

**TRIBUNAL NACIONAL DE
ÉTICA MÉDICA**

GACETA JURISPRUDENCIAL

ABDOMEN

OCTUBRE 2019

No. 36

©2019 Tribunal Nacional de Ética Médica

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32
Centro Comercial Futuro
Bogotá, Colombia
Teléfonos: (571) 627 9975 - 627 9983
Pagina web: www.tribunalnacionaldeeticamedica.com
E-mail: trnetmed@tribunalnacionaldeeticamedica.com

ISSN 0123-0832

Diagramación: Giro Graphos Impresores SAS.
Preparación litográfica e impresión:
Giro Graphos Impresores SAS.
Carrera 69K No. 70 - 40
Cel.: 316 491 4886
Bogotá, Colombia

Es permitido a todos reproducir la Constitución, Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Reglamentos, demás Actos Administrativos y Decisiones Judiciales, bajo la obligación de conformarse puntualmente con la edición oficial, siempre y cuando no esté prohibido.

Artículo 41 Ley 23 de 1982

Esta edición y sus características gráficas son de propiedad del Tribunal Nacional de Ética Médica.

© 2019

**ABDOMEN
OCTUBRE 2019**

No. 36

MAGISTRADOS 2019

Dr. Germán Gamarra Hernández (Presidente)

Dr. Fernando Guzmán Mora

Dr. Hernán Jiménez Almanza

Dr. Ariel Iván Ruiz Parra

Dr. José Miguel Silva Herrera

Asesor Jurídico

Dr. Edgar Saavedra Rojas

Abogada Secretaria

Dra. Claudia Lucía Segura Acevedo



Confía en 4-72, el servicio de envíos de Colombia

Línea de atención al cliente:
(57 - 1) 472 2000 en Bogotá
01 8000 111 210 a nivel Nacional

.....
www.4-72.com.co

El servicio de **envíos**
de Colombia



Permiso de Tarifa Postal Reducida. Servicios Postales Nacionales S.A.
No. 2019.137.4-72, Vence 31 de Dic. de 2019

INDICE

	Pag.
Editorial	9
Drs. Hernán Jiménez Almanza y José Miguel Silva Herrera Magistrados del Tribunal Nacional de Ética Médica	
Proceso No.865 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta	15
Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega Providencia No. 04-2012	
Proceso No.619 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas	18
Magistrado Ponente: Dr. Lilian Torregrosa Almonacid Providencia No.29-2012	
Proceso No. 836 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Santander	31
Magistrado Ponente: Dr. Luis Alberto Blanco Rubio Providencia No. 84-2010	
Proceso No.872 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico	44
Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega Providencia No. 19-2017	
Proceso No.1310 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca	52
Magistrado Ponente: Dr. Efraim Otero Ruíz Providencia No. 25-2013	

	Pag.
Proceso No. 1065 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia No.39-2014	56
Proceso No. 770 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega Providencia No. 41-2013	61
Proceso No. 3041 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas Providencia No. 53-2016	67
Proceso No. 2755 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas Providencia No. 90-2013	71
Proceso No. 812 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Atlántico Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney Providencia No. 91-2017	78
Proceso No. 665 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia No. 96-2013	93
Proceso No.1857 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez Providencia No. 113-2015	117
Proceso No. 009 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bolívar Magistrado Ponente: Dr. Germán Peña Quiñones Providencia No. 09-2011	122

	Pag.
Proceso No. 262 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Magdalena	129
Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas	
Providencia No. 112-2015	
Proceso No.594 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico	144
Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega	
Providencia No. 76-2014	
Proceso No. 3051 del Tribunal Seccional de Ética Cundinamarca	149
Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney	
Providencia No. 08-2017	

Editorial

Drs. Hernán Jiménez Almanza y José Miguel Silva Herrera.
Magistrados del Tribunal Nacional de Ética Médica

La evaluación del abdomen en el paciente adulto mayor tiene características diferentes a lo que se suele encontrar en el paciente joven. Esto le impone un alto grado de dificultad al proceso diagnóstico desde la anamnesis, incluidos los antecedentes y el examen físico, hasta la solicitud de los exámenes pertinentes.

Hay que entender la fisiopatología del paciente adulto mayor donde los procesos fisiológicos y patológicos se tornan diferentes, más lentos, debido los a cambios funcionales órganos abdominales por el desgaste de los años y las patologías concomitantes.

En la misma toma de la anamnesis, el paciente adulto mayor es más lento por lo que es muy recomendable no sólo interrogarlo a él sino también a su familiar o acompañante para conocer con fidelidad sus antecedentes patológicos, enfermedades concomitantes además de los medicamentos que toma, ya que estos pueden modificar los síntomas.

Es prioridad conocer los medicamentos debido a que en las personas mayores los anticoagulantes, analgésicos, antiinflamatorios y otros, que pueden ayudar a enmascarar la sintomatología.

Antecedentes patológicos cardiovasculares, pulmonares e infecciosos se presentan con mucha frecuencia en el paciente mayor.

También es importante conocer sus antecedentes quirúrgicos especialmente los de carácter abdominal que pueden, por ejemplo, estar relacionados con una obstrucción intestinal.

La fiebre en pacientes ancianos se presenta con menor intensidad y menos frecuencia, estos reaccionan ante la infección bacteriana más lentamente,

las células T aunque no disminuyen de una manera importante con la vejez son más lentas.

El adulto mayor, durante el examen puede no reaccionar con signos de defensa abdominal temprana al cursar con patologías inflamatorias e infecciosas, tales como: apendicitis aguda, úlcera péptica perforada, diverticulitis perforada u otras. Por estas características es importante tomar los laboratorios clínicos tempranamente sabiendo que muchas veces la respuesta, típica de infección con leucocitosis y neutrofilia, no se presenta igual que en un sujeto joven.

Casi siempre, es necesario solicitar medios diagnósticos como ecografía, tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear para el diagnóstico temprano de las emergencias abdominales de índole quirúrgico en el paciente mayor.

En nuestro medio, los centros de salud de baja y media complejidad no cuentan en su mayoría con las ayudas de ecografía, TAC o resonancia nuclear magnética, para valorar el dolor abdominal y lograr así un diagnóstico y una terapéutica precoz. Es importante resaltar para los médicos que enfrentan al paciente en el servicio urgencias, que para tomar decisiones rápidas y efectivas, es obligado dedicar un mayor tiempo para desplegar una observación cuidadosa y estricta, especialmente en el paciente mayor que cursa con síntomas menos claros, para poder aclarar la sospecha diagnóstica y tomar una conducta correcta que evite las complicaciones que se desprenden del diagnóstico demorado y la terapéutica tardía; y entre ellas se incluye el traslado oportuno ante un diagnóstico dudoso.

Los siguientes cuatro parámetros son de suma importancia cuando se enfrenta en general pacientes en los servicios de urgencias y muy especialmente cuando de mayores de edad se trata.

- OBSERVACION VIGILADA
- USO CUIDADOSO DE LOS ANALGÉSICOS
- VALORACION POR EL MISMO EQUIPO MEDICO
- USO DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS DISPONIBLES

Como encontrarán en el análisis de los diferentes procesos en que se produjeron quejas por el manejo de un adulto mayor, la mayoría tuvieron que

ver con aquellos que presentaron síntomas poco claros, que tuvieron un seguimiento inapropiado o fueron sometidos a un traslado tardío a un nivel de mayor complejidad.

Las causas más frecuentes de abdomen quirúrgico en el adulto mayor son la obstrucción de intestinal, la diverticulitis y su perforación, patología vascular como la isquemia y necrosis mesentérica, la apendicitis aguda y la obstrucción de intestino grueso.

El uso de la radiografía abdominal simple continúa siendo de gran ayuda para el diagnóstico de la obstrucción intestinal, patologías como perforaciones de intestino o úlceras pépticas.

La ecografía de alta resolución también es importante en el diagnóstico de enfermedad litiásica de la vesícula en el aneurisma de aorta abdominal y en la apendicitis aguda. La tomografía axial computarizada tiene gran valor en el diagnóstico de aneurisma aorta abdominal, apendicitis aguda, enfermedad diverticular y obstrucción intestinal.

Contiene esta Gaceta providencias procesos desencadenados en consultas abdominales unas de ellas relacionadas con la cirugía bariátrica, un motivo de atención que ha aumentado paulatinamente y que exige de los profesionales un ejercicio cuidadoso, por ser de alto riesgo a pesar de los desarrollos que se han producido en este tema durante los últimos cincuenta años. Este procedimiento exige una valoración integral y meticulosa del estado de salud de un paciente que aunque tiene sobrepeso puede no sentirse enfermo. Es una decisión clínica motivada en la intención de disminuir los riesgos futuros asociados a la obesidad. Es así como, las complicaciones serán percibidas siempre como desproporcionadas.

Para que una persona se pueda someter a este procedimiento es necesario una valoración integral de los aspectos nutricionales, metabólicos, endocrinológicos, cardiovasculares, ortopédicos, psicológicos y estéticos; no se trata simplemente de una intervención plástica. Sus resultados no solo se expresan en términos de pérdida de peso, sino también, en la resolución de morbilidades asociadas a la obesidad, en la mejoría en la calidad de vida, de la integración social y también en la reducción de las complicaciones derivadas del acto quirúrgico.

Es necesario cumplir a cabalidad con una valoración integral y multidisciplinaria para enfrentar el alto riesgo implícito. La valoración anestésica preoperatoria, e intraoperatoria es exigente y debe ser especializada. De allí, que esta intervención debe practicarse en centros de calidad reconocida que cuenten con los servicios de atención calificados para ofrecer una intervención segura.

