no exponerse a riesgos innecesarios.

Todo paciente y/o su familiar o acompañante deben recibir una información clara y detallada de la impresión diagnóstica de su(s) enfermedad(es), de los procedimientos diagnósticos o de tratamiento que podría requerir, con sus posibles complicaciones. Además de explicárselo hasta el entendimiento,

hay que documentarlo y firmado por las partes comprometidas. Esto debe realizarse en cuanto sea posible con el suficiente tiempo de antelación para que el paciente pueda tomar decisiones e inclusive consultarlo con sus familiares sin presión alguna. Esta actividad es propia del médico tratante.

Hoy en día, y en forma creciente, los pacientes son de carácter institucional, por lo cual, cuando el médico deba retirarse, debe ser porque se acaba la jornada de trabajo o por cualquier otra razón, además, debe entregar la información necesaria a quien asume el manejo de ellos. Cuando los pacientes son de carácter particular, no hay límite en el tiempo de dedicación, puesto que se ha asumido esa responsabilidad. Siempre que el médico deba alejarse, debe explicarle a su paciente e informarle quien lo reemplazará en su manejo.

En este punto, es importante recalcar que, si se, somete a un paciente a un procedimiento que puede requerir varios días de hospitalización y tiene proyectado asistir a eventos, vacaciones, etc., que impliquen tener que reducir el tiempo habitual de recuperación hospitalaria del paciente, se debe aplazar el procedimiento para cuando el médico tratante disponga del tiempo suficiente para el manejo integral, incluyendo eventuales complicaciones. De lo contrario, se le debe informar al paciente que, a partir de determinado momento, lo reemplazará un compañero. No se debe autorizar la salida de un paciente con una eventual complicación en curso (signos sutiles), por la necesidad del médico.

Es claro que los tiempos, la tecnología, la sociedad y las diferentes culturas evolucionan, el ser humano cada vez conoce más de los temas en general y busca información de sus patologías en particular, y todos, cuando somos pacientes, deseamos una buena atención y cuidado, que se nos trate con respeto, amabilidad y dignidad. Nuestra decisión y voluntad debe ser precedida de una adecuada información. Si esto es lo que buscamos y queremos para nosotros, jamás se lo neguemos a nuestros pacientes.

Siempre se debe ser compasivo, y en cuanto sea posible, mitigar el dolor y brindar esperanza a un paciente con su familia que, lógicamente, reacciona con angustia frente a su enfermedad.

Para terminar, y de acuerdo a lo mencionado en alguno de los capítulos anteriores, debe documentarse absolutamente todo en la historia clínica. Es el único documento en donde se registra lo relacionado con el paciente y, frente a eventuales problemas legales, será esta la que permitirá asumir nuestra defensa. Lo que no está allí escrito, lamentablemente no existe.

Finalmente, no hay que olvidar que se debe ejercer una medicina de la mejor calidad, lo cual exige no solo ser buenos médicos sino ser médicos buenos. Es indispensable actuar con humildad y respeto frente a los compañeros, colegas, pacientes y sus familiares, para que no sea por el profesional que se vea alterada la mejor relación médico-paciente.

De esta manera, se podrá realizar la actividad correcta y con comportamiento ético y moralmente

adecuado. No olvidemos lo enunciado alguna vez por el doctor Carlos Gaviria Díaz (Q. E. P. D.), exmagistrado de la Corte Constitucional, a saber, que «el mejor abogado para un médico es un buen médico».

No hay duda de que la actual Ley 23 de 1981 ha sido sometida a análisis por la Honorable Corte Constitucional, con el fin de determinar la respectiva constitucionalidad de los diferentes artículos, sino que también ha sido analizada por el Congreso de la República con el objeto de modificarla y adecuarla a los tiempos actuales. Los conceptos emitidos siempre serán válidos por la importancia de su contenido ético, el cual prevalecerá por siempre en el ejercicio de la profesión médica.

Esperamos que esta obra sirva de orientación y sea una fuente de consulta permanente para todos los que de una forma u otra ejercemos la profesión.

ÍNDICE ANALÍTICO

A

autonomía, 26, 36, 37, 51-54, 56-60, 70, 76, 80, 90, 98, 100, 103-105, 109.
- y Corte Constitucional, 103.
- profesional, 36, 52-54.
- y objeción de conciencia, 58.

Asociación Médica Mundial, declaración, 36, 52, 66.

acto médico, 42, 43, 61, 73, 97, 116.

actos indebidos, 116.

autorregulación, 36, 52, 54, 57, 59, 60, 76.
- y actividad médica, 37, 103, 109.

C

confidencialidad, 48, 79, 80, 82, 93.

consentimiento informado, 37, 43, 71, 97, 100, 101, 104.
- situaciones especiales, 111.
- derecho a ser informado, 97.

D

deberes y derechos del paciente, 27, 35, 37, 42, 71, 91, 92, 96.
- y Ley Estatutaria de la Salud, 36, 42, 53, 59, 62, 67, 68, 92.
- Resolución 0004343 de 2012, 37.

E

ejercicio profesional médico, 22, 23, 25, 35, 37, 51, 54, 79, 114.

experticia y *Lex Artis*, *105*.
- y culpa médica, 61.
- leyes básicas, 35.

errores frecuentes, 113.

ética, 25-27, 30-33, 35, 43, 48, 52, 24, 52, 54, 55, 57, 59, 61, 65, 69, 73, 79, 110, 111, 113.
- definición, de 25, 26.
- médica, 23, 26, 27, 30-33, 35, 48, 52, 57, 69, 73, 79.

H

Hammurabi, código, 29.

historia clínica, 36, 41-49, 83, 93, 100-102, 105, 111, 116, 125.
- diligenciamiento de la, 45, 46.
- falsedad documental, 44, 45.
- integralidad, 45.
- oportunidad, 46.
- racionalidad científica, 45.
- recomendaciones para la, 46.
- veracidad de la, 44.

J

Juramento, 80.

Hipocrático, 20, 30, 79, 87-88, 90

médico, 30, 79.

L

ley, 26-29, 31, 32, 35-37, 42, 43, 46, 53, 54, 58, 59, 62, 67, 68, 70, 73-76, 79, 81, 83, 88, 92.

23 de 1981, 26, 31, 35, 37, 43, 58, 59, 68, 74, 75, 79, 81, 108, 116.

sanciones, 31, 84, 85.

estatutaria (1751 de 2015), 36, 53, 67, 68, 92.

de talento humano (1164 de 2007), 36, 53, 59.

M

moral, 25, 26, 30, 32, 37, 58, 91, 109.

objetiva, 19.

subjetiva, 19.

multiconsulta, 72.

R

relación entre médico, paciente y familia, 25, 26, 30, 32, 37, 58, 91, 97, 100, 101, 117, 125.

y medicina institucional, 71.

y la salud como derecho fundamental, 36, 37, 56, 66, 67, 92, 108.

S

secreto profesional y confidencialidad, 79.

sistema de salud, 23, 37, 42, 62, 65, 66, 69, 72, 76, 80, 83, 95, 102, 110.

elementos esenciales que lo rigen, 54, 62.

calidad e idoneidad profesional, 62.

T

Tribunales de Ética Médica de Bogotá (TEMB), 22, 27, 38.

seccionales, 38.

Este tiraje consta de 2000 ejemplares y
se imprimió en Imagen Editorial en mayo de 2021.
Universidad Nacional de Colombia,
patrimonio de todos los colombianos.
Bogotá, D. C., Colombia