

Capítulo 3 - Elementos de responsabilidad ética en la historia de la medicina

Alba Lineth Mena Romaña
Myriam Bermeo de Rubio

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MENA ROMAÑA, A. L., and BERMEO DE RUBIO, M. Elementos de responsabilidad ética en la historia de la medicina. In: BERMEO DE RUBIO, M., and PARDO HERRERA, I., eds. *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud* [online]. Santiago de Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali, 2020, pp. 75-103. ISBN: 978-62-87501-63-8. Available from: <https://books.scielo.org/id/trn8b/pdf/bermeo-9786287501638-05.pdf>. <https://doi.org/10.35985/9789585147744>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Elementos de responsabilidad ética en la historia de la medicina

Elements of ethical responsibility in the history of medicine

Alba Lineth Mena Romaña*

© <https://orcid.org/0000-0003-1676-9976>

Myriam Bermeo de Rubio**

© <http://orcid.org/0000-0003-0204-9978>

Resumen

El presente escrito, hace énfasis en la importancia de identificar los elementos que configuran la responsabilidad ética del personal médico de instituciones sanitarias estatales en Colombia; está basado en investigaciones académicas, doctrina y jurisprudencia en materia de ética médica. Se desarrolla en tres grandes tópicos: aspectos históricos de la ética médica, análisis legal y jurisprudencial y aspectos procesales; se concluye que los elementos que configuran responsabilidad ética del personal médico en mención son los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, igualdad y autonomía. Las faltas a estos pueden darse en cualquiera de las formas que describe el Código de Ética Médica (Ley 23, 1981).

*Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ kafla23@hotmail.com

**Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

✉ bermeo76@usc.edu.co

Cita este capítulo

Mena Romaña, A. L. y Bermeo de Rubio, M. (2020). Elementos de responsabilidad ética en la historia de la medicina. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 75-103). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Palabras clave: ética, responsabilidad médica, daño a pacientes.

Abstract

This writing emphasizes the importance of identifying the elements that make up the ethical responsibility of the medical staff of state health institutions in Colombia, based on academic research, doctrine and jurisprudence on medical ethics, developed in three main topics: historical aspects of medical ethics, legal and jurisprudential analysis and procedural aspects generating as a conclusion that the elements that make up the ethical responsibility of the medical staff mentioned in this summary are the faults of the principles of beneficence, non-maleficence, justice, equality and autonomy. These can occur in any of the forms described in the Code of Medical Ethics (Law 23, 1981).

Keywords: Ethics, medical responsibility, harm to patients.

Introducción

El fenómeno de sobreproducción de casos relacionados con la responsabilidad médica, en cuyo conjunto de causas se albergan cuestionamientos éticos se puede comprender si se tienen en cuenta una serie de factores históricos por lo que se hace necesario una breve historia de la ética médica abordando tres periodos bien definidos que nos llevan a la actuación de los médicos en términos deontológicos, reflexionando acerca del nacimiento de la bioética y el concepto de responsabilidad ética en el contexto actual de Colombia y las normas vigentes (el incremento de las cifras estadísticas sobre las demandas a médicos que incluyen algún componente ético respecto de la actuación del galeno: aproximadamente el 75% de los casos, esto genera una medicina defensiva que altera la relación médico paciente. Según López y cols se pasó de 0.5 demandas por 1000 médicos en 1993, a 7.1 demandas por 1000 médicos en 2001, y la cifra sigue en ascenso). En un segundo segmento, se rastrean los elementos que configuran la responsabilidad ética partiendo de una revisión legal (de las normas vigentes) y jurisprudencial; también se discute sobre la naturaleza de la responsabilidad de los galenos: ¿se trata de una responsabilidad

de medios o de resultados? Adicionalmente, se completa la reflexión sobre los componentes jurídicos y jurisprudenciales con una reflexión sobre los valores constitucionales implícitos en el ejercicio de la medicina en Colombia y por último se describen, en términos generales, los momentos procesales que se deben surtir con el fin de lograr el reconocimiento de la responsabilidad ética en los tribunales competentes (Tribunales de Ética Médica).

La metodología implementada está orientada hacia un enfoque cualitativo hermenéutico. Tal es el caso del tema de la responsabilidad ética de dicho conjunto de profesionales; se hace con un nivel de profundidad descriptivo, ya que tiene como objetivo especificar las propiedades importantes y relevantes del objeto de estudio (los elementos que configuran la responsabilidad del personal médico que además es funcionario de una entidad pública).

Conceptualización

Aspectos históricos de la ética médica

La historia de la ética médica será descrita haciendo una diferenciación entre tres periodos: la antigüedad, el medioevo y la modernidad. En esta división de la historia de la ética médica coinciden autores como Torres (2011) y Laín (1978). Para estos investigadores, existen tres grandes transformaciones o fracturas epistemológicas en la historia de la ética médica; la primera acontece en la antigua Grecia, cuando se establece, por primera vez en Occidente, una deontología específica para el desarrollo de la medicina; la segunda, cuando a finales de la Edad Media (siglo XIII), la medicina comienza a posicionarse en la sociedad como un arte que debía guardar cierta uniformidad en sus prácticas (lo que se impulsa con la creación de facultades de medicina en las nacientes universidades); y la tercera, ocurre cuando la ética médica incluye, dentro del conjunto de principios que orientan la profesión, el principio de autonomía (Bustillo, 2014). Vale la pena mencionar que, en concordancia parcial con esto, otros investigadores consideran que el único punto de quiebre o de inflexión histórica debe marcarse en el siglo XX (Mendoza & Herrera, 2017). Según esto, existe un antes y un después respecto de la concepción ética de la actividad médica a partir

de la aceptación generalizada del principio de autonomía del paciente. Así pues, a continuación, se describirán las mencionadas metamorfosis en la forma de concebir la ética para el ejercicio de la profesión médica a través de los tres periodos seleccionados.

La ética médica en la Antigüedad

La historia de la ética médica comienza con Hipócrates, en el año 460 antes de Cristo (Laín, 1978). A Hipócrates se le considera el padre de la medicina, ya que fue el primero en notar y enseñar que las enfermedades tenían causas naturales. Antes de él se consideraba, por parte de la mayoría de los médicos, que estas eran causadas por dioses o espíritus malignos. Es a partir de sus observaciones que se funda la medicina occidental. Los aspirantes a médicos que se entrenaban conforme a las técnicas y lineamientos de la escuela fundada por Hipócrates debían acogerse a una deontología particular. Estos mandatos morales estaban consignados en el conocido Juramento Hipocrático, el cual era recitado y acatado solo por sus discípulos o “herederos” en el arte. Sus mandatos no eran obligatorios para los que ejercían la medicina sin pertenecer a la escuela hipocrática, al menos en sus inicios (Laín, 1978). El juramento hipocrático empieza con una invocación religiosa que es común en las declaraciones públicas de los griegos antiguos. Se deben invocar el nombre de Apolo, dios de la claridad, del sol, y poner “por testigos a todos los dioses y diosas, de que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia” (Juramento Hipocrático). Esta declaración solemne aún es llevada a cabo en las facultades de medicina y conserva este aparte mágico-religioso en honor a los grandes maestros de la historia de esta ciencia.