También sistemático debe ser el procedimiento quirúrgico y los cuidados posoperatorios. Las complicaciones tempranas deben detectarse precozmente para no desembocar en desenlaces catastróficos, por lo tanto, la vigilancia debe ser estrecha para no exponer a los pacientes a riesgos injustificados. La atención es extendida en el posoperatorio, se trata de pacientes que deben ser controlados indefinidamente. Son pacientes para toda la vida. De hecho, contemplar preoperatoriamente la posibilidad del seguimiento, es un indicador de calidad.

Cuando en un paciente obeso se opte por esta alternativa de tratamiento, la decisión debe ir precedida de un largo y adecuado proceso de consentimiento informado donde la información sea completa, objetiva, clara y veraz; para permitirle actuar con todas las herramientas de su agencia moral y tomar decisiones informadas. Las persona obesas que sean sometidas las técnicas que encierra la cirugía bariátrica debe estar convencida de sus bondades pero sobretodo contar con expectativas realistas, desprovistas de conceptos mágicos o desproporcionados con respecto a los resultados. Esta es una responsabilidad indelegable del equipo tratante y especialmente del cirujano.

Es necesario discutir con precisión en qué consiste la técnica elegida, las razones para seleccionarla, las alternativas de tratamiento que pueden anteceder a la opción quirúrgica, cada una de ellas con sus ventajas y desventajas. Se debe deliberar sobre las consecuencias que conlleva practicar el procedimiento y también las consecuencias de no llevarlo a cabo, todo esto en la forma mas sincera posible y guiado siempre bajo la mira del mejor interés del paciente, libre de coerción o engaños.

De la preparación adecuada y de la información suficiente, completa y veraz, surge el verdadero acto médico, pleno de ética y profesionalismo. Ese que tiene la virtud de no exponer al paciente a riesgos innecesarios porque es diligente, prudente y competente.

No basta con exhibir destreza en la técnica quirúrgica, se necesitan las consideraciones antes señaladas y la posibilidad de brindar un seguimiento constante y permanente, lo que permite desaconsejar en esta cirugía como en muchas otras, el ejercicio de cirujanos itinerantes que desconocen las condiciones reales de los pacientes y que no tienen la posibilidad de brindarles el cuidado posoperatorio debido y lo delegan en personal no calificado, al tiempo que los exponen a complicaciones severas y aún mortales.

Bogotá, Enero veinticuatro (24) del año dos mil once (2012).

**SALA PLENA SESION No. 1117 DEL VEINTICUATRO (24)
DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DOCE (2012)**

**REF: Proceso No. 865, Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta
Contra el Doctor M.A.M.P.**

Denunciante: Señor R.S.V.

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado ponente: Dr. Juan Mendova Vega.

Providencia No. 04-2012

VISTOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, en Sala Plena del 3 de Noviembre de 2011, resolvió archivar las diligencias de la investigación preliminar número 865 iniciadas contra el doctor **M.A.M.P.**, por queja presentada por el señor R.S.V. Contra la providencia mencionada presentó el quejoso, recurso de apelación en escrito fechado el 10 de Noviembre de 2011. El tribunal seccional concedió el recurso en Sala Plena del 1 de Diciembre y envió el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

Recibido el expediente el día 15 de Diciembre, fue puesto para reparto en Sala Plena del 17 de Enero de 2012 por cuanto se interpusieron las vacaciones de fin de año con la correspondiente suspensión de términos; le correspondió por sorteo al Magistrado Juan Mendoza-Vega. Cumplidos los términos, se procede a decidir de acuerdo con los siguientes

HECHOS:

El 17 de Diciembre de 2010 se recibió en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta el escrito de queja presentado por el señor R.S.V. contra el médico M.A.M.P., porque según él hubo “anomalía” en el procedimiento de endoscopia digestiva que el profesional le practicó el día 11 de Marzo de 2010 porque “no se tomaron las muestras de la parte afectada de mi cuerpo”, cosa que dice haber visto “en el video del procedimiento”.

El tribunal seccional aceptó la queja y abrió averiguación preliminar, en el curso de la cual examinó los documentos presentados como pruebas por el quejoso, en los cuales se observa el informe de esófagogastroduodenoscopia (folio 5 recto) suscrito por el doctor M. y el informe de patología de las muestras tomadas (folio 6 recto) firmado por el doctor J.B.S.

En el informe del doctor M. se determina con toda claridad que fueron examinados el esófago, el estómago, el píloro y el duodeno hasta la segunda porción, que el aspecto de todos los órganos fue normal con excepción de la mucosa antral donde había eritema, congestión en parches y múltiples erosiones superficiales, de las cuales se tomaron dos biopsias; el informe de patología indica gastritis crónica.

Ante estas evidencias, el magistrado instructor presentó informe de conclusiones que fue acogido por la Sala Plena, según el cual no incurrió el doctor M.M. en falta alguna, como lo pretendía mostrar la queja, y por ello decidió archivar las diligencias. Como el quejoso presentó apelación contra esta decisión, el tribunal seccional concedió el recurso y envió el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:

Con los documentos aportados por el mismo quejoso, es evidente para este Tribunal Nacional como lo fue para el de primera instancia que el procedimiento de endoscopia de la parte inicial del tubo digestivo, desde el esófago hasta la segunda porción del duodeno, fue practicado adecuadamente por el doctor M.A.M.P., según el informe escrito y debidamente firmado y sellado; que el doctor M. tomó dos biopsias con toda precisión en el sitio del estómago donde vio signos de alteración y que envió esas muestras para estudio de patología, lo que permitió el diagnóstico de gastritis crónica.

No entiende este Tribunal Nacional con qué bases fue presentada la queja y mucho menos la razón para interponer el recurso de apelación, recurso que además no fue sustentado porque en el escrito respectivo, visible a folio 23 recto, no se mencionan ni se argumentan los puntos de la decisión con los que no está de acuerdo el recurrente, por lo que deberá desecharse la apelación y confirmarse la decisión del tribunal de primera instancia.

Bastan las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus atribuciones legales,

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta en el proceso 865, por la cual se archivó la queja contra el doctor M.A.M.P. de acuerdo con la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado- Presidente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado Ponente; GERMAN PEÑA QUIÑONES, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, Marzo veintisiete (27) del año dos mil doce (2012).

**SALA PLENA SESION NO. 1125 DEL VEINTISIETE
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DOCE (2012)**

Ref: Proceso No. 619 Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas

Denunciantes: J.E.M.T E I.M.T.

Denunciado: Dr. M.S.O.

Asunto: Recurso de apelación

Providencia No. 29-2012

Magistrada ponente: Lilian Torregrosa Almonacid

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas decidió, el 6 de diciembre de 2011, no aceptar los descargos presentados por el doctor M.S.O, identificado con CC número de ...y Registro Médico Número ... del ... y declarar que infringió la Ley 23 de 1981 – Normas sobre Ética Médica – específicamente en el Título II Práctica Profesional, Capítulo I De las relaciones del médico con el paciente , en su artículo 10, que a la letra dice:

“ El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. “ Y en su artículo 21: “La frecuencia de las visitas y de las Juntas Médicas, estará subordinada a la gravedad de la enfermedad, y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento o satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares.”

De acuerdo con lo anterior decidió imponerle la sanción consistente en censura escrita pero privada, de conformidad con lo establecido en el artículo 83, literal b) numeral 1, de la ley 23 de 1981 en concordancia con los artículos 50 y 53 del Decreto 3380 de 1981; por hechos ocurridos los

días 4 y 5 de enero de 2008 en la persona de la paciente M.T.A. de 77 años. Dentro de los debidos términos, el médico investigado interpuso recurso de apelación el día 14 de febrero de 2012, siendo concedido por el Tribunal de Ética Médica de Caldas en Sala Plena del 21 de febrero de 2012.

Los dos cuadernos que contienen el expediente fueron enviados al Tribunal Nacional de Ética el 7 de marzo del año 2012, correspondiendo por asignación a la Magistrada Lilian Torregrosa Almonacid, quien procede a resolver el recurso con base en los siguientes

HECHOS

El día 29 de enero de 2008, el Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas recibe la queja suscrita por los señores J.E.M.T – IMT, en la que se hace referencia a los hechos ocurridos el 4 de enero del mismo año, referentes a la atención médica suministrada a la paciente M.T.A., por parte del doctor **M.S.O.**

Según el escrito de queja, la paciente de 77 años, ingresó a la Clínica de la Presentación para la realización de una endoscopia y una colonoscopia, que fueron seguidas por una Tomografía Abdominal. En la tarde del mismo día, la hermana de la paciente contactó al Dr. **M.S.O.** para informarlo acerca de los resultados del TAC que ya había recibido, pero el doctor indicó que era conocedor de los resultados no necesitaba la información. Esa misma tarde, la paciente se deterioró clínicamente por lo cual fue trasladada al servicio de urgencias en horas de la noche y a la mañana siguiente fue intervenida quirúrgicamente con hallazgos intraoperatorios de una perforación de colon y peritonitis generalizada secundaria. Después de la cirugía fue trasladada a Cuidado intensivo donde a pesar de todas las medidas de soporte realizadas, falleció a las 10:30 p.m. 27 horas después de la colonoscopia.

