



Colegaje: Hermandad, Cofradía o Encubrimiento

Academico Efraim Otero-Ruiz¹

(“La ternura administrada con firmeza, la condescendencia con autoridad, es uno de los deberes primordiales del ejercicio médico”).
Sir Thomas Percival, 1803)

Por provenir el desafiante título de esta Conferencia de un selecto grupo de colegas de Cali he resuelto aceptar esta invitación y medirmele a la difícil tarea de desenredar ante ustedes, a quienes admiro y aprecio, estos tres términos, ya de por sí sarcásticos y que, al solo enunciarse, podrían ser tomados por los zafios como un insulto o una provocación. Pero estamos en 2006 y ya los médicos colombianos parecemos estar inmunes a todos los calificativos con que se trata de disminuirnos o desprofesionalizarnos. Por acción de las burocracias económicas que rigen hoy en Colombia y el mundo ya no somos médicos sino “proveedores o dispensadores de salud” y no tenemos pacientes sino “clientes o usuarios”. Por eso resulta inocuo el que se nos trate de agrupar como hermanos, cofrades o encubridores, bien sea en grupos, asociaciones o tendencias individuales o, como en el Alcaide de Zalamea, **“todos a una, Señor”**. La pregunta, disimulada en la encuesta del título, se sigue basando en el interrogante del siglo de oro: **¿Quién mató al Comendador?** Y la tarea, inmerecidamente colocada en la fuenteovejúnica boca de este servidor de ustedes, es tratar de responder: **¿Por qué lo hacemos?**

Por eso agradezco que se me haya designado para hablar hoy sin tener otro mérito que una larga vida profesional dedicada a la reflexión, ya sea historiando o escribiendo sobre diversos temas, dirigiendo revistas o publicaciones o estudiando derecho penal junto a ética médica y bioética para poder dirimir los complejos

casos que nos llegan al Tribunal Nacional como último recurso de apelación. Ya que además, en mis 10 años como Presidente de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina, he tenido buenos filones para entresacar ejemplos y ver si un día podrían aplicarse a la orientación o al comportamiento de las nuevas generaciones. Creo que con ello puedo contribuir con mi grano de arena a los objetivos de este Seminario.

Para efectos de las hermandades o cofradías, tendríamos que dividir la historia médica del mundo en varias etapas:

- a. Una, que va de los chinos, los asirios y los egipcios, los griegos y los romanos hasta la Edad Media, en que 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 más pudientes, arriesgando la mutilación o la ejecución por sus desaciertos. Como protección contra éstas nacen quizás los primeros intentos de cofradización o de hermandad que, por puro blindaje ante la agresión, llevan como componente intrínseco cierto encubrimiento. En Asiria y Babilonia (1) el ejercicio de la medicina fue confiado a una casta de profesionales, según algunos sellos de médicos que se han conservado. El cirujano, generalmente un esclavo, era considerado como perteneciente a una casta inferior a la del médico y dependiente de él. Todos sabemos que el código

¹ Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica. Conferencia pronunciada en el Simposio de Ética Médica y Bioética, Centro Médico Imbanaco, Cali, Septiembre 1º, 2006.

de Hammurabi, escrito en cuneiforme hace 4000 años, establece el primer y más severo código deontológico (hoy se llamaría de sanciones a la "mala práctica"), que hace pagar los errores del médico con severos castigos. Pero ya desde entonces establece la diferencia de clases en el mismo gremio, no solo por jerarquía¹ sino también en términos salariales.