Los discípulos de Hipócrates se comprometían no solo con quien requería de ellos su atención, sino también con la *Polis* y con sus colegas. De esta manera lo señala Laín (1978), cuando aprecia que “[en] los deberes del médico griego pueden ser deslindados tres órdenes distintos: los que le obligaban con el enfermo, los que le vinculaban con la polis y los concernientes a su relación profesional con sus compañeros” (p. 135). En ese orden de ideas, en cuanto a la relación con el paciente, Hipócrates consideró necesario establecer el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según las

facultades y el entendimiento de cada médico. Esto se debe hacer “evitando todo mal y toda injusticia” (Juramento Hipocrático). Razón por la cual, manifiestan los herederos de la ética hipocrática, “No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos” (Juramento Hipocrático). Este imperativo moral indica que los médicos tienen la obligación de procurar que todas sus actuaciones sean benéficas para el paciente. Es su deber suministrar el tratamiento que considere, según su entendimiento y formación, sea de provecho para quien acude en su auxilio.

Ahora bien, como se mencionó en el párrafo anterior, las obligaciones del médico, en la antigua Grecia, no estaban, exclusivamente, en relación con el paciente. Devolverle la salud a los miembros de la sociedad también reporta una serie de beneficios para los intereses generales o colectivos; por ejemplo: se contribuye a que se cuente con individuos saludables para la guerra, se evitan los contagios y se abre la posibilidad de rehabilitar a quienes han perdido la salud (Laín, 1978). En consecuencia, hace parte de las obligaciones éticas del médico, desde la antigüedad hasta la actualidad, ser diligente con sus estudios, el brindar seguridad donde quiera que se encuentre (es un garante manteniéndose sobrio y despierto ante cualquier situación de emergencia): “En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos”(Juramento Hipocrático).

Otro de los compromisos presentes en la antigüedad, del cual aún se exige vigencia en las reflexiones sobre la conducta de los médicos, está vinculado tanto con el paciente como con la *Polis*; se trata del secreto médico. Esta figura restrictiva se hace necesaria ya que, en la práctica, los médicos se enteran, por medio de los diagnósticos, o por confesión del paciente o sus allegados, de comportamientos del paciente que pueden ser reprochables socialmente. Por esto, es deber del médico no revelar información que pueda ser nociva para la imagen de su paciente ante la sociedad o sus familiares, dependiendo del caso. Esta protección de la información, relacionada con el comportamiento del paciente se hace necesaria, tanto en el mundo antiguo como en el contemporáneo, cuando se trata de una figura pública (Levison,

1997). En estos casos no solo se salvaguarda al paciente de la vergüenza familiar, sino que se protege a la sociedad de experimentar la desazón por el desmoronamiento moral de un ídolo. En el juramento hipocrático este compromiso se lee así: los médicos están obligados a guardar el secreto sobre “(...) lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos” (Juramento Hipocrático).

Es importante señalar que la ética médica, en la antigüedad, estableció cuatro principios que fundamentan la deontología de la práctica: beneficencia, no maleficencia, igualdad y justicia. Estos principios pueden encontrarse incluso fuera de la obra de Hipócrates. En la *Ética Nicomáquea*, escrita por Aristóteles para su hijo Nicómaco (quien era médico), se concluye que la finalidad de los seres humanos es la felicidad y que para esta recurre al conocimiento médico, que tiene por objetivo la salud. “Pero como sean muchas las acciones y las artes y las ciencias, de necesidad han de ser los fines también muchos. Porque el fin de la medicina es la salud, el del arte, fabricar naves, el del arte militar la victoria, el de la disciplina familiar la hacienda” (Aristóteles, 2002, Capítulo I). Estas dos obras, la de Hipócrates y Aristóteles, guardan relación ya que la ética médica era una preocupación conjunta entre médicos y filósofos. En palabras de Foucault (2003) la filosofía y la medicina, desde la antigüedad, eran próximas, “(...) incluso si la demarcación de las fronteras planteaba problemas de doctrina y suscitaba rivalidades de competencia” (p. 67). Por ejemplo, según este filósofo, en el pensamiento de Plutarco se puede encontrar un retrato de dicha relación de la forma que sigue: “(...) se equivoca, dice, el médico que pretende poder prescindir de toda filosofía y sería un gran error reprochar a los filósofos que rebasen sus propias fronteras cuando vienen a ocuparse de la salud y de su régimen” (Foucault, 2003, p. 67).

Frente a sus colegas, el médico que seguía las directrices hipocráticas estaba obligado a rendir cierto tributo a sus maestros y a su proge. El juramento hipocrático exigió de los médicos que lo recitaron en la antigüedad una actitud cooperativa entre ellos (Patiño, 2005). En ese sentido, los médicos de la antigua Grecia se prestaban colaboración entre sí y esta cooperación podía traducirse en prestar ciertos servicios a los familiares de los colegas sin esperar remuneración alguna. Vale

la pena resaltar, para finalizar este aparte que, en la actualidad, se suscitan dos debates éticos que se relacionan con lo expresado en este párrafo. Por un lado, se tiene que los médicos son acusados, en algunos procesos judiciales, de preponderar la cooperación con sus colegas sobre los derechos del paciente. Ocurre, por ejemplo, cuando los médicos son llamados a comparecer en el proceso que cursa en contra de un colega con el que labora el citado; en favor del compañerismo se puede imponer cierto favorecimiento hacia el galeno (Otero, 2006).

Por otro lado, la remuneración que reciben los médicos por sus servicios ha sido un tema polémico desde la antigüedad. En la antigua Grecia se pensó que los médicos no deberían recibir mayor remuneración pues su labor estaba vinculada con una necesidad pública (Laín, 1978). En la actualidad, la problemática de la remuneración ha tomado otro rumbo, pues las condiciones económicas, al menos en Colombia, imponen limitaciones a los médicos en el ejercicio de su profesión. Los galenos son obligados a recetar medicamentos que se encuentren dentro de un presupuesto que se enfoca en proteger los intereses del capital privado (León, 2009). Esto ha perjudicado no solo el ejercicio eficaz de la profesión y el cumplimiento de su teleología, sino que además ha promovido un detrimento de la imagen del galeno como baluarte de la sociedad y del conocimiento humano (sobre este tema se volverá en el aparte titulado “Discusión”). Vale indicar que, una vez los griegos fueron conquistados por los romanos, los médicos formados en Grecia, a pesar de ser los forjadores y poseedores del conocimiento médico de avanzada en la época, siendo esclavos tuvieron que prestar los servicios sin reconocimiento alguno: monetario o no monetario (Otero, 2006).

La ética médica en la Edad Media

En la Edad Media, la medicina era ejercida en estrecha relación con las creencias imperantes. Razón por la cual, los médicos aplicaban sus conocimientos a dos grupos poblacionales bien definidos. Por un lado, un médico en la Edad Media, que bien podría haber sido un sacerdote, podía dedicarse a asistir a los pobres en los hospicios. Este ejercicio se realizaba de manera gratuita y era motivado por la obligación moral de asistir al prójimo. Por el otro lado, existían médicos que atendían, exclusivamente, a los miembros de las altas esferas de la sociedad feudal. Estos tenían acceso a cierto conocimiento médico

que se encontraba “escondido” o “reservado” para las cabezas visibles de la sociedad (García & Arrizobologo, 2000). En ese orden de ideas, es pertinente reflexionar sobre las creencias y principios éticos que se evidencian en la conducta de los dos tipos de profesionales que ejercían la medicina en la Edad Media. Este ejercicio permite vislumbrar un panorama general del tratamiento que en este periodo histórico se dio a los problemas éticos derivados del ejercicio de la medicina.