El tribunal seccional aceptó la queja y procedió a realizar averiguación preliminar, en el curso de la cual escuchó en ampliación juramentada de la queja al señor I.M.T. y examinó la copia de la respectiva historia clínica tanto del consultorio del Dr. **M.S.O.** como de la Unidad Hospitalaria Clínica Villapilar Manizalez y del servicio de emergencias regional SER que trasladó en ambulancia a la paciente; oyó en versión libre al doctor

M.S.O., quien estuvo asistido por su abogada defensora, y recibió los testimonios juramentados de las personas que fueron citadas, entre ellas la señora Esneda Toro que figura como auxiliar de enfermería a cargo del cuidado particular de la paciente, y Johana López jefe de enfermería, Diana Marcela Arango tecnóloga en imágenes diagnósticas y algunos testimonios juramentados de otros miembros del equipo asistencial que participaron en la atención a la señora M.T.A.

En su versión libre, el médico encartado manifestó que efectivamente la paciente fue programada en su consulta externa de Gastroenterología, para la realización de endoscopia alta y colonoscopia, como parte de su estudio por diagnóstico previo de síndrome anémico. Los procedimientos transcurrieron sin complicaciones y tanto el proceso de consentimiento informado como el de comunicación después de la intervención, con los miembros de la familia de la paciente fueron adecuados. Se dieron claras instrucciones para la realización ambulatoria de un TAC abdominal y posterior consulta con el médico para informar los resultados definitivos.

En la tarde después del procedimiento, manifestó haber tenido contacto telefónico con la hermana de la paciente quien refirió una evolución adecuada y posteriormente no haber recibido nueva información referente a la paciente ni a la lectura del TAC, hasta la madrugada del sábado 5 de enero, cuando la paciente ya había sido trasladada en forma urgente a la Clínica Villapilar, donde fue intervenida quirúrgicamente y desde el postoperatorio en cuidado intensivo, acompañada por él mismo hasta que se presentó su deceso .

El Tribunal de primera instancia consideró que el médico **M.S.O.** fue negligente al no tener en cuenta el resultado de la tomografía de abdomen que informaba neumoperitoneo, ante lo cual debió realizar otros exámenes o valoraciones para descartar esta presunción. Adicionalmente fue negligente el acto de no haber acudido a valorar personalmente a la paciente o haber indicado su traslado a un servicio de urgencias.

Se hace referencia a la declaración juramentada de la señora Diana Marcela Arango Álvarez, tecnóloga en imágenes diagnósticas, quien realizó la mencionada tomografía, y posteriormente refirió que hacia el medio día del 4 de enero informó al doctor **M.S.O.** respecto a la imagen de neumoperitoneo. Adicionalmente, se menciona que según la declaración jura-

mentada de la señora Esneda Toro, auxiliar de enfermería de la paciente, a pesar de haber llamado en dos oportunidades al doctor **M.S.O.** porque la paciente presentaba malestares y retención urinaria, el doctor no la valoró personalmente pero ordenó telefónicamente evacuar la vejiga.

Con base en el acervo probatorio, planteó pliego de cargos contra el doctor **M.S.O.** por presuntas faltas contra los artículos 10 y 21 de la Ley 23 de 1981.

En su diligencia de descargos, el disciplinado y su abogada defensora argumentaron lo siguiente:

La paciente no presentó ningún signo de alarma ni durante el procedimiento ni en la recuperación dentro de la institución por lo cual se procuró la salida con instrucciones muy claras y precisas sobre los signos de alarma que serían de consulta obligatoria y la recomendación reiterada de presentar el resultado del TAC solicitado, en el consultorio. Nunca se sospechó la ocurrencia de una complicación del procedimiento.

El TAC fue solicitado como un examen electivo, por lo cual la responsabilidad de informar al médico sobre el resultado es del paciente o su familia quienes debieron contactarlo dado que como él les había mencionado, estaría atendiendo consulta. A pesar de lo anterior, manifiesta clara y enfáticamente que no acepta la versión de la señora Esneda Toro cuando afirma que se comunicó con él en dos oportunidades y recibió indicaciones sobre como aliviar las molestias urinarias de la paciente, y también rechaza la declaración de esta testigo cuando dice que fue al consultorio a entregar los resultados del TAC. Reitera que nunca fue contactado por la familia para avisar sobre cambios en la condición de la paciente, ni tampoco recibió el reporte definitivo del TAC abdominal que la auxiliar a cargo de la paciente recogió en el servicio de radiología en horas de la tarde.

Sobre el reporte del TAC manifiesta que al medio día, cuando salía de la institución a almorzar, fue contactado por una técnica de radiología quien le informó sobre una imagen “rara” en las placas, aunque había permanecido sin ningún problema durante el examen. De acuerdo con lo anterior, procedió a revisar las imágenes en el computador y su interpretación del caso en ese momento, fue que la imagen del TAC podría ser un asa dilatada y no un verdadero neumoperitoneo (lo cual constituye un

hallazgo probable después de la insuflación aérea que tiene lugar durante las endoscopias). Refiere adicionalmente que no conoció en ese momento el informe definitivo del radiólogo (y no acepta la versión de la técnica que refirió haberle informado sobre el resultado del TAC que ya había sido confirmado por el radiólogo) y que inclusive en el servicio de radiología le manifestaron días después del incidente que no lo habían contactado cuando el radiólogo confirmó la presunción inicial de neumoperitoneo, “porque la extensión estaba ocupada”.

No existe una razón lógica que explique la negativa de su parte para atender llamados o solicitudes de la paciente o su familia justamente cuando mantenía con ellos una fuerte amistad de larga data, y además atendía a varios de sus miembros proporcionándoles una atención médica diligente, responsable y esmerada, donde la confianza permitía contactarlo directamente cuando lo necesitaban. Adicionalmente, trabajó durante toda la tarde en su consultorio y posteriormente fue a su casa en compañía de su esposa y en ninguno de los dos sitios recibió información sobre la paciente.

Refiere que tan pronto fue contactado por la familia, temprano en la mañana del sábado, le pidió a la hermana de la paciente que no continuara con la solicitud de salida voluntaria del hospital, que ya había firmado por estar inconforme con la atención médica en la Clínica y procedió a comunicarse con el cirujano de turno para solicitar su pronta intervención en el caso. Menciona además que se comunicó en ese momento con otros miembros de la familia para exponer el caso y tan pronto le fue posible se trasladó a la Clínica Villapilar donde permaneció hasta el momento del deceso.

Finalmente puntualiza la defensa, el inculpado no tuvo nexo psicológico ni con el deterioro clínico de la paciente, ni con el informe del radiólogo sobre la interpretación del TAC y el diagnóstico de neumoperitoneo; nexo que es indispensable demostrar si se quiere reprochar culpabilidad.

Solicitan en ese momento, citar como testigo a la enfermera Alba Lucía Cárdenas auxiliar de enfermería del consultorio del médico inculpado, C.E., anesthesiólogo que participó en los procedimientos mencionados, M.T.S. esposa del doctor **M.S.O.**, C.G., secretaria del centro médico donde atendió sus consultas el día 4 de enero en la tarde y E.J., paciente que acudió a consulta con el Dr. **M.S.O.** el viernes en la tarde.

El tribunal seccional solicita además concepto pericial proveniente de las especialidades de Gastroenterología y Radiología con el fin de esclarecer algunas dudas sobre los estudios realizados a la paciente, lo cual se cumplió oportunamente.

El tribunal de primera instancia no consideró que el inculcado hubiera neutralizado ni superado con sus argumentos los cargos imputados por lo que no juzgó aceptables los descargos y después de analizar los testimonios, documentación y peritazgos, consideró que no se encontró ninguna causal que neutralizara, controvirtiera, modificara o anulara lo expresado en el Pliego de Cargos y por el contrario se advertían circunstancias que confirmaban las consideraciones por las que se había proferido el mismo.

En Sala Plena del 6 de diciembre de 2011, El Tribunal de Ética Médica de Caldas consideró culpable al Dr. **M.S.O.** de las faltas expresadas en el pliego de cargos y decidió imponerle en consecuencia, la sanción consistente en CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 literal b), numeral 1 de la Ley 23 de 1981, para lo cual tuvo en cuenta la total falta de antecedentes y limpia hoja de vida que hasta el momento exhibía el disciplinado.

Notificada la providencia sancionatoria, la abogada defensora presentó recurso de apelación contra ella y lo sustentó en escrito fechado el 14 de febrero de 2012 y recibido en el tribunal seccional ese mismo día. Los dos cuadernos que contienen el proceso fueron enviados al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

Cumplidos los términos, se procede a resolver el recurso con los siguientes

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:

Tras analizar el acervo probatorio y el memorial final presentado por la defensa, este Tribunal Nacional de Ética Médica debe aceptar que no hay lugar la sanción contra el doctor por presunta falta contra los artículos 10 y 21 de la Ley 23 de 1981; en efecto, el artículo 10, dispone que “ El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. “

Es claro, desde el punto de vista probatorio, que la conducta del médico investigado siguió los parámetros de humanismo, cuidado, responsabilidad y compromiso con la paciente; el doctor **M.S.O.** dedicó a su paciente no sólo el tiempo sino la atención necesarios para esclarecer la causa de sus dolencias. En el caso sub judice no puede afirmarse con certeza absoluta que existió incumplimiento del médico en sus deberes; dado que los sucesos desafortunados que ocurrieron durante la noche y madrugada del 4 y 5 de enero, escaparon al conocimiento oportuno del Dr. S. y por lo tanto no se le puede endilgar responsabilidad sobre estos hechos.