Los tratadistas se atreven a sugerir que no infrecuentemente se encubrirían entre sí los esclavos verdaderos de los libertos, y los médicos con sus esclavos-cirujanos para escapar así de las sanciones o variar sus emolumentos.(2) Las primeras pruebas atinentes al sinuoso título de esta conferencia se revelan, pues, en las tablillas cuneiformes de Ninive y Babilonia, hace 40 siglos. Por el papiro de Edwin Smith de los egipcios –cuyos orígenes se remontan al 3000 antes de Cristo- se sabe también que "en una época tan remota existían ya escuelas de médicos prácticos versados en la cirugía, independientes de las castas sacerdotales y ciertamente no ignorantes de conocimientos anatómicos". Ese hecho de los médicos-esclavos se repite también a lo largo de la medicina griega, incluyendo los sanadores de los templos de Esculapio y los empíricos de Alejandría (4), aunque los más brillantes de ellos logran hacerse libertos y descolgar con luz propia. Todos formaban implícita o explícitamente las primeras hermandades o cofradías a través de escuelas que transmitían el conocimiento y hacían que profesores y alumnos se respetaran entre sí, como reza a todas luces el juramento hipocrático. Desafortunadamente esa esclavitud se mantiene hasta las postrimerías del imperio romano en el que, curiosamente, los médicos griegos, de donde salieron las ideas, eran los esclavos de los romanos, dueños de la economía. Será que el parecido con los tiempos actuales es mera casualidad?

Ya en las postrimerías del imperio romano vuelven a surgir en forma oficial las asociaciones, para distinguir a los verdaderos médicos de los charlatanes. En el siglo II d.C. (3), se toman los primeros pasos para la licenciatura, cuando los considerables privilegios concedidos a los médicos tienen que restringirse a un grupo limitado de los mismos, los cuales deberían solicitarlos haciendo que se les aprobaran sus credenciales: las leyes se harán más estrictas durante el reinado

de Septimio Severo (215 a 222 d.C.) en que los médicos, mediante el pago de un emolumento, debían presentar un examen ante el *Collegium Archiatri* que los certificaba como *archiatri* o *valde docti*, expidiendo sus licencias.(4)

- b. En los siglos que van desde las invasiones de los bárbaros hasta la alta Edad Media el conocimiento médico se refugia en los árabes –que también forman sus propias asociaciones científico-religiosas- y, en el mundo occidental, en los conventos cristianos, todos ellos guardando muchos de los vestigios de las medicinas célsica y galénica. Sólo los monjes podían dispensar esos cuidados, la mayor parte empíricos, que se administraban por caridad o para ayudar al paciente a alcanzar una buena muerte y asegurar el cielo. Pero, como los mismos monjes debían utilizar los barberos, para que les afeitaran sus tonsuras y les practicasen sus sangrías (obligatorias con el ayuno en muchas de esas comunidades) y así lo hacía el pueblo en general, se va formando una agrupación de barberos-sangradores que, por obrar con las manos, se irán a llamar *cerusiae* o cirujanos. Entre el 1000 y el 1200 vuelve a surgir la casta de médicos privilegiados por los príncipes feudales, vestidos con opulentos ropajes, que se sentían indignos de practicar una sangría o abrir un absceso; por eso los barberos-cirujanos se irán agrupando como gremios o sindicatos (*guilds*, se dice en inglés) muy unidos que, primero en Inglaterra y luego en otros países de Europa son reconocidos y amparados por la Ley. Ello lleva también a la primera legislación sobre práctica médica promulgada por el rey normando Roger y ampliada después en el Sacro Imperio por Federico II de Hohenstaufen, leyes que regulan la práctica médica en gran detalle. Un fenómeno importante sucede entre el 1200 y el 1400, en la Edad Media, y es el surgimiento de las primeras escuelas médicas constituidas como tales, la primera de las cuales es la de Salerno, en Italia. Después seguirán las de París, Bolonia, Montpellier y otras que se disputan ese pionerismo. Las regulaciones de Federico II ya se refieren a que el examen para la licenciatura debe ser presentado ante "los maestros salernitanos" e imponen leyes contra el indebido ejercicio o "mala práctica" de la medicina. Los médicos y los barberos a su vez se defienden a través de sus uniones, sindicatos o cofradías, que los ayudan a demandar

¹ Así, "si un médico hace a alguien una grave herida con el cuchillo de bronce de las operaciones y lo mata, o bien abre con el mismo cuchillo un absceso y destruye el ojo, se le amputarán las manos. Si opera con el cuchillo de operaciones al esclavo de un hombre libre y lo mata, deberá compensar un esclavo con otro... Si destruye el ojo del esclavo, pagará la mitad del precio".