En la Edad Media, la función del médico estaba íntimamente ligada al relato del origen del universo y del hombre (presente en el Génesis). La existencia de los médicos en las sociedades medievales se justificaba a partir del mito bíblico sobre el origen del universo. La premisa indica que, así como Dios formó al hombre a partir de moldear el barro, el médico, ungido por el creador, es capaz de trabajar el cuerpo de los enfermos de tal forma que se alivie el sufrimiento y el dolor. Según indican García y Arrizobologo (2000), el médico era “(...) el instrumento a través del cual se ejercía la inteligencia humana y se transformaba la realidad mediante una actividad cuasicreadora” (p. 38). Ahora bien, como se indicó, en este periodo histórico se pueden diferenciar dos tipos de ejercicio médico. El primero, lo realizaban los llamados “barberos” o “cirujanos” (García & Arrizobologo, 2000). El cirujano o barbero atendía solo a los pacientes que no tenía recursos para cubrir el pago por los servicios médicos. Estos realizaban sus actividades en instituciones (hospitales) que se sostenían a partir de los principios de caridad (para la consecución de los recursos), solidaridad (teniendo en cuenta la igualdad de los hombres ante su creador) y hermandad (dado que todos “son hijos de Dios”). Era una obligación religiosa, para aquel que tuviese conocimientos sobre medicina, asistir a quien lo necesitara y, para esto, existía un conjunto de médicos al servicio de los pobres.

Las creencias propias de la teología cristiana, que dominó la Edad Media, habilitaban la idea de que la enfermedad era un castigo de Dios. Las enfermedades eran inevitables, pues devenían de un designio divino que era solo reversible por la voluntad del creador. El médico, en esa dinámica entre la desobediencia y el castigo, no podía hacer más que aplicar los remedios conocidos y brindar un acompañamiento. Dicha asistencia no solo requería de la aplicación de tratamientos sobre el cuerpo; además se debía suministrar cierto alivio para el alma (Lain, 1978). Dicho de otra forma, a los hospitales, en la Edad Media, se acudía a recibir asistencia

para el cuerpo y el alma, esperando siempre que fuera la voluntad del creador sanar al paciente. De ahí que, como afirma Foucault (2008), en los hospitales del medioevo no solo se encontraban los médicos, sino también los sacerdotes y las monjas. El hecho que se considerara la sanación como una dádiva divina retrasó, según aprecia Torres (2011), el desarrollo de la medicina como ciencia. Sin embargo, fue debido a la investigación desarrollada por los médicos de las altas esferas que se impulsó un redescubrimiento del carácter científico de la medicina.

El segundo tipo de médico era el que se ocupaba de atender las enfermedades que aquejaban a los clérigos, señores feudales y a cualquier miembro de la realeza. Su actividad sí era remunerada, y su lugar en la sociedad se reconocía como importante. En el caso de estos médicos, no podría afirmarse que su actividad estaba siendo guiada por los principios de caridad, solidaridad y hermandad. Los médicos de los terratenientes, de los clérigos o del rey tenían no solo el reconocimiento de la sociedad como baluartes de esta, sino también una remuneración que contrastaba con las creencias de austeridad y humildad que se profesaban en la Edad Media. Los principios que regían a estos profesionales, según aprecia Patiño (2005), eran los planteados, inicialmente, por Hipócrates.

Es posible mencionar, al menos, tres diferencias esenciales entre los médicos de los pacientes pertenecientes a lo más alto de la pirámide social y los denominados cirujanos o barberos. La primera de estas es que los cirujanos o barberos se circunscriben en el ámbito de la técnica, mientras que los médicos de las altas esferas sociales del Medioevo tenían la capacidad de instruirse (al menos después del siglo XIII) en la investigación de las causas de las enfermedades. Esta idea es sostenida por García y Arrízobologo (2000) cuando afirman que "(...) la vertiente técnica de la medicina era la cirugía" (p. 38) y la ciencia médica, que se construía en las nacientes universidades europeas, la vertiente intelectualista. Vale la pena señalar que: "La Medicina, en el mundo medieval, sólo alcanzó ese rigor intelectual cuando consiguió el estatuto científico, es decir, un tipo de conocimiento humano capaz de desarrollar, formalmente, una doctrina de las causas que provocaban las enfermedades, y de basar en ella la terapéutica y, en lo posible, el restablecimiento de la salud" (García & Arrízobologo, 2000, p. 40).

El intelectualismo que se fortaleció entre los médicos conllevó a la creación de una especie de estatus superior ostentado solo por quien hacia parte de alguna universidad. No obstante, los cirujanos, a su vez, establecieron agremiaciones con las que procuraban la protección de sus métodos tradicionales que, poco a poco, fueron siendo considerados rudimentarios. Dicha protección no podía ir más allá de salvaguardar la legitimidad de las prácticas, pues estos eran condenados, severamente, cuando incurrían en lo que hoy se conoce como mala praxis, contrario a lo que ocurría con los médicos que atendían pacientes del clero o la realeza. En esto radica la segunda diferencia entre ambos tipos de médicos, ya que quienes hacían ciencia médica gozaban de un prestigio y una posición social superior a la de los cirujanos. En palabras de Otero (2006), los médicos “(...) o eran sacerdotes y formaban gremios opulentos destinados a cuidar y a pronosticar las aflicciones de las pseudo-divinidades reinantes y sus cortes, o eran esclavos al servicio de los demás, arriesgándose a la mutilación o la ejecución por sus desaciertos” (p. 133).

Una tercera diferencia fundamental entre ambos tipos de ejercicio médico era que los cirujanos o barberos debían acogerse a ciertos principios abanderados por la teología cristiana, mientras que, los médicos de la realeza, por ejemplo, solo conservaban, en cuanto a su ética, la tradición hipocrática. Se trata de los principios de caridad, solidaridad y hermandad. Para el cirujano su tarea no debía ser remunerada de tal forma que pudiese enriquecerse, sino que representaba el cumplimiento de un mandato divino. Sin embargo, es importante indicar que, ambos ejercicios de la medicina comparten los componentes axiológicos del Juramento Hipocrático: beneficencia, no maleficencia, igualdad y justicia.

La ética médica en la Modernidad

Una de las características de la Modernidad, según Melero (2010), es que existe un abandono de la idea, al menos en el campo académico, de que existe un Dios que controla los destinos de la humanidad. En ese sentido, desaparece la concepción de la enfermedad como producto de un castigo divino, lo que, en el fondo, cambia tanto el papel del médico como la valoración del paciente como sujeto pasivo en el proceso de curación. En la modernidad será la razón la que guiará la conducta de

los seres humanos y no las obligaciones consignadas en la Biblia o en la doctrina teológica.

La filosofía kantiana, en particular la reflexión ética, introduce en la concepción de lo bueno y lo malo el imperio de la razón. La conducta ya no será guiada por los mandatos divinos ni por la búsqueda de la felicidad personal o colectiva, sino por un deber ser universal. En ese sentido, Kant funda una ética deontológica. Es decir, basada en un deber ser que provee la razón. Su filosofía crítica postula que la acción humana está fundada en lo debido. A partir de esta premisa se concluye que es necesaria una concepción de lo “bueno” como lo que se adecúa al ser, a una concepción de lo “correcto” como lo que encaja con la ley (Kant, 2003). Así pues, toda la moralidad del ser humano debía supeditarse a un solo mandamiento fundamental (independiente de la autoridad divina y fundado, exclusivamente, en la razón), a partir del cual es posible derivar todas las demás obligaciones humanas. Se trata del imperativo categórico. “El imperativo categórico es, pues, único y es como sigue: Obra según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal” (Kant, 2003, p. 57).

