

Se está relacionando con instituciones internacionales de amplio renombre, en la esperanza de que puedan en el futuro dar ayuda a la medicina costarricense. La Academia cuenta en la actualidad con 15 Miembros de Número y próximamente estará ampliando este número y nombrando los primeros Miembros Correspondientes Nacionales.

Cinco de sus actuales miembros han recibido en el año 1998, premios internacionales de gran renombre por sus actividades científicas en el campo de la medicina, la salud y la educación médica, a uno de los miembros se le hizo el honor de dedicársele el último Congreso Nacional de Salud Pública.

Como puede apreciarse por la lista de los Miembros Honorarios Nacionales e Internacionales designados, así como por los Miembros de Número, la escogencia de éstos ha constituido toda una garantía y un honor para la medicina costarricense dada la alta calidad científica y humana de todos y cada uno de ellos.

Primum Non Nocere

Primero no hacer daño, la salud y la vida del enfermo son la primera consideración del médico tratante.

Esta expresión, constituye el primer código de ética que gobierna la conducta de los médicos desde los tiempos hipocráticos.

Trasladada al presente significa que: "El médico debe tener evidencia clínica de la efectividad de una terapia, antes de recomendar un tratamiento a un paciente. Sin embargo, eso no garantiza que siempre se obtendrán buenos resultados".

La evolución de la medicina demuestra que la certeza es incompatible con la ciencia y que ésta vive de verdades relativas. Justamente en eso estriba la posibilidad del progreso científico.

La enfermedad como el error, forman parte de la acción y la vivencia del ser humano. Los buenos médicos, al igual que los seres superiores no son los que no se equivocan, sino los que se equivocan menos.

Hipócrates, símbolo del médico ideal señalaba que él adquiría experiencia especialmente de sus errores.

Dr. Juan Jaramillo Antillón

S14 La Salud en Costa Rica una Visión Independiente

Carlos Arrea Baixench

Planteamos el panorama médico antes del Siglo XIX mencionando los primeros médicos y las primeras instituciones de salud de que se tiene conocimiento, para llegar al Siglo XX donde hacemos una división en las siguientes etapas: 1) Antes de la aparición de la Caja Costarricense de Seguro Social, 2) La creación y desarrollo del Seguro Social, 3) La creación de

Acueductos y Alcantarillados, 4) La creación y desarrollo de las escuelas de medicina.

Se hace una revisión de los paradigmas de salud que se han empleado en el país, iniciándolo con el paradigma viejo de la salud que es un sistema cerrado donde todo depende de los recursos que se tengan. Explicamos luego el paradigma abierto de la salud donde ésta se logra por una serie de factores como: *conducta individual, educación de la población, herencia, condiciones económicas y otros*. Al analizarlos hacemos hincapié en que los programas gubernamentales de salud solo son otro de sus componentes y no el más importante. Presentamos el paradigma personal para conservar la salud donde esta se considera una responsabilidad compartida entre los programas de salud y la responsabilidad del individuo. Finalmente analizamos los paradigmas de Solidaridad que han permitido el desarrollo de la CCSS.

Analizamos la evolución que han tenido algunos índices de salud desde 1928 a la fecha, iniciamos con la *mortalidad general* y la infantil y esta última la comparamos con los países de América Latina y con los países donde la tecnología es altamente desarrollada.

Analizamos el aumento en nuestra esperanza de vida, así como el cambio en nuestra patología, factores ambos que han incidido en el aumento de la población, que ha su vez ha incrementado el costo del servicio. Analizamos el gasto en el sector salud con relación al PIB y lo comparamos con lo que gastan otros países, estudiando en detalle de donde vienen los ingresos de la CCSS. Todo lo anterior lo relacionamos con el aumento que han tenido los costos de la consulta externa y de la atención intra hospitalaria. Explicamos las fortalezas y las debilidades que le encontramos a la CCSS comparando el sistema con otros países.

Para terminar nos referimos a los niveles de atención, a los EBAIS y al compromiso de gestión entre la CCSS y los hospitales, con comentarios de cada uno de ellos.

Finalmente sacamos algunas conclusiones entre las que destacan: la salud en Costa Rica ha sido un proceso de larga data que se inicia en 1928. Cuando nos comparamos con países de alta tecnología nos falta un buen camino que recorrer. Sólo somos muy buenos cuando lo hacemos con países en desarrollo como el nuestro. Hay inconformidad entre el servicio que presta la CCSS y lo que espera la población.