Existe evidencia en la historia aportada, sobre un excelente proceso de comunicación del médico con la paciente y su familia (particularmente su hermana), mucho antes del incidente, lo cual no deja de ser llamativo cuando se contrasta con la queja presentada; por lo que es importante citar apartes de la historia en lo que a este punto se refiere:

En consulta del 10 de octubre de 2007 se registra lo siguiente” *Se conviene con la paciente realizar los estudios del tracto gastrointestinal (Esofago-gastroduodenoscopia y colonoscopia total) para evaluar la posibilidad de pérdidas sanguíneas a este nivel...*”

Posteriormente, el día 2 de enero de 2008, se registra en la historia que dada la persistencia de la pérdida de peso, la astenia, adinamia y el pobre apetito, “Se conviene con la enferma y su hermana realizar una colonoscopia total y Esofagogastroduodenoscopia bajo sedación asistida por anestesiólogo”

Finalmente, el día en que se realizan estos exámenes, se anota en la historia clínica lo siguiente: *“Enfermedad diverticular no complicada, hemorroides internas grado II. Endoscopia digestiva Alta: Hernia Hiatal + Gastritis aguda antral. Se explica a la enferma y a la hermana los hallazgos y se informa además al sobrino acompañante que estos hallazgos no son suficientes para explicar el cuadro clínico. Se propone entonces realizar una TAC (Tomografía Axial Computarizada) con el fin de obtener nuevos criterios diagnósticos frente a su cuadro de anemia y pérdida de peso. La paciente sale en buenas condiciones del consultorio para Rx de la Clínica de la presentación. Control clínico con resultado de examen en la tarde de hoy o mañana... Se dan instrucciones a la hermana sobre su posible evolución y queda pendiente nuevo control clínico de la enferma en el*

consultorio con el resultado de TAC en la tarde de hoy o mañana sábado según evolución clínica”.

Estos diferentes registros en la historia clínica que hacen referencia a diversos momentos de la relación médico-paciente donde se explicitaron no sólo el diagnóstico y las opciones de tratamiento para doña M.T.A., sino los riesgos de la intervención así como las recomendaciones en cuanto al obrar en caso de sospecha de complicaciones; muestran qué tipo de relación desarrolló el Dr. S. con su paciente, y cuáles fueron sus indicaciones a la familia una vez la paciente abandonó el consultorio.

Sobre este aspecto, debemos anotar también, que una familia adecuadamente informada, tiene la responsabilidad de seguir las instrucciones médicas y estar al tanto del paciente cuando este abandona el hospital o el consultorio y en caso de que se sospechen o se presenten situaciones desfavorables o amenazantes para la salud del enfermo, lograr una atención oportuna a través de un servicio de urgencias.¹

Inclusive en casos donde es imposible lograr comunicación con el médico tratante o de cabecera, lo cual puede ser frecuente como hemos mencionado en horarios extremos o festivos, no puede ser esta una excusa para posponer el traslado del paciente a un servicio de urgencias, pues este recurso existe siempre y está disponible las 24 horas del día para cualquier ciudadano colombiano que lo requiera.² y respecto al artículo

¹ DEBERES DE LOS PACIENTES

Deber de los afiliados y beneficiarios de cumplir las normas, reglamentos o instrucciones de las instituciones y profesionales que prestan atención en salud (Art. 160-6, Ley 100 de 1993).

² EL DERECHO A LA ATENCION DE URGENCIAS.

De conformidad con los artículos 44, 48, 49 , 50 de la Constitución Política, y su desarrollo legal (el literal a) del artículo 3 de la ley 10 de 1990, el numeral 2 del artículo 159 de la ley 100 de 1993) el Estado tiene el deber de garantizar a todos los habitantes del Territorio Nacional la atención inicial de urgencias y la atención de urgencias, entendidas en los términos del Decreto 412 de 1992, de la resolución 5261 de 1994 expedida por el Ministerio de Salud. En consecuencia, ninguna Institución Prestadora de Servicios de Salud podrá negarse a prestar la atención inicial de urgencias.

La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de su capacidad socioeconómica. (Artículo 2 Ley 10 de 1990, Artículo 2 Decreto 412 de 1992 y Artículo 168 Ley 100 de 1993) y del régimen al cual se encuentre afiliado. No se requiere convenio o autorización previa de la Entidad Promotora de Salud

21: *“La frecuencia de las visitas y de las Juntas Médicas, estará subordinada a la gravedad de la enfermedad, y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento o satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares; en el caso sub judice hay total incapacidad fáctica para censurarle su incumplimiento al disciplinado, dado que no puede afirmarse con certeza que el médico conoció la información sobre el estado de la paciente o el informe radiológico del TAC abdominal y se negó a prestar la debida atención.*

Existen testimonios encontrados a ese respecto, y no se dan los requisitos probatorios para que se pueda producir la resolución de acusación; en estas condiciones, surge para esta Sala Plena una duda razonable que debe ser resuelta a favor del acusado, según la respetada doctrina del in dubio pro reo que tiene su consagración legal en el artículo 7 del C.P.P donde se reitera el principio de presunción de inocencia;³ Como ha expresado esta superioridad en sentencias previas.^{4,5}

“ Es apenas natural que cuando por las más diversas circunstancias la tarea investigativa y probatoria se queda corta en relación con la demostración del hecho materialmente considerado, de la autoría, o de la responsabilidad, es apenas lógico que las dudas que existan sobre tales tópicos sean resueltos en favor del sindicado.”⁶

respectiva o de cualquier otra entidad responsable o remisión de profesional médico, o pago de cuotas moderadoras. (Artículo 168 Ley 100 de 1993, Artículo 10 Resolución 5261 de 1994 Minsalud). Esta atención, no podrá estar condicionada por garantía alguna de pago posterior, ni afiliación previa al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

³ ARTÍCULO 7o. PRESUNCIÓN DE INOCENCIA E IN DUBIO PRO REO. Toda persona se presume inocente y debe ser tratada como tal, mientras no quede en firme decisión judicial definitiva sobre su responsabilidad penal.

En consecuencia, corresponderá al órgano de persecución penal la carga de la prueba acerca de la responsabilidad penal. La duda que se presente se resolverá a favor del procesado. En ningún caso podrá invertirse esta carga probatoria.

Para proferir sentencia condenatoria deberá existir convencimiento de la responsabilidad penal del acusado, más allá de toda duda

⁴ Proceso disciplinario ético-profesional No. 891 del Tribunal de Ética Médica de Bogotá contra médicos de la Clínica San Pedro Claver (PROVIDENCIA No. 04-2001), Magistrado Ponente: Doctor Hernando Groot Liévano.

⁵ Proceso disciplinario ético-profesional No.3268 del Tribunal de Ética Médica de Bogotá contra Julio Carvajal Cuenca (PROVIDENCIA N° 100-2011) Magistrado Ponente: Doctor Fernando Guzmán Mora

⁶ La mínima actividad probatoria. M. Miranda Estrampes. pág 81 J. M. Bosch Editor. Barcelona 1.997.-

“Es evidente igualmente que en la sentencia, cuando ya se han agotado todos los períodos probatorios, el juez debe inclinarse por la absolución, cuando le surjan dudas sobre la existencia del hecho, su ilicitud, la autoría o participación y la responsabilidad, dando aplicación al principio del in dubio pro reo.”

“En el proceso penal no tiene lugar, como hemos indicado, una distribución de la carga de la prueba. Tradicionalmente la solución a las situaciones de falta de prueba viene determinada por la aplicación del principio in dubio pro reo. Así, se considera que entre la alternativa de absolver a un culpable o condenar a un inocente la conciencia colectiva sufre menos cuando se opta por lo primero que no cuando se condena a una persona inocente. El principio del in dubio pro reo puede formularse, también, en los siguientes términos: quien afirme la culpabilidad de una persona debe probarla, en cuyo caso, en los supuestos de ausencia de prueba de la culpabilidad deberá absolverse al acusado.”

El principio de presunción de inocencia se consagra por primera vez a nivel Constitucional en la Carta vigente de 1991, antes de esa fecha, su consagración era de carácter legislativo, pero debiéndose precisar, que aparecía en Leyes aprobatorias de los Tratados de Derechos Humanos (Ley 74 de 1968. Pacto Universal de Derechos Humanos y Ley 16 de 1972. Convención Americana de Derechos Humanos) y bien se sabe que este tipo de leyes, son normas privilegiadas en cuanto que hacen parte del Bloque de Constitucional, teniendo en consecuencia un valor jerárquico al de la propia Constitución.

Su consagración constitucional se hace en el artículo 29 de la Carta al disponerse:

ARTICULO 29. El debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas.

Nadie podrá ser juzgado sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa, ante juez o tribunal competente y con observancia de la plenitud de las formas propias de cada juicio.

En materia penal, la ley permisiva o favorable, aun cuando sea posterior, se aplicará de preferencia a la restrictiva o desfavorable.

TODA PERSONA SE PRESUME INOCENTE MIENTRAS NO SE LA HAYA DECLARADO JUDICIALMENTE CULPABLE.
.....” (Lo destacado no lo es en el texto).

La presunción de inocencia no es una verdadera presunción desde el punto de vista de la lógica, pero es un principio democrático por excelencia, pues en el proceso penal se plantea una lucha bien desigual, de un lado el poder ilimitado del Estado con múltiples investigadores, tecnología, fiscales, jueces y todo el poder económico que lo respalda, mientras que del otro lado, se encuentra el ciudadano, con las limitaciones consecuentes a no estar preparado para enfrentar éste tipo de problemas y acusaciones y con las limitaciones naturales que lo colocan en una situación de desventaja frente al Estado que lo persigue, lo investiga y lo juzga.