En concordancia con esto, Kant realiza una segunda formulación de su imperativo, pero esta vez en sentido práctico y situando a la humanidad como fin en sí misma, lo cual permite comprender en sentido amplio y completo la primera formulación de su imperativo: El fundamento de este principio es: la naturaleza racional existe como fin en sí misma. “El imperativo práctico será, pues, como sigue: obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio” (Kant, 2003, p. 73). Esto es así, “(...) pues todos los seres racionales están sujetos a la ley de que cada uno de ellos debe tratarse a sí mismo y tratar a los demás, nunca como simple medio, sino siempre al mismo tiempo como fin en sí mismo” (Kant, 2003, p. 73). Ambos imperativos categóricos se deben aplicar, como regla general, para la comprensión de los principios que animan, desde el siglo XX, el ejercicio de la medicina.

Por un lado, los médicos deben recordar siempre que sus pacientes son un fin sí mismos, que no pueden ser instrumentalizados para lograr algún otro fin. Por ejemplo, el médico no puede realizar un

procedimiento invasivo con fines investigativos sin su autorización, ya que esto lo pone en una situación de medio y no reconoce que el ser humano es un fin en sí mismo. Por otro lado, los galenos están en la obligación ética de obrar siempre de tal modo que usen su humanidad, y la de su paciente, como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio. Para ilustrar se puede decir que, un médico con solidez moral no aceptaría aplicar un tratamiento menos eficiente pero más costoso a su paciente por presión de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), está en su integridad nunca obrar como si fuese un medio para que los propietarios de las EPS, sus patronos, puedan cumplir con sus metas financieras.

El aporte de Kant a la Filosofía del Derecho y a los principios que rigen la ética médica permitió que los filósofos posteriores plantearan la bioética a partir de cinco principios básicos. Desde la publicación de la obra de Beauchamp y Childress, en 1979, la ética médica se ha transformado gracias a la construcción del concepto de bioética. En *Principles of Biomedical Ethics* (1979) estos filósofos plantean que la bioética, y por ende la ética médica, se sostiene sobre cinco pilares o principios. Se trata de los principios éticos planteados desde la fundación de la medicina Occidental (por Hipócrates) más el principio de autonomía, propuesto y justificado por Kant (2003). En ese orden de ideas, los principios actualmente reconocidos de la bioética son: beneficencia, no maleficencia, igualdad, justicia y autonomía (Beauchamp y Childress, 1979). El principio de beneficencia indica que el médico está obligado a siempre procurar el bienestar o la salud de su paciente; el de no maleficencia, compromete al galeno con la prohibición de generar algún sufrimiento o mal innecesario a quien le ha procurado; el de igualdad, lo obliga a tratar a todos sus pacientes como iguales; el de justicia, lo hace responsable de suministrar los recursos necesarios, de manera proporcional, entre los pacientes; y, finalmente, el principio de autonomía, que le impide realizar cualquier tipo de procedimiento sin la aprobación o consentimiento del paciente (Monge, 2016). En suma, como bien lo indican Mendoza y Herrera (2017):“Sólo hasta la segunda mitad del siglo pasado los conceptos de dignidad humana y autogestión del cuerpo logran permear a la sociedad y al ejercicio sanitario, confiriéndole a la condición de autonomía la preponderancia que previamente le había sido otorgada al principio de beneficencia.” (p. 164).

Cabe mencionar que, antes de iniciar con la descripción de los tipos de responsabilidad que pueden recaer sobre el personal médico de instituciones sanitarias estatales, en Colombia, por los daños causados a pacientes, que el principio de autonomía propuesto, en el siglo XX, por Beauchamp y Childress (1979) como un principio de la bioética, ha sido reflexionado en diferentes sentencias de la Corte Constitucional de Colombia. En la Sentencia T-291 de 2016, la corporación señala que esta noción ha sido concebida como una manifestación de la dignidad humana. En palabras de la Corte: “La dignidad humana puede ser entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características” (Sentencia T-291 de 2016). En ese orden de ideas, el actuar del médico ha de ajustarse conforme al respeto por la dignidad de sus pacientes, por lo que debe respetar su autonomía.

Otra sentencia, entre las múltiples existentes, que aporta a la delimitación jurídica de los conceptos de autonomía y dignidad humana es la T-190 de 2010. En esta providencia la Corte señala que la dignidad humana debe salvaguardarse, incluso en las personas que están reclusas por haber sido condenadas por algún delito. Esto se hace evidente, y se relaciona con el derecho a la salud y a un trato digno, en la medida en que la corporación otorga a un recluso la cita con un especialista que puede realizar el tratamiento que este requiere. La Corte Constitucional declara que, en cuanto a las personas que se encuentran reclusas, limitadas y restringidas en sus derechos, la aplicación de la salvaguarda a la dignidad humana se hace fundamental, “(...) más tratándose del derecho a la salud por cuanto su afectación trae consigo la imposibilidad de llevar una vida digna, inherente al ser humano” (Sentencia T-190 de 2010).

Responsabilidad ética de los médicos en Colombia

Teniendo en cuenta que el tema central de este artículo está en los elementos éticos de la responsabilidad médica, es necesario que, al respecto, se dedique a este asunto un segmento aparte dentro del temario desarrollado hasta aquí. Vale la pena, entonces, iniciar con una descripción legal de lo que se entiende por ética médica en el ordenamiento jurídico colombiano. En materia ética, la ley que,

actualmente, rige la conducta de los médicos en Colombia es un código deontológico sancionado en el año de 1981. Es decir, que fue promulgado un decenio antes de la configuración del Estado Social de Derecho en el que se garantizan una serie de Derechos Fundamentales, dentro de los que se incluye el de la Salud. La Constitución de 1991 cambió la forma en la que los servicios de salud eran concebidos. Después de su entrada en vigencia, la salud de los colombianos debía ser garantizada por el Estado porque se trata de un derecho inherente a la persona. Ahora bien, a pesar de la diferencia cronológica que existen entre la Ley 23 de 1981 y la Constitución de 1991 es importante resaltar que no existe incompatibilidad entre sus principios. Esta compatibilidad ha sido notoria no solo al comparar los principios consignados tanto en una norma como en otra, sino también en las providencias de la Corte Constitucional en lo atinente a la ética médica y al papel de los tribunales especializados en la materia. Es en estas sentencias y en las normas mencionadas donde se pueden encontrar los elementos que configuran la responsabilidad ética de los médicos toda vez que en estas se evidencia, en la práctica, cuál ha sido la interpretación de los principios éticos que rigen la profesión.

La Corte Constitucional se ha referido a la conducta de los médicos, en términos éticos, en diversas sentencias (T-151 de 1996, C-264 de 1996, C-116 de 1999, T-533 de 1992, T-452 de 2010, T-1131 de 2004 y T-560A de 2007, entre otras).

Esto es así, dado que a esta corporación le compete salvaguardar los derechos consagrados en la Constitución Política de 1991. De esta forma se encuentra consagrado en su articulado: “A la Corte Constitucional se le confía la guarda de la integridad y la supremacía de Constitución” (C.P.C, 1991, artículo 241). En ese sentido, la corporación se ha manifestado respecto del derecho a la salud (en el cual los médicos juegan un papel fundamental) que este implica la garantía real a gozar de un estado físico, mental, emocional y social que permita al ser humano desarrollar en forma digna y al máximo sus potencialidades, en bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general (Ariza, 2013). Esto quiere decir, en palabras de la Corte Constitucional, que: “(...) el derecho a la vida no solo implica para su titular el hallarse protegido contra cualquier tipo de injusticia, sea esta de índole particular o institucional, sino además tener la posibilidad de poseer todos aquellos medios

sociales y económicos que le permitan a la persona vivir conforme a su propia dignidad. (Sentencia T-102 de 1993).