² Ej. "Si un médico cura un hueso roto o bien una viscera enferma, recibirá cinco siclos de plata. Si se trata de un esclavo liberto, éste pagará tres siclos de plata; pero si es un esclavo, el patrón de éste dará al médico dos siclos de plata".

en caso de que se incumplan sus honorarios. En esos siglos se inicia la interacción entre la Ley y la Medicina, que yace justamente en el meollo de lo que hoy tratamos.

Según Castiglione (1) "en Italia, a fines del 1400, encontramos ya una clase médica bien organizada con leyes que en todas partes regulan el ejercicio de la medicina, conminando con graves penas a los que no hayan sostenido primero un examen ante los cónsules del mismo arte". Son vigentes ya algunas normas deontológicas precisas. Así, al médico "se le prohibía hacer por sí solo un pronóstico grave y hasta reservado sobre la enfermedad de un cliente sin previa consulta obligatoria con otro colega y, finalmente, se infligía una multa de cuarenta *soldi* al médico que hablase mal de otro". (*O tempora, o mores*, como dirían los antiguos!).

c. La otra etapa va desde el Renacimiento hasta bien entrado el siglo XX y es consecuencia de la evolución progresiva del conocimiento médico, que Lain Entralgo (5) ha dividido en tres grandes eras: la anatomoclínica, -del Renacimiento al 1700-; la fisiopatológica, del siglo XVIII a la mitad del XIX; y la etiopatológica, que va desde la era bacteriológica hasta nuestros días. Pero fuera de la distinción entre médicos y cirujanos, que como hemos visto se remonta a la misma Edad Media, puede decirse que hasta bien entrado el siglo XX todo médico era generalista, es decir, debía saber de todo y proceder conforme. De ello emana nuestro título de "médico y cirujano" que, para muchos, es obsoleto y debiera abolirse. Aunque ya para la fundación de Johns Hopkins en Baltimore, a finales del XIX, se comienza a distinguir entre grandes cirujanos y grandes clínicos o internistas, y comienzan a definirse las grandes especialidades (gineco-obstetricia, anestesia, urología, neurocirugía, bacteriología) aunque las primeras agrupaciones de ciencias médicas y quirúrgicas como tales corresponderán a las Academias, sobre todo en Europa y en Iberoamérica. De ahí que las nuestras (la Nacional, la de Medellín, la de Cartagena) lleven todas más de 100 años de fundadas. Ellas agruparán inicialmente a los mejores depositarios del conocimiento médico en ciertas áreas los cuales, poco a poco, se irán denominando "especialistas", al tiempo que surgen las primeras publicaciones periódicas médicas, nacionales o internacionales, algunas de las cuales se irán orientando hacia áreas específicas del saber. Luego vendrán las sociedades (hoy llamadas asociaciones) científicas, siendo las de Cirugía y Radiología quizás las únicas fundadas en la primera mitad del siglo XX, pues todas las demás datan del medio siglo en adelante. Son tantas y tan diversas que en conjunto llegan a formar hoy otra asociación, la de sociedades científicas.

En los tiempos -ya remotos- del libre ejercicio de la medicina, la Federación Médica Colombiana y las sociedades se constituyeron en "filtros" voluntarios en que, una vez aceptado por sus méritos profesionales, el especialista se mantenía en contacto con sus pares e intercambiaba trabajos y conocimientos. Ellas, a su vez, de cierta manera "certificaban" al especialista y ayudaban a mantener su calidad no sólo profesional sino ética y deontológica. Cuando se implantó la reforma flexneriana de la educación médica (originada, sin lugar a duda, en esta bella ciudad de Cali y su prestigiosa universidad) se creó, a finales de los cincuentas, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) que se arrogó, como parecía natural en ese momento, la certificación de los especialistas provenientes del exterior o formados en las 8 o 10 universidades con que contaba el país en aquel entonces. Sin embargo, esa atribución le fue negada por memorable resolución del Consejo de Estado y como respuesta a esa especie de limbo jurídico en que muchos de aquellos quedaron (o quedamos) volvió a verse un resurgimiento de la Federación y las sociedades en las tres décadas siguientes, de los sesentas a los ochentas, cuyo reflejo persiste todavía. Era que, para muchos, una certificación oficial algo apresurada podría convertirse en una especie de "patente de corso" con la que se cubrirían muchos pseudo-especialistas. Pero las sociedades, la mayoría de ellas de altísima calidad científica, no tenían efecto legal o protector alguno; por eso, en las mismas décadas, surgió y tomó fuerza la asociación médica sindical (ASMEDAS) que se constituyó en defensor y representante gremial de los médicos generales o especialistas que a ella se acogieron. Era, *mutatis mutandi*, una situación análoga a la de los médicos de la Italia del 400, ¡excepto que aquí sí se permitía hablar mal de los colegas!