La realidad nos demuestra que la inmensa mayoría de los que integran la Nación son respetuosos de las Leyes y que quienes las vulneran son en realidad una minoría poco significativa. Si esta es una realidad que se evidencia día a día, es de lógica elemental que el Estado los presuma a todos inocentes, hasta que con la actividad de los funcionarios que ejercen la represión pueda demostrar lo contrario.

De la presunción de inocencia surgen dos sub-principios fundamentales que no son otros que el de la carga de la prueba y el in dubio pro reo.

En virtud del primero, es al Estado a quien corresponde el deber de destruir la presunción de inocencia y en tales circunstancias es al Estado a quien le incumbe probar la existencia del hecho, su configuración delictiva o contravencional, la antijuridicidad de la conducta, la autoría o participación de los sindicados y la responsabilidad de los mismos. Estos deberes probatorios del Estado surgen con claridad del propio texto constitucional cuando se determina: “ Toda persona se presume inocente mientras no se la haya declarado judicialmente culpable.....”; Obsérvese que la presunción de inocencia se mantiene mientras al ciudadano no se lo haya declarado judicialmente culpable y es evidente que la declaración de culpabilidad le corresponde al Estado y en tales circunstancias, es igualmente lógico que la responsabilidad probatoria sea deber indelegable del Estado por medio de los funcionarios que ejercen la represión.

El segundo principio, el del *in dubio pro reo*, surge a favor de los intereses del ciudadano sometido a proceso, porque si la culpabilidad debe ser probada por el Estado, cuando por cualquier motivo, éste es incapaz de probarla, es elemental que el ciudadano sea favorecido con las dudas o ambigüedades probatorias que se den en el proceso, porque lo anterior significa que el Estado no pudo cumplir con sus deberes y sus deficiencias no pueden recaer en perjuicio de los intereses ciudadanos.

En la República Romana, los ciudadanos eran juzgados por el propio pueblo que pronunciaba su veredicto con tres conchas de naçar que tenían grabadas una “ A “, una “ B “ y una “ N L “,⁷ para absolver, condenar o manifestar que no podían tomar ninguna de las decisiones anteriores porque no encontraban norma aplicable o porque existían dudas probatorias que impedían tomar cualquiera de las decisiones iniciales.

Es obvio que la opción del *non liquet*, se constituía en una injusta decisión, porque la misma significaba un eterno INRI, que perseguiría al ciudadano por el resto de su existencia, como una persona que quedó sin saberse si era inocente o culpable y que como consecuencia de tal indecisión, en cualquier momento se le podría reprochar su condición de no absuelto.

Para reemplazar al injusto *non liquet*, el Estado moderno y democrático, crea la presunción de inocencia y su derivado, el *in dubio pro reo*.

El doctor **M.S.O.** evaluó y examinó a su paciente con el detalle necesario para proponer acertados estudios diagnósticos y en tanto le fue suministrada información por parte de la familia sobre la evolución de la paciente, tomó las decisiones correctas para el caso. Desafortunadamente múltiples sucesos ocurrieron durante la noche del 4 de enero y llevaron a probables demoras en la atención oportuna de la urgencia quirúrgica que presentaba la paciente, contribuyendo a su fatal desenlace. Sin embargo, el doctor **M.S.O.** no participó en esta fase de atención de urgencia de la paciente, que se desarrolló en horas de la noche y madrugada; debido a que no se logró una comunicación efectiva con él mismo. Y probablemente aún cuando se hubiera asegurado por parte de la familia, una adecuada información al médico sobre la evolución tórpida de la señora, la conducta médica no se hubiera apartado de lo que la familia por sentido común solicitó, el traslado de la paciente en ambulancia a un servicio de urgencias donde pudiera ser atendida inmediatamente, de acuerdo con la gravedad de su situación.

⁷Non liquet

Bastan las consideraciones precedentes para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus atribuciones legales,

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar, como en efecto revoca, el artículo 2º de la Providencia por la cual el Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas impuso sanción de Censura escrita pero privada al doctor **M.S.O.**, de las condiciones personales y profesionales conocidas en el informativo, con base en la queja presentada por los señores J.E.T e I.MO.T, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia, y absolverlo en cambio de los cargos planteados de acuerdo con la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen, para su archivo. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. JUAN MENDOZA VEGA, Presidente–Magistrado; LILIAN TORREGROSA ALMONACID, Magistrada Ponente; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado; EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado; FRANCISCO PARDO VARGAS; Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, Septiembre catorce (14) del año dos mil diez (2010)

**SALA PLENA SESION No. 1058 DEL CATORCE (14)
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010)**

REF: Proceso número No. 836 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Santander

Contra: Dr. G.R.H.

Denunciante: Señora. E.J.M.C.

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado ponente: Doctor Luis Alberto Blanco Rubio
Providencia No. 84-2010

VISTOS

El Tribunal de Ética Médica Seccional de Santander, en sala plena del DIECIOCHO (18) de Agosto de DOS MIL DIEZ (2010) con el fin de resolver de fondo el recurso de REPOSICIÓN en subsidio el de APELACIÓN interpuesto por la Dra. C.L.S.A, apoderada judicial del Dr. G.R.H en contra de la providencia proferida el DOCE (12) de Mayo del año en curso, el Tribunal de Ética Médica de Santander en Sala Plena y estando dentro del término legal establecido para ello, procede a continuación a dictar el siguiente AUTO:

PRIMERO: CONFIRMAR la Sentencia proferida por éste Tribunal de Ética Médica de Santander en primera instancia el pasado DOCE (12) de Mayo del DOS MIL DIEZ (2010) por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. SEGUNDO: CONCEDER el recurso de APELACIÓN ante el TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA por las razones expuestas en la parte considerativa de esta providencia, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación. TERCERO: Notifíquese esta providencia de la forma prevista en la Ley 23.

HECHOS:

En escrito de agosto 12 de 2006 recibido en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Santander la paciente Señora E.J.M.C de 30 años de edad pone en conocimiento lo sucedido cuando el doctor G.M.T.F., le diagnosticó por colonoscopia y biopsia, practicadas el 25 de julio de 2006, un adeno- carcinoma del colon exofítico, que se encontraba a 60 cms del borde anal, tercio proximal del colon descendente, de 5 cms de longitud, que estenosaba la luz, que comprometía toda la circunferencia del órgano, no pudiéndose progresar de ese sitio durante el examen por estenosis de la luz del colon en un 90%. Se hizo el diagnóstico macroscópico de un adenocarcinoma, corroborado por el estudio histopatológico de la biopsia de dicha lesión. La paciente fue sometida a hemicolectomía radical izquierda por el cirujano gastroenterólogo L.E.L. La patología definitiva informó que en realidad se trataba de un adenocarcinoma bien diferenciado con compromiso de la serosa y un ganglio peri-tumoral metastático, por lo que a la paciente se le practicó, además, quimioterapia.

Cuatro meses antes de que le fuera realizado dicho examen en donde se diagnosticó el cáncer, es decir el 27 de marzo de 2006, otro gastroenterólogo el Doctor G.R.H. la valoró por un sangrado digestivo y opinó que la paciente “tenía muy corta edad para tener patología digestiva, que lo que tenía eran síntomas de estreñimiento, lo cual debía sr tratada con dieta”. Ante la “insistencia” de la paciente quien “por sugerencia de un amigo médico le había recomendado que le hicieran una colonoscopia” el doctor R. la programó y realizó una “colonoscopia de colon izquierdo” el 29 de marzo de 2006 en donde encontró un pólipo a nivel del recto, “mucosa del colon sigmoide y el colon izquierdo no presenta otras lesiones”. Este pólipo lo resecó el doctor R. en otro procedimiento endoscópico posterior, y el estudio de histopatología fue reportado como un pólipo sésil, hiperplásico del recto, lo cual se le informó a la paciente en la cita de control. Se le recomendó, además, una dieta rica en fibra para la constipación crónica que sufría.

En su escrito pone de presente la paciente su desconcierto por no habersele diagnosticado el cáncer cuatro meses atrás, y su preocupación por el tiempo perdido.

El Tribunal Seccional aceptó la queja e inició averiguación preliminar, en el curso de la cual revisó la historia clínica de la señora E.J.M.C., se oyó

en ratificación y ampliación de la queja de la misma señora y se identificó a los doctores G.M.T. y G.R.H. como los médicos directamente involucrados en la atención a la señora M.C. Los doctores T. y R. fueron oídos en declaraciones sin juramento, en las cuales explicaron sus actuaciones:

Resolvió el tribunal de primera instancia que hay méritos para abrir investigación formal al Doctor G.R.H. por cuanto la atención prestada a la señora E.J.M.C., no estuvo ajustada a la *Lex Artis ad hoc* y por consiguiente son conductas que constituyen infracción ética. Dentro de dicha investigación el tribunal concluye que el doctor R. vulneró el código de ética médica en sus artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981 y se pronunció en este sentido imponiéndole al doctor G.R.H una sanción consistente en “Censura escrita pero privada”

El doctor G.R.H. presentó dentro de términos legales contra el fallo sancionatorio el recurso de REPOSICIÓN en subsidio el de APELACIÓN interpuesto por la Dra. C.L.S.A. apoderada judicial quien lo sustentó por escrito; el tribunal de primera instancia concedió ese recurso y envió las diligencias al Tribunal Nacional de Ética Médica, para lo de competencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Al sustentar el recurso de apelación, la señora E.J.M.C., tras hacer nuevo recuento detallado de lo ocurrido, funda su inconformidad en tres puntos principales:

- 1 – Contrario a lo que dice el tribunal Seccional de Santander, considera que no existe violación al artículo 10 de la ley 23 de 1981, porque el doctor R.H. dedicó a la paciente el tiempo necesario para hacer una adecuada valoración de su salud e indicó los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.
- 2 – Tampoco existe violación del artículo 15 de la ley 23 de 1981, porque el doctor R.H. no sometió a la paciente a riesgos injustificados, menos aún si, como lo expresa la norma concordante, se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.
- 3 – Subsidiariamente, solicitó decretar la nulidad de lo actuado con fundamento en que “mi representado careció de la representación de un abogado a lo largo del proceso, por lo cual se vulneró su derecho al

debido proceso al haberse visto privado de una adecuada defensa”.