Adicionalmente, la corporación ha expresado que este derecho es fundamental (Sentencia T- 597 de 1993) y autónomo (Sentencia T-760 de 2008), lo que quiere decir, por un lado, que se trata de un derecho que es inherente al ser humano y, por el otro, que no es fundamental por conexidad con el derecho a la vida o a la dignidad, sino por su valor intrínseco para la humanidad. Ahora bien, el derecho a la salud, visto como fundamental y autónomo, exige de los profesionales que prestan estos servicios un comportamiento específico. Las normas que regulan la conducta del personal médico, como se mencionó, se encuentran consignadas en la Ley 23 de 1981. Estas se han interpretado a la luz de los principios constitucionales de 1991 y son vigiladas por una entidad especializada en casos relacionados con la ética médica. Se trata de los tribunales de Ética Médica. En este sentido, la Corte Constitucional también se ha ocupado de delimitar la competencia de estos tribunales. Para la corporación, la función de dichas entidades es vigilar que la actividad médica “(...) sea ejercida atendiendo a criterios éticos útiles para censurar comportamientos indeseables o reprochables descritos en la Ley, en beneficio de los pacientes, del personal subalterno y paramédico, de los colegas médicos, de las entidades e instituciones vinculadas a la prestación de los servicios médicos” (Sentencia C-620 de 2008). La conducta del personal médico debe armonizarse, como ya se afirmó, con el carácter social del Estado, y los tribunales de ética deben actuar: “(...) en favor del interés general representado por la sociedad, además de contribuir a la salvaguarda del buen nombre, del prestigio profesional y de la responsabilidad de quienes ejercen la medicina” (Sentencia C-620 de 2008).

En la actualidad, los tribunales de ética médica son las entidades encargadas de, en cierta medida, permitir que el ejercicio de la ciencia médica se auto-regule (Restrepo, 2012). Con la actuación de estos tribunales se busca la aplicación de las normas consagradas en el código deontológico. Estos códigos, según aprecia Vera (2015) “(...) han ofrecido garantías a la sociedad; han reforzado la medicina científica; han suavizado los conflictos entre los profesionales médicos y han fomentado sus legítimos intereses. Han servido de ennoblecerla y motivarla éticamente”. Quienes juzgan las actuaciones de estos

profesionales son pares, los cuales velan porque la maestría y la dignidad del ejercicio médico se mantenga (Bernate, 2008). El ordenamiento jurídico colombiano ha considerado que estos profesionales, por las características humanistas y por los fines altruistas que persigue su labor, están en capacidad de valorar y sopesar cada acto que pueda poner en tela de juicio la nobleza del arte.

En Colombia son los tribunales los encargados de establecer cómo se configura la responsabilidad ética del personal médico de instituciones sanitarias estatales, por los daños causados a pacientes. Sus veredictos están orientados por los principios y normas contenidas en la Ley 23 de 1981 y en la Constitución.

Dentro de los tópicos más frecuentes en las sentencias de la Corte Constitucional frente a la conducta ética de los médicos se encuentran, el consentimiento informado (fundamento de la relación médico-paciente), el secreto profesional y el proceso ético-disciplinario (Flechas & Merizalde, 2003). Ante estos problemas, la corporación ha desarrollado una serie de reflexiones axiológicas y normativas que deben guiar la conducta de los galenos y que permiten comprender el régimen ético-disciplinario que los cobija. Para esto, ha requerido tener presente la influencia de la ciencia y la tecnología en la vida contemporánea mientras realiza una revisión de la compatibilidad entre las normas vigentes (principalmente el Código de Ética Médica) y los principios constitucionales. En palabras de Flechas y Merizalde (2003), la “(...) Corte Constitucional se ha visto en la obligación de hacer una reflexión sobre los valores y las normas que guían el actuar humano, la intervención de la ciencia y la tecnología en la vida misma” (p.7) Dicha reflexión fue realizada “Sin entrar a determinar cuestiones médicas y científicas, por cuanto su conocimiento corresponde de manera privativa a los profesionales de la medicina y cuyos conflictos deben ser dirimidos en una instancia especial denominada Tribunal Nacional de Ética Médica” (Flechas & Merizalde, 2003, p. 7).

Con lo anterior en mente, es posible comprender la forma en la que la Corte Constitucional aborda los tópicos problemáticos antes mencionados. La autonomía, que hace referencia “(...) a la libertad que tiene una persona para establecer sus normas personales de conducta, es decir, la facultad para gobernarse a sí misma, basada en su propio

sistema de valores y principios” (Sentencia C- 264 de 1996). Razón por la cual, “(...) si los valores morales del paciente entran directamente en conflicto con los valores de la medicina, la responsabilidad fundamental del médico es respetar y facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones acerca de su salud” (Sentencia C-264 de 1996). Esta argumentación proviene de la interpretación que ha realizado la corporación de este principio en el contexto constitucional configurado en los artículos 13, 16 y 18 de la Constitución Política. Este principio también se encuentra desarrollado, según valora la Corte Constitucional, en la Ley 23 de 1981; particularmente, en los artículos 4, 8, 15 y 20.

El principio de autonomía, como valor ulterior del Estado colombiano, obliga a los médicos a conducirse, como profesionales y servidores públicos, reconociendo que los pacientes tienen derecho a decidir sobre su salud, a pesar que su decisión sea contraria a la del galeno. Para evitar que los pacientes sean vulnerados en su autonomía y que los galenos ejerzan su profesión basados en un paternalismo actualmente proscrito se exige, en la Ley 23 de 1981, la implementación de la figura del consentimiento informado y de la historia clínica (como prueba documental por excelencia).

En cuanto al consentimiento informado, la Corte Constitucional ha determinado que este debe tener ciertos requisitos, generales y particulares. En términos generales, el consentimiento debe ser libre e informado. Es decir, que el paciente ha de estar facultado y protegido para tomar decisiones sobre su salud sin que medie coacción o engaño alguno. La decisión debe ser el resultado de una deliberación en la que el paciente cuente con información. Es así que, en términos particulares, el consentimiento informado: “(...) debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el enfermo pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento” (Sentencia C-401 de 1994). Esto se debe a que, “Toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida. Esta posibilidad es una manifestación del principio general de libertad, consagrado en la Carta de derechos como uno de los postulados esenciales del ordenamiento político

constitucional” (Sentencia C-401 de 1994). Ahora bien, el principio de autonomía se debe respetar incluso en los procedimientos menos notorios, dolorosos o aparatosos (Mendoza & Herrera, 2017). No obstante, como ha señalado la Corte, existen tres acosas en los cuales no se exige el consentimiento informado: “(...) cuando el estado mental del paciente no es normal, cuando el paciente se encuentra en estado de inconsciencia, cuando el paciente es menor de edad” (Sentencia C-264 de 1996). En cuanto al Código de Ética Médica, se puede afirmar que contiene la definición y los requisitos que debe cumplir el consentimiento informado. Así, en el artículo 14, hace referencia al consentimiento del paciente de la forma que sigue: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente” (Ley 23, 1981, artículo 15).