Pero, hablando con toda seriedad, indudablemente la reforma más importante de comienzos de esa década fue la creación, aprobación parlamentaria y promulgación de la Ley 23 de 1981 o Ley de Ética Médica, una de las primeras en Latinoamérica, surgida gracias a la labor tesonera de la Academia Nacional de Medicina y la Federación Médica Colombiana, obrando de consuno. Hombres de la talla de Camilo Casas, César Augusto Pantoja, Gonzalo Esguerra (hoy desaparecidos)) lo mismo que Juan Di Doménico y Hernando Groot (que afortunadamente aún nos acompañan) se reunieron varios años a pensar y estructurar esa Ley, cuando apenas comenzaban a conocerse en el mundo los trabajos de Van Rensselaer Potter, Pellegrino y Varga-entre otros-, que pusieron al mundo a pensar en términos de bioética. Los dos conceptos habían surgido -como surgió tímidamente el consentimiento informado- de las infracciones, generalmente perversas, en que cayeron médicos norteamericanos y europeos, quienes luego por años cerraron sus ojos a las barbaridades cometidas por los médicos nazis

y que llevaron tardíamente a los juicios memorables de Nuremberg y al código de las Naciones Unidas (6). Hacia esa misma media centuria nuestros maestros jesuitas se preocupaban por darnos las bases en una cátedra que se llamaba Cultura Religiosa y Deontología Médica, respectivamente en el primero y el sexto años de carrera; pero lo que primaba, como lo he dicho en otro de mis comentarios (8), era el "ejemplo de vida" de nuestros profesores, hoy ausente de la pantalla virtual o de los "garajes" de muchas mal llamadas universidades o facultades de medicina!

Nuestra Ley (y después su decreto reglamentario No. 3380 del mismo año) estableció firmemente las bases éticas y morales del ejercicio de la profesión y dispuso que todas las capitales departamentales tuviesen un Tribunal seccional de Ética Médica (desafortunadamente no todas han podido hacerlo por escasez de fondos), cuyas decisiones son apelables ante un Tribunal Nacional, establecido en Bogotá, y en últimas ante el Ministerio de Salud (hoy de Protección Social), que designa los Magistrados nacionales. Los de los Tribunales seccionales son elegidos por el Nacional a partir de listas enviadas por los respectivos colegios médicos. Pero, así como ha aumentado el número de Facultades de Medicina (de 19 a 56, en los 25 años desde que se creó la Ley), así han aumentado las infracciones a la ética. Todos los Tribunales están formados por médicos de la más alta calidad humana y moral, que dedican gran parte de su tiempo al oficio quizás de mayor responsabilidad y de menor remuneración del país. Veamos unos ejemplos: El Tribunal de Ética Médica de Bogotá recopiló y analizó, hasta diciembre de 2002, mil y una quejas (podría decirse que representaron mil y una noches, en el sentido anti-tiérico de las mismas, para sus Magistrados) de las cuales una tercera parte se hicieron directamente; los otros dos tercios se originaron en la Superintendencia Nacional de Salud, seguida en su orden por el Tribunal de Cundinamarca, por el mismo Tribunal Nacional (re-enviadas), o tuvieron su origen en diversas entidades jurídicas o de salud como la Secretaría Distrital de Salud, la Defensoría del Pueblo, la Fiscalía o la Procuraduría General de la Nación. 3.6% de los médicos fueron sancionados. La proporción de quejas directas ante los Tribunales (probablemente algo mayor hoy en día) refleja la conciencia que existe entre el público de la existencia de los mismos; aunque refleja también (creo yo, y lo creo de modo estrictamente personal y sin que ello represente la opinión del Tribunal Nacional o de ningún otro), la habilidad de ciertos abogados que —como los avisos que aparecen en la TV norteamericana— están al acecho para estimular a los pacientes a demandar, por los malos desenlaces y especialmente por las defunciones, que aparecen como el 30% de las causas de demandas). Podrá haber casos de leniencia, lo admito, pero algunos reflejan también el ensañamiento de colegas o grupos de colegas contra otros de