Con respecto al punto 1, la Violación Artículo 10 Ley 23 de 1981 el Tribunal seccional de Santander manifiesta:

La defensa argumenta que el Dr. R.H. médico accionado, dedicó todo el tiempo necesario a la paciente para hacer una adecuada valoración de su salud e indicó los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

En sustento de lo anterior, dice el recurrente en su tenor literal que "Si revisamos la historia clínica, veremos cómo se dedicó el tiempo, se indagó sobre el motivo de consulta especializada, se hizo un diagnóstico inicial y se tomó una conducta conforme al diagnóstico inicial, que fue precisamente la realización de la colonoscopia izquierda. En esta valoración inicial, y por lo ya anotado, la paciente *NO AMERITABA COLONOSCOPIA TOTAL* y haber/a practicado total, si hubiera podido implicar el sometimiento a un riesgo injustificado, dado que la sintomatología en el momento de la evaluación no indicaba ni ameritaba la práctica de la colonoscopia total!":

Proviene el argumento de ataque de lo consignado en la Historia Clínica de la paciente, de lo cual es pertinente señalar, que así como lo denota el recurrente en esta instancia procesal, lo propio hizo el Tribunal en el recuento fáctico de hechos cuando precisó que el Dr. R.H. médico procesado luego de la valoración que realizó de la paciente concluyó que ante el diagnóstico reportado por ésta, se debía llevar a cabo una *COLONOSCOPIA IZQUIERDA* para definir con mayor acierto el origen del quebranto de salud reportado, para ahí si luego adelantar la terapéutica correspondiente. Se hace hincapié en un hecho que resulta de la misma argumentativa contradictorio, respecto a lo que en la realidad debió haber ocurrido de haberse producido con absoluta dedicación, tal y como lo quiere hacer ver el recurrente en este momento, la atención prestada a la paciente E.J.M.C., con el resultado final producido.

No entiende este Tribunal cómo si el Dr. R.H. dedicó de acuerdo a su dicho todo el tiempo necesario para el análisis de la situación presentada por dicha paciente conllevando su conducta dedicada y decidida al apego de lo exigido por el artículo 10 de la Ley 23 de 1981, no ubicó el adenocarcinoma a la altura en el que se encontraba si de haber realizado el examen

en su totalidad, como el mismo lo recomendó, una *COLONOSCOPIA IZQUIERDA*, hubiese sencillamente visto dicho adenocarcinoma, debido a que éste se encontraba mucho antes del paso de la curvatura izquierda en donde debió haber culminado el examen auscultatorio, tal y como lo apuntó el Dr. T.F. cuatro meses después de la primera impresión diagnóstica tomada por el Dr. R.H., al acudir a su consultorio la paciente E.J.M.C. por continuar con la sintomatología por ella presentada cuatro meses antes, es decir, para la época en que el Dr. R.H. la atendió por primera vez.

En dicha consulta diagnóstica, el Dr. T.F. señaló respecto a la colonoscopia *“se encuentra a los 60 cms del reborde anal tercio distal del colon descendente, lesión exofítica, que compromete toda la circunsferencia del órgano, de consistencia pétrea, que impide el progreso del colonoscopio por estenosis de la luz en un 90%” a renglón seguido diagnosticó, un “adenocarcinoma”.*

Situación que genera el reproche, de cómo una conducta dedicada bajo los parámetros dados por el artículo 10 de la Ley 23 de 1981, el Dr. R.H. señale en su escrito defensivo que su actuar se dio teniendo en cuenta tales parámetros, cuando de acuerdo a la ciencia médica lo prescrito por el Dr. T.F. en su examen diagnóstico en pocas palabras lo que quiere significar es que, si la COLONOSCOPIA IZQUIERDA se hubiese hecho hasta el ángulo cólico izquierdo, se hubiese presenciado fácilmente lo que él mismo halló cuatro meses después, debido a que era imposible que una masa de aproximadamente 5 centímetros de longitud, en donde el colonoscopio se vio impedido en continuar su recorrido por una estenosis de luz en un 90%, no lo hubiese detectado.

De igual manera no entiende este Tribunal cómo una conducta dedicada, decidida, con la toma del tiempo necesario y suficiente para hacer una evaluación adecuada del estado de salud de la paciente para que a través de tales comportamientos pueda indicar los exámenes indispensables para luego precisar el diagnóstico y así poder prescribir la terapéutica correspondiente, dejó de lado recomendaciones médicas que se han hecho para exámenes como el que él mismo ordenó practicar, como es la aplicación de anestesia general que, se advierte, no es un protocolo propiamente dicho al que en todos los casos deba hacerse, sino que, como se dijo, es una recomendación médica debido al alto grado de dolor que genera este tipo de exámenes, no lo hizo en la paciente dado su delicado estado de salud, que

sin duda, al estar en dicho estado genera mayor sensibilidad y por ende, dolor ante una COLONOSCOPIA IZQUIERDA.

Pero más allá de eso, debe decirse que el reparo que hace el recurrente en su recurso al prescribir que su actuar se ajustó a lo pregonado por el artículo 10 de la Ley 23 de 1981 y que este Tribunal se limitó tan solo a hacer una enunciación de cual había sido la norma quebrantada por él faltando realizar la adecuación típica de la conducta, no se acomoda tampoco a la realidad que de la misma sentencia se deriva. Cuando el Tribunal realiza el recuento de hechos lo hace precisamente justificando cuales son las motivaciones que se tendrán en cuenta para tomar la decisión de fondo. No lo hace por recordar lo ya sabido procesalmente, sino lo hace, como ya se dijo, porque es en dicha etapa procesal en donde al relatar lo acontecido está otorgándole inmediatamente valor y credibilidad probatoria a las pruebas que fueron recolectadas a lo largo de la etapa instructiva, y que lo que prescriba o apunte posteriormente de acuerdo a lo analizado, servirá para dictar el sentido.

Es así como, cuando se dijo que el Dr. R.H. había infringido el *artículo 10* de la Ley 23 de 1981 por no haber dedicado el tiempo necesario a la paciente accionante, lo hizo basado en las consideraciones fácticas atrás enunciadas por que, como se prescribió, no se entiende cómo aduce una adecuada atención a la paciente cuando, se insiste, el carcinoma no se encontraba más allá de la curvatura izquierda sino antes de ella; entonces, de haberla practicado correctamente, es decir, hasta donde se entiende que debió haberla hecho, o sea, hasta la curvatura izquierda, hubiese sencillamente detectado el carcinoma que le produjo el resultado final a la paciente.

Solo así, es que se hubiese concluido con absoluta sencillez y nitidez que el Dr. R.H. luego de haber hecho todo lo que en su ejercicio profesional especializado estaba a su alcance, se hubiese entendido que su acto médico estuvo acorde con la norma objeto de escrutinio y que por tal razón este Tribunal en su primer pronunciamiento cometió un inadecuada valoración típica de la conducta y que por consiguiente debiese aceptar los descargos del médico sancionado y así revocar la sanción a él impuesta. Pero, teniendo como base de recaudo lo dicho en la sentencia recurrida y como se ha puntualizado a lo largo de la presente providencia, es notorio la infracción ética - médica cometida por el Dr. R.H., y que por tal razón este Tribunal no encuentra razones ni fácticas ni legales para que el sentido de la decisión sea otra que la atrás enunciada.

En cuanto al segundo punto: violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 el Tribunal Seccional de Santander opina:

Respecto a este segundo tópico, el recurrente afirma que no sometió a ningún riesgo injustificado a la paciente, por cuanto, señala *"Está claro que en el momento de la valoración inicial y dadas las condiciones clínicas ya anotadas de la paciente, no había indicación para realizar la colonoscopia total El Doctor R. no sometió a la paciente a exámenes ni procedimientos no justificados al momento de la evaluación inicial pues sus determinaciones obedecieron en un todo a la sintomatología de la paciente y a lo que los protocolos y guían indican en estos casos:"*

De igual forma, argumenta más adelante el recurrente en otros ítems, circunstancias de orden científico que pueden ocurrir en esta clase de procedimientos en donde la visualización de este tipo de adenocarcinomas no es tan sencilla como se cree. Resalta el recurrente, que en un margen del 5% puede ocurrir que dicho se ubique en un ángulo de difícil apreciación, o que cuando se esté realizando la colonoscopia se crea, como ocurrió en el caso en cuestión.

lcanzado el **ángulo esplénico** cuando en realidad no se ha llegado a tal. Se dice inclusive, que puede también ser consecuencia de la observación del endoscopista.