Además, este código impone una serie de criterios que permiten determinar la validez del consentimiento informado dentro de los procesos en los que se ponga en tela de juicio la aplicación de este. En ese sentido, el consentimiento informado, para que cumpla con los requisitos de ley, debe contar con los siguientes parámetros: una explicación detallada, comprensible, utilizando el lenguaje apropiado para el paciente, y clara sobre el tratamiento; haciendo hincapié en la teleología de la intervención, una descripción de los beneficios que se pueden esperar del tratamiento sugerido. Una explicación de los riesgos más significativos asociados con el procedimiento, las recomendaciones del galeno, una explicación de las alternativas al tratamiento propuesto, incluyendo lo que ocurriría con la salud del paciente de no someterse a este y la aprobación del paciente y el documento donde consta lo anterior (Ministerio de Salud, 2010).

El secreto profesional, como deber del médico, también ha sido tema de discusión en las sentencias de la Corte Constitucional que se centran en la ética médica. La regulación nacional se desprende del mandato constitucional presente en el artículo 74 de la Carta Política. En este se establece, de manera puntual, que el “(...) secreto profesional es inviolable” (C.P.C. 1991, artículo 74). Razón por la cual, la Ley 23 de 1981,

en su primer artículo recoge los principios rectores que el profesional de la medicina debe cumplir. Indica que, en suma, los principios que rigen la profesión médica no se apartan de los: “(...) que regulan la de otros miembros de la sociedad. Se distinguen si por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas. La presente Ley comprende el conjunto de normas permanentes sobre ética médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia”. (Ley 23, 1981, artículo 1, Numeral 10)

El secreto médico, según la Ley en mención, se define como la obligación que recae sobre el personal médico de no revelar información adquirida durante su relación con el paciente. Puntualmente, se entiende por secreto médico “(...) aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales” (Ley 23, 1981, artículo 37).

La Corte Constitucional, por su parte, en la Sentencia C- 264 de 1996, estudió la constitucionalidad de los artículos 37 y 38 de la Ley 23 de 1981 que regulan el concepto y las excepciones del secreto profesional médico. Así, determinó que la norma demandada estaba pensada conforme a la Constitución indicando que, en algunos casos, revelar información sobre su paciente no significa una violación a este precepto, sino “(...) el cumplimiento del deber mínimo de información al cual está obligado con el objeto de garantizar que de su parte pueda darse un grado adecuado de conocimiento informado” (Sentencia C- 264 de 1996).

Con esto se problematiza la cuestión de si el secreto profesional es absoluto o relativo. La resolución a este debate la ofrece la Corte señalando los casos en los que es posible revelar información que podría considerarse confidencial o de dominio estrictamente profesional. Por ejemplo, cuando no es posible obtener el consentimiento del paciente, dado su “(...) estado mental anormal, inconsciencia o minoridad” (Sentencia C- 264 de 1996). En estos casos “(...) la revelación a los familiares se torna necesaria para proteger la salud y la vida del paciente” (Sentencia C- 264 de 1996).

Otro tópico importante que ha sido tratado por la Corte Constitucional en pro de esclarecer cuáles son los elementos que configuran la responsabilidad ética de los médicos en Colombia es la importancia del Tribunal Nacional de Ética Médica. Para la Corte, la creación de Tribunal Nacional de Ética Médica, “(...) surge de la necesidad que tienen todas las personas que se ven afectadas por esta profesión de dirimir sus controversias” (Sentencia C-215 de 1999). En ese sentido, dichos tribunales cumplen con la función de ejercer control disciplinario partiendo de los preceptos y principios que sostienen la profesión (Flechas & Merizalde, 2003). Estos tribunales son dirigidos por médicos, lo que sugiere que se pretende “(...) salvaguardar el adecuado manejo de las relaciones entre aquéllos y sus pacientes, sus colegas, la sociedad y el Estado” (Flechas & Merizalde, 2003, p. 34). Se trata pues, de salvaguardar el ejercicio de profesión “desde adentro” (Flechas & Merizalde, 2003)

Así pues, en conclusión, es a partir de la violación a los principios (presentes en la doctrina y en el código de ética médica vigente) que regulan la conducta de los médicos que se determina la responsabilidad ética. La violación del principio de beneficencia se presenta cuando el galeno incurre en conductas como la inducción y la asistencia al suicidio. Ningún médico debería recomendar el suicidio o suministrar veneno alguno. Esto ha estado proscrito desde el Juramento Hipocrático y perdura hasta la actualidad en el Código de Ética Médica. El principio de no maleficencia también se puede ver conculcado cuando el galeno suministra, de manera consciente, alguna sustancia nociva para el paciente, esto con el ánimo de causarle un daño, como ocurre en el homicidio doloso. También se puede señalar que, un desconocimiento del principio de justicia, en la actividad médica, puede acontecer cuando el galeno se rehúsa a prestar atención médica a un paciente porque se trata de un delincuente que ha sido herido luego de asesinar a un inocente. Adicionalmente, el principio de autonomía puede violentarse por parte del médico de diversas formas; por ejemplo, absteniéndose de realizar un consentimiento informado que cumpla con los requisitos de ley o rompiendo con el secreto profesional.

Aspectos procesales

El proceso que se debe adelantar para hacer efectiva la sanción a un médico por faltas a la ética médica se encuentra en la Ley 23 de 1981. Particularmente, en el Capítulo II, donde se establecen las normas procesales en la materia. En el artículo 74 del Código en mención se establece quiénes pueden instaurar un proceso disciplinario ético-profesional contra un galeno, saber: “a) De oficio, cuando por conocimiento cualesquiera de los miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente ley y b) Por solicitud de una entidad pública o privada o de cualquier persona” (Ley 23, 1981, artículo 74). Adicionalmente, se indica, como requisito *Sine Qua Non* la anexión de, al menos, una prueba sumaria, es decir, una prueba que ofrezca la certeza de la ocurrencia o existencia del hecho, pero que no haya sido controvertida, ni discutida. Un ejemplo de este tipo de pruebas son las declaraciones de los testigos.

Ahora bien, una vez aceptada la denuncia, es el presidente del Tribunal el encargado de asignar el caso a uno de los miembros de dicha entidad “... para que se instruya el proceso disciplinario y presente sus conclusiones dentro de un término no superior a quince días hábiles” (Ley 23, 1981, artículo 75). Este término puede considerarse escaso teniendo en cuenta que en muchos casos es difícil determinar hasta dónde la ética del profesional se ha visto involucrada, pues existen conductas que pueden ser consideradas inapropiadas, pero que son sutiles: como una palabra ofensiva o una idea suicida perfectamente comprensible, aunque camuflada. Frente a esto, la misma ley resuelve que, en ciertos casos, los miembros del Tribunal prorroguen este plazo mientras se aclaran ciertos hechos. Dicha prorroga no puede ser superior a quince (15) días hábiles, tal como se indica de la manera que sigue: “Cuando la naturaleza del asunto así lo exija, el instructor podrá solicitar al Tribunal la ampliación del término señalado para presentar el informe de conclusiones. En tales casos la prórroga que se conceda no podrá exceder de quince días hábiles” (Ley 23, 1981, Artículo 78). En los quince (15) días mencionados se debe decidir si el contenido de la denuncia presta mérito para establecer una presunción de conculcación de ciertas normas. En palabras del Código de Ética Médica: “Si en concepto del presidente del Tribunal o del profesional instructor, el

contenido de la denuncia permite establecer la presunción de violación de normas de carácter penal, civil o administrativo, simultáneamente con la instrucción del proceso disciplinario, los hechos se pondrán en conocimiento de la autoridad competente”. (artículo 76)

Los médicos, que también son funcionarios, pueden enfrentar, por un mismo caso y al mismo tiempo, procesos penales, civiles y disciplinarios. En lo relacionado con la responsabilidad penal o la responsabilidad civil, en muchos casos, es obligatoria la representación de un abogado. No obstante, en términos disciplinarios, como bien lo señala la Ley 23 de 1981, es opcional este tipo de asistencia legal. Así pues, “En todos los casos en que el profesional instructor o el profesional acusado lo consideren indispensable o conveniente, podrán asesorarse de abogados titulados” (Ley 23, 1981, artículo 77).