sus congéneres por razones personales o profesionales; o por ir tras las piltrafas que hoy dejan las EPS o las prepagadas para ser repartidas competitivamente entre el exceso de médicos que producen las 56 facultades hoy existentes. ¡En tres años los egresados han aumentado de 2500 a 3500 por año!

Algo similar puede observarse en los cuadros o tablas del informe del Tribunal de Risaralda y Quindío, difundido entre los demás tribunales pero no publicado, de 472 procesos estudiados desde su fundación, en 1995, hasta finales del 2003 y en que aparecen sancionados 54 (8.7%). Y en el informe, aún inédito pero presentado ante esta Academia, de un magistrado que analiza 50 casos de malos resultados obstétricos en Cundinamarca, en que fue sancionado el 30%. Pues la gineco-obstetricia ocupa el primer lugar entre las causas de las demandas en Bogotá y el segundo en el eje cafetero, sucediendo solo al número de demandas contra médicos generales (lo cual refleja, sin duda, la prevalencia general de especialistas en la capital). FEPASDE (2000-2002) se ha ocupado también (10) de la responsabilidad médico-legal de los intensivistas y anestesiólogos. Una muy importante debe achacarse a las Facultades de Medicina, que envían a sus jóvenes médicos (internos, rurales o "ruralitos") impreparados, sin supervisión ni educación continuada, para ser delegados por otros a asumir responsabilidades que no les corresponden o a responder por deficiencias atribuibles al deterioro de los Hospitales o del sistema general de salud. Porque hoy está de moda la costumbre, extendida desde el alto Gobierno hasta los medios de comunicación, de endilgar todo lo malo a los médicos y atribuirnos la "corrupción" que más bien debiera achacarse a los políticos. Por eso quise comenzar esta charla citando a Fuenteovejuna y al Alcalde de Zalamea; y Dios me perdone decir (como rezaba la advertencia de las antiguas películas) que "cualquier parecido con cosas o entidades, vivas o muertas, es mera coincidencia".

Ante las anteriores estadísticas y reflexiones, pregunto yo, puede hablarse de encubrimiento? O es que los autores de la pregunta desconocen los estudios de la OPS que muestran que Colombia aún mantiene uno de los más altos estándares deontológicos y éticos del continente? O será que se olvidan, a unisono con los demandantes, de algo incrustado en nuestra legislación y en la de todos los países civilizados, que establece que la práctica médica es de medios, y no de resultados.

Pero hay algo más: desde hace tres décadas se viene hablando con insistencia de los derechos de los pacientes, pero en ninguna parte se habla de las obligaciones de ellos mismos con su salud y menos de los derechos de los médicos (14). Se acabó con la medicina paternalista, es cierto, pero se los sigue exigiendo a los médicos el famoso "apostolado" que hoy día no significa otra cosa que horarios atropellados

e incumplibles, falta de educación continuada, malas remuneraciones y amenazas laborales y legales. Las tutelas se elevan por millares contra las empresas de salud y contra los médicos; pero, ¿cuántas emanan de éstos contra un sistema de salud que los ignora, los desprofesionaliza y los hace cada vez más desprotegidos de elementos y lugares de trabajo?