Arguye también, que es factible el hecho que una vez se realice una colonoscopia como la que realizó el Dr. T, se pueda visualizar a tan sólo 60 centímetros del margen anal sobre el colon descendente el adenocarcinoma por él hallado, pero que en un estudio de rutina cuando se logra rectificar adecuadamente el colonoscopio con los mismos 60 centímetros, se puede alcanzar a estudiar el ángulo esplénico, ángulo hepático e incluso derecho.

Finalmente, puntualiza el ataque defensivo desde la óptica de lo científico, haciendo referencia al crecimiento tumoral multifactorial en donde depende básicamente de su biología tumoral a lo que suman eventos como procesos infecciosos sobre agregados con edema y ulceraciones que cambian el comportamiento clínico, lo cual, en su sentir, pudo haber contribuido al esclarecimiento de la patología que posteriormente fue vista por el Doctor T. Lo primero que debe señalar la Sala, es que estas circunstancias no se echaron de menos, no porque no fueran importantes

o por que se consideraran tan solo apreciaciones de orden subjetivo y que por tal razón carecieran de la incidencia pertinente en el análisis de casos como estos; no se tuvieron en cuenta, fue gracias a que dentro del análisis que se realizó en la Sentencia se dio importancia a los factores particulares de la paciente que le permitió a este Tribunal arribar a la conclusión, que indefectiblemente el Dr. R.H. al encontrarse con una paciente de tan solo 29 años de edad, sin antecedentes familiares, y sin ningún otro apremio o factor de riesgo que pudiera indicar la presencia de un carcinoma a la altura del colón, ajustó su procedimiento a lo que usualmente en pacientes con estos indicadores se encuentra o se concluye, dejando de lado, el principio según el cual todo organismo funciona de diferente manera debiendo, así existan parámetros o indicadores, o si se quiere procesos estandarizados, proveer la atención adecuada a cada uno de los síntomas presentados por sus pacientes, y no ser medidos con el mismo rasero científico.

Si bien es cierto, este Tribunal no carece de apremio realista de la praxis médica, de esa complejidad que en muchos casos por más se dispense todo el arsenal de conocimientos y de herramientas científicas a un caso en particular, a la postre su resultado es adverso a lo esperado, a lo querido, y a lo planeado; este Tribunal es consciente que el ejercicio de la medicina por el mismo principio atrás referido, hace que en muchos casos la base de un excelente tratamiento, que es un buen diagnóstico, hagan surgir equívocos que conlleven a unos malos resultados.

Pero también es consciente este Tribunal, que no puede excusarse en éste principio lógico del ejercicio de la medicina para no dispensar, o dispensar de manera inadecuada, los medios científicos que las realidades de los niveles de atención, o de ubicación territorial, estén al alcance de los profesionales de la medicina y no sean utilizados en los pacientes como lo demanda el espíritu de la vocación del médico, y la Ley que regula el acto médico.

Se hace claridad en lo anterior, por que no entiende este Tribunal cómo el Doctor R.H en su defensa arguye situaciones que científicamente son posibles, dejando de lado en su mismo argumento el hecho que a cada paciente debe ofrecérsele una atención adecuada que permita la no generación de riesgos injustificados que puedan sobrevenir en complicaciones posteriores sin tener por qué hacerlo; ello, por que el hecho de haber determinado que el manejo a seguir para la sintomatología por ella reportado era una COLO-NOSCOPIA IZQUIERDA, en tales términos debió haberla realizado

Si el argumento central defensivo, es que en la práctica el Doctor R.H creyó haber realizado la COLONOSCOPIA IZQUIERDA hasta el ángulo esplénico, pero que gracias a las circunstancias propias al organismo de la paciente no fue posible hacerlo, o, que al momento de su realización este tumor no alcanzaba el volumen que posteriormente el Doctor T. detectó, la pregunta que surge alrededor de esto es, cuales fueron entonces las razones para que el Doctor R.H afirmara como lo hizo en su declaración, y que en la Sentencia en la parte considerativa de la misma se citó, de que sí había llegado su COLONOSCOPIA IZQUIERDA hasta el ángulo esplénico.

De lo cual inmediatamente surge la respuesta, que la COLONOSCOPIA IZQUIERDA no se realizó en su totalidad como inicialmente se había sugerido, porque de haberse realizado en dichos términos se hubiere, así sea en dimensiones menores, visualizado el adenocarcinoma de 5 centímetros de longitud hallado posteriormente, pero que al presenciar un pólipo inmediatamente se creyó que ese era la causa del dolor y de los demás síntomas de la paciente por lo que se suspendió la conclusión del examen diagnóstico hasta el ángulo esplénico.

Hecho, que no hay cabida para duda alguna, que al haber actuado el Doctor R.H de esta manera tan apresurada y desprovista de todo cuidado y de una atención suficiente, sometió a un riesgo injustificado a la paciente E,J al exponerla al empeoramiento de su salud y padecer por ende, de mayores dolores sin necesidad alguna, debiendo de igual manera señalar desde ya, que se confirmará en este aparte la decisión tomada por este Tribunal en la Sentencia atacada por encontrarla ajustada a las consideraciones dadas allí.

EL TERCER PUNTO: solicitud de la nulidad de lo actuado, solicitud de nulidad que no tiene cabida legal al existir múltiples argumentos que impiden su prosperidad.

La Sala Penal de la Corte Suprema de Justicia como la misma Corte Constitucional en innumerables fallos, han dicho que la solicitud de nulidad del proceso o de una actuación en particular debe recaer en motivaciones debidamente sustentadas, y no que sea un argumento defensivo ya que de ser así, la misma no tiene vocación de declaración.

Como primero, obsérvese la manera que el recurrente a través de su apoderada la ha invocado. Dicha petición fue impetrada de manera subsidiaria y

no principal; circunstancia que de inmediato se aparejaría con lo establecido por las Cortes atrás referidas, al ser un acto meramente defensivo, y no en búsqueda de la corrección procesal del caso.

Como segundo, de aceptarse la forma en que fue interpuesta, téngase en cuenta de igual manera, que el recurrente incumplió lo establecido por dichas Cortes al no haber sustentado en debida manera cuales son las razones por las cuales el acto que se ataca de nulidad, lo es; basto, para el parecer del recurrente, con manifestar que se violó el derecho a la defensa y por ende al debido proceso por no carecer en todo el proceso de defensa técnica o de la asistencia de un abogado, para que este Tribunal así lo decretara.

Por otro lado, de haberse reunido los requisitos formales que se echan de menos en este momento, debe proveerse de todas formas y en todo momento por parte de este Organismo, la garantía del respeto a los Derechos Fundamentales Procesales consagrados en la Constitución y las Leyes que prescriben el proceso ético - disciplinario - médico.

Significa lo anterior, que de manera oficiosa si el Tribunal advirtiera circunstancia que generara nulidad procesal alguna, en tal sentido deberá declararlo y ordenar la aplicación de los efectos pertinentes, como es retrotraer a su estado inicial la actuación o el proceso en la fase en donde se ubicó o detectó la nulidad correspondiente, y desde allí emprender nuevas actuaciones salvaguardando los Derechos que se hallaron conculcados.

Situación que de igual manera no se encontró, al haberse respetado al Doctor R.H en todas las etapas del procedimiento descrito y desarrollado por la Ley 23 de 1981, el uso del Derecho a su Defensa tanto material como técnica al tenor de lo prescrito por el artículo 77 /*ibidem*.

Debe anotarse, que al ser el procedimiento descrito en la Ley 23 de 1981 de aquellos que la Constitución Nacional permite la creación de colegios profesionales dedicados o destinados para el control de un buen ejercicio de las profesiones, de acuerdo a Sentencias de la Corte Constitucional, como por ejemplo la Sentencia C-259 de 1995, estos procedimientos son del orden administrativo disciplinario y como tal, tienen su propio esquema de aplicación de sanciones como la escala de dichas sanciones las que deberán al momento de dar aplicación guiarse a través de ellas, y en lo no

prescrito en dichas normas administrativas disciplinarias, se aplicarán los principios del derecho procedimental administrativo disciplinario como procedimental penal.

Sentencia citada, que debe decirse, declaró la exequibilidad, entre otras normas, del artículo 77 de la Ley 23 de 1981, en donde dio su visto bueno para que el sujeto investigado pueda, si es de su parecer, asistir al proceso con o sin defensa técnica. Ello quiere decir, que al existir norma propia, o especial al procedimiento ético - médico - disciplinario, deberá darse aplicación a dicha preceptiva, y en lo no prescrito, ahí si acudir a las normas del Código de Procedimiento Penal de acuerdo a la remisión expresa que hace el mismo artículo 82 de la misma Ley 23 de 1981.

En síntesis, existiría violación al Derecho de Defensa y por ende al Debido Proceso Constitucional, si teniendo un procedimiento especial vigente para la fecha de los hechos, con presencia de un Juez Natural, se impida o se vulnere del todo el acceso a los distintos mecanismos de defensa que al interior del mismo se estable.

Situación ésta, que de igual manera no aconteció en razón a que, como se estableció anteriormente, al Doctor R.H. se le permitió en todas y cada una de las etapas del proceso el acceso en los términos prescritos por la Ley 23 de 1981 al uso del Derecho a la Defensa tanto material como técnica, al punto, que en cada actuación en la que intervino de manera personal se le puso de presente la posibilidad de asistir, si así le pareciera, con un abogado, a lo que de manera voluntaria y libre de todo apremio de violación al consentimiento, manifestó que no.

Por tales razones, no encuentra la Sala motivos legales para que deba despacharse de manera favorable, la petición de nulidad propuesta por el recurrente.

El TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MÉDICA en sala plena está de acuerdo con las apreciaciones del TRIBUNAL SECCIONAL DE SANTANDER, y además señala.