Cumplidos los términos, el Tribunal debe revisar el informe proferido por el miembro encargado del caso y, estando en pleno, se reflexionará sobre este “(...) dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su presentación, y podrá, si lo considera conveniente, solicitar la ampliación del informativo señalando término para los efectos, el cual en ningún caso podrá ser superior a quince días”.

Ahora bien, una vez se estudia y evalúa, por parte del Tribunal en pleno el informe, es posible que la decisión se presente en dos sentidos. Por un lado, la entidad puede establecer que no hay mérito para formular cargos por violación de la ética médica en contra del profesional acusado” (Ley 23, 1981, artículo 80, literal a). Con lo cual, el proceso queda archivado y el profesional no podrá ser sancionado. Por el otro lado, el Tribunal puede declarar que, efectivamente, “(...) existe mérito para formular cargos por violación de la ética médica, caso en el cual, por escrito, se le hará saber así al profesional inculpa-do, señalando claramente los actos que se le imputan y fijando fecha y hora para que el Tribunal en pleno lo escuche en diligencia de descargos”. (Ley 23, 1981, artículo 80, literal a).

En ese sentido, el profesional deberá dar cuenta de la conformidad de su conducta con los principios de la ética médica so pena de ser sancionado.

Así, si se le denuncia, por ejemplo, por no cumplir con el requisito del consentimiento informado y violar el principio de autonomía, el galeno deberá demostrar que en su actuar consideró ofrecer la información completa, detallada y comprensible (para su interlocutor) sobre el procedimiento y sus riesgos para la salud del paciente (Levinson, 1997). Para presentar su defensa, en la diligencia de descargos, el galeno no puede ser citado antes de diez (10) días hábiles, pero tampoco después de veinte (20), este plazo, contado siempre “(...) a partir de la fecha de recibo de la comunicación en la cual se señalan los cargos, salvo en los casos de fuerza mayor” (Ley 23,1981, artículo 80, parágrafo).

Una vez se realiza la diligencia de descargos, el Tribunal de Ética Médica está en la capacidad de solicitar cualquier tipo de información adicional que considere no fue adjuntada en el informe a pesar de ser relevante. Para la recolección de la información requerida como adición los encargados cuentan con quince (15) días hábiles. Además, “(...) podrá pronunciarse de fondo dentro del mismo término, en sesión distinta a la realizada para escuchar los descargos”. (Ley 23, 1981, artículo 81).

Conclusiones

La ética médica se entiende, en la actualidad, como el conjunto de “(...) normas de comportamiento adecuado, bueno o correcto, en el campo de la atención al hombre enfermo, como ente concreto” (Rojas y Lara, 2014, p. 10). Esta se encuentra sustentada en ciertos principios que han soportado la prueba del tiempo, particularmente, aquellos que están presentes como guía de la conducta médica desde el Juramento Hipocrático. Se trata de los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia e igualdad. El enfoque dado a cada uno de estos principios ha variado según la época histórica (como se describió en el aparte sobre los aspectos históricos). De esto se pudo concluir que, no se entiende el principio de justicia de igual forma en la Antigüedad que en la Edad Media (Bustillo, 2014, Mendoza & Herrera, 2017), pues en la primera época este está asociado a tratar de igual manera a todos los ciudadanos por el hecho de pertenecer a la Polis; mientras que el médico del medioevo entendía la justicia desde un marco de referencia teológico, lo que implicaba que esta solo proviniera de Dios. Era precisamente Dios quien encargaba a los médicos a diferenciar su trato, en términos

de asistencia en salud, entre los pobres y los clérigos, señores feudales y miembros de la realeza.

Otra conclusión que se extrae de la descripción histórica de la ética médica en occidente es que, en concordancia con algunos de los autores referenciados, como es el caso de Bustillo (2014) y Mendoza y Herrera (2017), fue en el siglo XX que surgió el principio de autonomía, el cual marca la diferencia entre la ética médica tradicional y la naciente bioética (Figueroa, 2017).

La inclusión del principio de autonomía en la reflexión sobre los actos médicos y sus consecuencias morales fue determinante para la formación de los diferentes tipos de responsabilidad de estos profesionales en Colombia. La responsabilidad civil, al igual que la penal y la disciplinaria surgen, en el campo de la medicina, cuando el profesional viola alguno de estos principios, incluido, por supuesto, el principio de autonomía. Los tipos de responsabilidad en los que pueden incurrir los galenos en Colombia son tres: civil, penal y disciplinaria o ética. Esto quiere decir que, la actividad médica está regulada teniendo en cuenta las dimensiones que esta puede afectar, no solo sobre la persona que sufre un daño derivado de un acto médico y sus familiares (civil o penalmente), sino también en relación con sus funciones como servidor público (disciplinariamente), con la sociedad y con sus colegas (éticamente).

En cuanto a la posición asumida por la Corte Constitucional respecto de la competencia y el ejercicio de los tribunales de Ética Médica se puede afirmar que esta entidad ha prestado especial atención, como es su deber, a la constitucionalidad del articulado que compone el Código Deontológico de los médicos en Colombia. Ha interpretado los principios de la ética médica, presentes en la Ley 23 de 1981, partiendo de los preceptos constitucionales. Particularmente, se ha ocupado de artículos relacionados con el consentimiento informado (vinculado con el principio de autonomía), el secreto profesional (principio de no maleficencia), la función de los tribunales de ética (relacionada con el principio de justicia) y el respeto por la dignidad humana en cuanto a su etnia, género, edad, ideología (relacionado con el principio de beneficencia) al promover el bien, lo beneficioso para el sujeto (principio de beneficencia). De esto se colige que, la posición de la Corte,

en términos generales, es hacia la protección de la relación médico paciente en un entorno normativo fuerte que evite, en la medida de lo posible, las controversias asociadas con la conducta del galeno. La tendencia ha sido favorable al reconocimiento de los derechos de los pacientes y de los principios de la ética médica como criterio para la configuración de la responsabilidad ética de estos profesionales.

Referente a los aspectos procesales, se identifica que existen una serie de críticas razonables a dos aspectos medulares (los tiempos y el juzgamiento por parte de colegas). Por un lado, se puede afirmar que, en relación a los términos (15 días en la mayoría de las actuaciones) estos son susceptibles de ser insuficientes en ciertos casos. Muchas de las actuaciones por las que un galeno puede ser investigado en virtud de una falta a la ética médica suceden en el seno de un consultorio, donde solo se encuentran el médico y el paciente. Determinar las faltas éticas que ocurren en el secreto de la consulta médica puede tomar mucho más del tiempo estimado por la norma, con lo cual, estos límites benefician al acusado sobre la base del principio jurídico *in dubio pro reo*.