Otra cosa aducida con frecuencia es el ocultamiento (o encubrimiento) -que se daría entre colegas o miembros de especialidades- del supuesto error médico. Y se cita el enjundioso volumen ("*To err is human*") publicado al respecto en 2000 por la Academia de Medicina de los Estados Unidos (Institute of Medicine) (11). Pero en esto de errores, quién de nosotros podría -como en el Evangelio- tirar la primera piedra? Errores culposos o por negligencia han sido y deben ser juzgados por los Tribunales. Otros, no tan culposos, son innoblemente sacados por los lectores de Internet o de la prensa amarilla y hasta como chismes de los mismos trabajadores en salud para azuzar las demandas. Pero habrá, pregunto yo, quién pueda fijar con seguridad el límite entre el error accidental y el error culposo? Los sesudos y muy recientes trabajos de José Félix Patiño muestran que, de acuerdo con las modernas teorías de caos y complejidad los resultados buenos o malos-aún de los mejores cirujanos del mundo- y el comportamiento del mismo cáncer **representan un fenómeno aleatorio en un organismo complejo adaptativo de no equilibrio** (*subrayado del mismo Patiño*) (12, 13). Y su interpretación debe ser matemática, a la luz de los fractales y las ecuaciones de Mandelbrot. Cuántas personas hay entre los médicos del mundo, aún entre los más altos jueces, capaces de resolver esos errores matemáticamente? Yo mismo he propuesto en alguno de mis escritos, siguiendo a los colegas norteamericanos, que un alto Tribunal representado por las Academias Nacionales y regionales de Medicina y los Institutos de Bioética debería encargarse de dirimir los casos de error médico a la luz de la moderna bioética y, por supuesto, de las endiabladas teorías del caos y la complejidad.

Espero que los elementos de esta conferencia sirvan para complementar los importantes estudios sobre ética, bioética y comportamiento profesional presentados en esta edición de la Revista.

Referencias:

1. Castiglione, Arturo: Historia de la Medicina. Salvat Ed. (Barcelona-Buenos Aires) 1941.
2. Lara Peinado, F.: Código de Hammurabi (Introducción, traducción y comentarios) Editora Nacional, Madrid, 1982.
3. Sigerist, H.E.: Civilization and Disease. Univ. of Chicago Press, 1943.
4. Otero-Ruiz, E.: Alejandría: ciencia y medicina. Trib. Médica 91: 2-7, 1995.
5. Lain Entralgo, P.: Historia Universal de la Medicina. Salvat Ed. Madrid, 1976.
6. Otero-Ruiz, E.: Acuerdos y normas internacionales sobre ética médica y bioética. Rev. Persona y Bioética 5 (12):118-122, 2001.
7. Ortega L.G. y col. (Magistrados del Tribunal de Ética Médica de Bogotá): Doctores, por qué se quejan sus pacientes? Ed. Imprelibros, Bogotá, 2002.
8. Otero-Ruiz, E.: Comentario al libro del TEMB: "Doctores, por qué se quejan sus pacientes?" Editorial - Gaceta del Tribunal Nacional de Ética Médica 7-1:7-12, 2003.
9. Arciniegas, A (Presidente) y Magistrados del Tribunal: Estudio retrospectivo de las actividades realizadas por el Tribunal de Ética Médica de Risaralda y Quindío desde su fundación (1995) hasta Diciembre de 2003. (Documento en computador de 74 pág., inédito). Comentario a cargo del Dr. Efraim Otero-Ruiz, Presidente (E.) del Tribunal Nacional de Ética Médica, Pereira, 2003.
10. Manrique JI. y col. de FEPASDE (Fondo Especial para el Auxilio Solidario de Demandas): Aspectos característicos de la responsabilidad médico-legal. Revisión de 100 casos. Boletín SCARE, Bogotá, (Sep-Dic.) 2000.
11. National Academy of Sciences, Institute of Medicine, National Academy of Engineering and National Research Council (USA) : *To err is human. Building a safer health system.* National Academy Press, Washington D.C., 2000.
12. Patiño, JF.: Caos, sistemas adaptativos complejos y estructuras disipativas. Rev. Col. de Cirugía 17-1 (5-9), 2000.
13. Patiño, JF.: Oncología, caos y sistemas adaptativos complejos. Rev. Colombiana de Cancerología 6-1 (16-19), 2002.
14. Bishop G., Brodkey AC: Personal responsibility and physician responsibility-West Virginia Medicaid Plan. N.Eng. J. Med. 355:756-759 (Aug.24) 2006