S15 Ética y Filosofía de la Medicina Moderna

Alvaro Gallegos Chacón

Se hace un recorrido por los conceptos de moral, como la conducta esperada y compartida por el grupo social ordenada hacia la bondad, que concierne al fuero interno del individuo y al respeto por los otros, intrínseco al ser humano con vocación para

ser médico. -El de la ética como la filosofía de la moral, valorando la bondad de las conductas (que es correcto y que es incorrecto) y como hacerlo.- Se aplica al ejercicio médico a través de la *Deontología o deberes y etiquetas (relación)* del médico con el paciente. Se incursiona en los derechos humanos como base a los derechos de los enfermos, finalizando, con el Acta de la Declaración de Ginebra de 1948, ratificada en Sidney en 1968 que es el compromiso que todo nuevo médico adquiere al graduarse e ir a ejercer su profesión.

S16 Resumen de "Malpraxis Médica: Un Problema Creciente"

Eduardo Vargas Alvarado

El ordenamiento jurídico impone al médico la obligación de responder por las consecuencias dañosas de su actuar profesional. Los actos culposos atribuidos al facultativo a causa del ejercicio inadecuado de la medicina, configuran la entidad conocida como malpraxis, malpractice, faute médicale, tratamiento contra legis artis, entre otros sinónimos.

En nuestro país, las demandas contra médicos se iniciaron en el decenio de los 80, con un caso en 1981, para alcanzar la cifra de 24 por año en 1990. Desde entonces han aumentado progresivamente, como se demostrará en el Congreso Médico con cifras de los últimos tres años. Las cuatro especialidades más vulnerables han sido Ortopedia, Ginecoobstetricia, Cirugía General y Oftalmología.

Dentro de nuestro Derecho Penal, la responsabilidad profesional del médico constituye una forma de responsabilidad culposa, es decir, de aquella en que se causa daño sin existir la intención de producirlo. En otras palabras, aunque el resultado no sea querido, se ha dado en condiciones donde el autor estaba en posibilidad de evitarlo. Como tal comprende cuatro tipos:

Negligencia: Es la omisión o demora inexcusable en la actuación del médico, o bien una actuación perezosa, con falta de celo y constancia profesional. En nuestra experiencia, un elevado porcentaje de acusaciones por mala práctica se atribuyen a negligencia.

Impericia: Es la ignorancia inexcusable. Consiste en la ineptitud técnica y física, así como en la falta de actualización en los avances de la medicina.

Imprudencia: Es la actuación temeraria o precipitada.

Inobservancia de normas o reglamentos: Se refiere a la obligación del médico de respetar las reglamentaciones generales, así como los reglamentos internos o específicos de la institución y las normas del servicio donde trabaja. Se incluyen en este deber los principios éticos de la medicina y los derechos de los pacientes.

Imputación normativa penal: En Costa Rica, de acuerdo con su legislación penal, los principales delitos que el médico puede cometer por culpa son las lesiones, el aborto y el homicidio.

Para el Dr. Carlos Tiffer, los elementos de estos tipos penales culposos pueden resumirse en tres presupuestos:

- 1) **Infracción del deber de cuidado.** Es el deber que el médico debió haber tenido para no causar un daño a terceros.
- 2) **Producción del resultado.** Esto es, una lesión o la muerte del paciente.
- 3) **Imputación objetiva del resultado.** No basta la falta del debido cuidado y la producción del resultado, sino que, además, se requiere que exista una relación de causalidad entre la falta del debido cuidado y el resultado.

Causas de justificación en la actuación médica: Así como hay prohibiciones de conducta, existen también en el derecho penal, autorizaciones para realizar la acción prohibida sólo a manera de excepción, autorizaciones que desde el punto de vista técnico constituyen las causas de justificación (Tiffer). Entre las causas de justificación se han citado las siguientes:

- a) **El consentimiento del derechohabiente.** Sólo es admitido cuando dicho consentimiento recae sobre un bien jurídico del que el paciente puede disponer y de conformidad con la "lex artis".
- b) **El estado de necesidad.** El fundamento justificante de esta condición es el interés mayor, sacrificando uno menor, en una situación no provocada del conflicto.
- c) **El cumplimiento de la Ley.** No comete ninguna acción punible quien actúa en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho.

Otras defensas del médico: Autores estadounidenses como Bielán han recomendado aducir en la defensa, los siguientes argumentos:

1. Que no existía relación médico-paciente en el momento del incidente.
2. Que el médico cumplió con las reglas del arte en la atención del paciente.
3. Que el daño alegado no está dentro de la relación de causalidad con incumplimiento del deber médico invocado.
4. Que el daño sufrido por el paciente es trivial
5. Que el paciente contribuyó al daño por haber incumplido algunos de los deberes que en tal calidad le corresponde como ocultar información acerca de su verdadera condición de salud o rehusar las indicaciones del médico.

Pero, sin lugar a dudas, el mejor enfoque es la prevención del daño del paciente por parte del médico. Para ello es necesario iniciar una labor de educación de los futuros profesionales a nivel de las escuelas de medicina, donde se inculque una adecuada relación médico-paciente, como el encuentro de un ser humano con otro ser humano.