Por otro lado, el hecho de que los magistrados competentes para juzgar este tipo de casos sean médicos hace temer por la ocurrencia del fenómeno conocido como *colegaje*. Se trata de una suerte de sesgo que aparece cuando un grupo de profesionales tiene la obligación de juzgar a uno de sus miembros quien ha sido apreciado y reconocido por ciertos logros. El hecho en mención suscita un dilema, toda vez que es necesario que sea un galeno el que juzgue la actuación de un médico, pues solo este está capacitado para comprender ciertos avatares del ejercicio profesional y, por ende, determinar la existencia de una falta. Sin embargo, los afectos, el agradecimiento y la obligación de cooperación con los colegas pueden limitar la objetividad en los enjuiciamientos en materia ética.

Los elementos que configuran la responsabilidad ética de los médicos en Colombia se encuentran en las faltas a los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, igualdad y autonomía. Es claro que actualmente predomina hacer lo correcto para terceros por encima de lo bueno de forma integral para los pacientes, el profesional médico colombiano perdería su autonomía y se dejaría influenciar de forma indebida e inapropiada por personas externas como directivos de

Empresas Prestadoras de Salud, dejando atrás la base de la ética que es el deber del médico hacia su paciente, ya que al laborar en instituciones públicas encuentra un conflicto entre los deberes éticos y el utilitarismo institucional el cual antepone el criterio de costo/beneficio, alterando así la relación médico/paciente responsable, donde este último continua en la condición de incapacidad que tradicionalmente ha tenido; además aunque haya un aumento de la cobertura de aseguramiento por parte de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud, la población experimenta barreras de acceso relacionadas con la búsqueda y continuidad del tratamiento, las características sociales de la población y los mecanismos de restricción de costos, ya que la búsqueda de rentabilidad financiera está por encima de los criterios clínicos y de la necesidad de los usuarios, siendo el personal médico al que le toca tratar no solo la patología del paciente sino su inconformidad administrativa traducidas en sobrecarga laboral y exigencia creciente de labores administrativas. Cada una de las conductas que son consideradas sancionables o reprochables en el Código de Ética Médica, tienen esa calidad en tanto lo que se busca es proteger la relación médico-paciente orientada por los principios mencionados.

Referencias bibliográficas

- Acosta, M. y Deik, C. (2010). Responsabilidad Médica: elementos, naturaleza y carga de la prueba. *Revista de Derecho Privado*. No 43. Junio. pp. 3-26. Universidad de Los Andes. Bogotá.
- Amaya, F. (2018). *Responsabilidad penal por el ejercicio de la profesión médica en Colombia*. Manizales: Universidad Católica. Facultad de Derecho.
- Aristóteles. (2002) *Ética a Nicómaco*. Barcelona: Gredos.
- Ariza, A. (2013). La responsabilidad médica como actividad peligrosa: análisis de caso en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de Colombia. *Vniversitas*. Bogotá (Colombia) No 126. Pp. 15-37. Enero-junio.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bernate, F. (2008). Responsabilidad penal médica, trabajo en equipo y principio de confianza. *Revista Prolegómenos*. Bogotá.

- Bustillo, M. (2014). Autonomía, ética y medicina. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Departamento de Ginecología y Obstetricia. *RevMed. Hondur.* Vol. 82, No. 2.
- Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Civil. (2005). Expediente: No. 0829-92. Expedida el 29 de abril de 2005.
- Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. (2010). Expediente 4700131030032005-00611-01. Expedida el 26 de agosto.
- Figueroa, G. (2017). Bioética de género en medicina: fundamentos y desafíos. *Acta bioeth.* Vol. 23 no.1 Santiago de Chile.
- Flechas, C., Merizalde, C. (2003). *La ética médica en la jurisprudencia de la Corte Constitucional.* Bogotá: Universidad de la Sabana. Facultad de Derecho.
- Foucault, M. (2003). *Historia de la Sexualidad - 3: la inquietud de sí.* Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica.* Buenos Aires: Siglo XXI.
- García, L. Arrízobologo, J. (2000). *El médico en la Edad Media.* Biblioteca virtual Miguel de Cervantes.
- Hipócrates. (460. A.C). Juramento Hipocrático.
- Kant, E. (2003). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Lain, P. (1978). *Historia de la medicina.* Barcelona: Salvat Editores. Biblioteca Médica de Bolsillo.
- León, J. (2009). *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social.* Medellín: Acta Bioética.
- Levinson, M. (1997). *La comunicación médico paciente: relación con las demandas por mala praxis en los médicos de atención primaria y los cirujanos.* Bogotá: Editorial Espasa.
- López, J. (2013). La responsabilidad médica del Estado o de los prestadores en salud privados derivada de prótesis mamarias defectuosas. *Revista Prolegómenos Derechos y Valores.* pp. 131-153.

- Mazeaud, H. y Mazeaud, L. (1977). *Tratado Teórico y Práctico de la Responsabilidad Civil y Contractual*. Buenos Aires Ed. Jurídicas Europa-América.
- Melero, J. (2010). *A vueltas con la Teodicea*. La Mancha, España: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Mendoza, J. Herrera, L. (2017). El consentimiento informado en Colombia. Un análisis comparativo del proyecto de ley 24 de 2015 con el código vigente y otros códigos de ética. *Rev. CES Derecho*. Vol 8. No. 1. pp. 156-171.
- Ministerio de Salud. (2010). Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado. Paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá.
- Monge. L. (2016). La dignidad de la persona humana y el consentimiento informado. Universidad de Lima. *Revista de la Facultad de Derecho. Jus et Praxis*. Lima.
- Murillo, M. (2010). La responsabilidad penal médica: cuestión de ética o de derecho. *Derecho y Realidad* No. 15. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. UPTC.
- Ordóñez, P. (2010). *Responsabilidad civil por actividades peligrosas. Actualidad de las teorías subjetiva y objetiva*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Jurídicas. Departamento de Derecho Privado.
- Otero, E. (2006). Colegaje: Hermandad, Cofradía o Encubrimiento Académico. *Revista MEDICINA*. Vol. 28 No. 4. Diciembre. pp. 133-43.
- Patiño, H. (2011). Las causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual. ¿Por qué y cómo impiden la declaratoria de responsabilidad? Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado. *Revista de Derecho Privado*. No. 20. Enero-junio. pp. 371, 398.
- Patiño, J. (2005). El juramento hipocrático. *Revista Colombiana*. Abril-Junio.
- Restrepo, J. (2012). *Una mirada en lo ético disciplinario y en la investigación administrativa. Los tribunales de ética médica y el acto médico*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Restrepo, N. (2015). *Tendencia de las demandas por responsabilidad médica radicadas en el CENDES entre el 2010 y el 2014*. Especialización en

valoración del daño corporal – Cohorte 9. Posgrado de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad CES. Medellín.

Rojas, A., Lara, L. (2014). ¿Ética, bioética o ética médica? *Rev. chil. enferm. respir.* vol.30 no.2. Santiago de Chile.

Terés, J. (2014). Medicina y Bioética: ¿Qué significa ser un buen médico? *Rev. Bioética y Derecho.* No.32. Barcelona.

Torres, J. (2011). La transformación de la ética médica. *Revista Historia y Humanidades.* Sanid. mil. Vol. 67, No. 2. pp. 131-134.

Vera, O. (2013). Educación médica continúa. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Revista médica La Paz.* La paz. Bolivia.

Vera, O. (2015). El código de ética en medicina. *Rev. Méd.* vol.21 no.2 La Paz, Bolivia.

Vera, O. (2017). La enseñanza de la ética y bioética en las facultades de medicina. *Rev. Méd.* v.23 n.1. La Paz, Bolivia.