PRIMER PUNTO: Manifiesta el Doctor R. su inconformidad con respecto al concepto del Tribunal Seccional mediante el cual el doctor si viola el artículo 10 de la ley 23 de 1981 que reza: El médico dedicará a su paciente

el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

El Dr. T.F. señaló respecto a la colonoscopia que practicó 4 meses después de la practicada por el doctor R. que “se encuentra a los 60 cms del reborde anal *tercio distal del colon descendente*, lesión exofítica, que compromete toda la circunferencia del órgano, de consistencia pétrea, que impide el progreso del colonoscopio por estenosis de la luz en un 90%” a renglón seguido diagnosticó, un “adenocarcinoma”.

Lo anterior quiere decir que el doctor R. no hizo una evaluación adecuada de la salud de la paciente, en lo que se refiere a su colon izquierdo, pues, de lo contrario, habría encontrado el tumor descrito por el doctor F.. Es imposible que un tumor clasificado por los patólogos como “bien diferenciado”, haya crecido en esa forma en ese tiempo, como también es imposible que a un endoscopista experimentado, estando con buena visión, como lo describe el doctor R. en su procedimiento, se le pase un tumor de esta magnitud. El doctor R. insiste en sus declaraciones y en la descripción de su procedimiento, que examinó en su totalidad el colon izquierdo hasta la flexura esplénica, pero otra cosa encontró el doctor T.F. en su examen-

Una vez hecho el diagnóstico de un pólipo, se ha debido programar, junto con la polipectomía, o en un procedimiento inmediatamente posterior, una colonoscopia total, porque el hecho de que la paciente sea joven (29 años), y que se haya presentado un pólipo hiperplásico, no la excluye de que haya más pólipos en cualquier parte del colon y que se presente el fenómeno del sincronismo, es decir que existan más pólipos con otras características histológicas, o un cáncer, en cualquier sitio del órgano.

En resumen, el doctor R. se ha debido tomar el tiempo suficiente para hacer una evaluación adecuada de la salud del paciente e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

SEGUNDO PUNTO: el doctor R. tampoco está de acuerdo con el tribunal seccional en que violó el artículo 15 de la ley 23 de 1981. “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere

indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

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

Por lo mismo que se trato en el primer punto el hecho de no haber diagnosticado la patología inicialmente se expuso a la paciente a un riesgo injustificado. El riesgo a que la paciente pudiera tener más pólipos a lo largo del colon que le produjeran molestias en su salud, o el riesgo a que una patología maligna avanzara en su estadio por el no tratamiento a tiempo.

Está claro que durante todo el proceso se le mantuvieron las garantías al Doctor R.H. para que hiciera uso del Derecho a la Defensa tanto material como técnica, al punto, que en cada actuación en la que intervino de manera personal se le puso de presente la posibilidad de asistir, si así le pareciera, con un abogado, a lo que de manera voluntaria y libre de todo apremio de violación al consentimiento, manifestó que no.

Por tales razones, no encuentra la Sala motivos legales para que pueda tenerse en cuenta la petición de nulidad propuesta por el recurrente.

Bastan las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus atribuciones legales,

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar como en efecto confirma la sanción impuesta por el Tribunal de Etica Médica de Santander al D.G.R.H. consistente en CENSURA ESCRITA pero PRIVADA. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE.**

FDO: EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado- Presidente; LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO, Magistrado Ponente; GERMAN PEÑA QUIÑONES, Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, veintiocho (28) de Febrero del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1356 DEL VEINTIOCHO (28)
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

REF: Proceso No. 872, Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico

Contra: Drs. C.E.S.P. y J.H. de la E.A.

Denunciante: Sr. E.J. de la H.C

Asunto: Apelación

Providencia No. 19-2017

Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega

VISTOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, en Sala Plena del 9 de noviembre de 2016, resolvió no aceptar los descargos presentados por los doctores **C.E.S.P.** y **J.H.** de la **E.A.**, y les impuso las sanciones de suspensión en el ejercicio profesional por el lapso de seis (6) meses al doctor **S.**, y por el lapso de dos (2) meses al doctor de la **E.A.**, dentro del proceso número 872 abierto contra ellos por la queja presentada por el abogado Enrique José de la Hoz Campo, en nombre de los padres del señor **O.B.**

Los abogados defensores de los disciplinados interpusieron y sustentaron recursos de apelación contra la decisión mencionada; por providencia del 26 de enero de 2017, el tribunal seccional concedió la apelación impetrada, por lo que envió las diligencias a este Tribunal Nacional para lo de competencia.

Recibido el expediente el 31 de enero de 2017, fue puesto para reparto en Sala del 7 de febrero y correspondió por sorteo al magistrado Juan Mendoza Vega.

Cumplidos los términos, se procede a resolver de acuerdo con los siguientes

HECHOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico recibió el 15 de septiembre de 2014, la queja escrita presentada por el abogado Enrique José de la Hoz Campo en calidad de apoderado de los señores **O.B. y M.A.B.**, contra los médicos **C.E.S.P., J.H. de la E.A. y A.B.M.**, quienes atendieron al señor O.B.J., hijo de los quejosos, a partir del día 23 de Febrero de 2012.

De acuerdo con la queja, el señor O.B.J., ciudadano y residente de los Estados Unidos de América, afectado desde años atrás por un cuadro de gran obesidad mórbida, hizo contacto en un hotel de la ciudad de Miami con el doctor C.S.P., de quien le había hablado una prima suya, para explorar la posibilidad de que el doctor S. le practicara una “cirugía bariátrica”; el doctor S. lo atendió brevemente, le explicó que “se trataba de una operación muy sencilla con un proceso de recuperación muy rápido”, le indicó que debería pagar en efectivo la suma de seis mil seiscientos dólares americanos y que, durante el viaje a Barranquilla para el procedimiento, podría hospedarse en el apartamento de una tía del médico, pagando una cifra adicional por este servicio. El señor B. y su madre viajaron por vía aérea de Miami a Barranquilla el día 23 de febrero de 2012, fueron recibidos en el aeropuerto por la señora A.P., tía del doctor, quien los llevó en primer lugar al consultorio de su sobrino donde conversaron con él y le entregaron la suma pactada, luego de lo cual convinieron en encontrarse al día siguiente 24 de febrero en la Clínica Altos de San Vicente donde se practicaría la operación. Se afirma en la queja que el señor B. no fue examinado por el doctor S. ni en Miami ni en su consultorio, no se le explicaron los riesgos de la cirugía ni se le tomó el consentimiento informado, como tampoco se le realizó consulta de valoración pre-anestésica, pues el anestesiólogo doctor A. de la E.A. solamente tuvo su primer contacto con él en algún momento entre las diez y las once de la mañana, cuando el paciente ingresó a la clínica ya mencionada. Hacia las 11:35 el señor B. fue llevado al quirófano y allí el doctor de la E. intentó realizar la intubación indispensable para comenzar la cirugía, sin que lo consiguiera por las condiciones físicas del paciente; como otro intento de intubación también fallara, el doctor de la E. pidió la ayuda de su colega A.B.M., pero tampoco él a pesar de su mayor experiencia pudo completar el procedimiento, por lo que el doctor S. decidió aplazar la cirugía para las seis de esa misma tarde. Finalmente, tampoco a esta hora se lograron las condiciones anestésicas indispensables para la cirugía programada, por lo que el doctor S. decidió no practicarla y

como el paciente inició signos de complicación respiratoria grave con intensa desaturación, se lo ingresó en la Unidad de Cuidado Intensivo. Allí al parecer entró en coma y permaneció con alteración grave de la conciencia por once (11) días, y aunque la recuperó, fue necesario mantenerlo en la clínica hasta el 16 de marzo de 2012, cuando se lo llevó en avión ambulancia de vuelta a Miami para acabar de atender las varias complicaciones que todavía presentaba en ese momento, las que requirieron atención médica, de enfermería y de rehabilitación durante varios meses.

El tribunal seccional aceptó la queja, abrió averiguación preliminar y con base en ella inició investigación formal sobre el caso; los médicos **C.E.S.P., J.H. de la E.A. y A.B.M.** fueron debidamente identificados, notificados y se les llamó a rendir versión sin juramento.

Cumplidos los términos y diligencias legales, la Sala Plena del tribunal de primera instancia acogió el informe del magistrado instructor y planteó pliego de cargos a los doctores **C.E.S.P. y J.H. de la E.A.**, por presuntas faltas contra los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1981 y los artículos 2, 3, 4 y 5 de la Resolución 1995 de 1999. No se plantearon cargos contra el doctor A.B.M.. Rendidos los descargos correspondientes en debida forma, el tribunal seccional consideró que no fueron desvirtuados los cargos imputados, por lo que en Sala Plena del 9 de noviembre de 2016 decidió imponer al doctor C.E.S.P. la pena de suspensión en el ejercicio profesional por el lapso de seis (6) meses y al doctor A.J.H. de la E.A. la de suspensión en el ejercicio profesional por el lapso de dos (2) meses.

Dentro de términos, los abogados defensores de los disciplinados presentaron recurso de apelación y el tribunal seccional concedió las apelaciones impetradas, las que se resuelven mediante la presente providencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Procederá este Tribunal Nacional de Ética Médica a estudiar cada recurso de manera individual, pues así fueron presentados.

En cuanto al doctor De la E.A., su defensor, el abogado Jorge Alberto Ortiz Angel, tras hacer consideraciones sobre la procedencia, legitimidad, oportunidad e interés jurídico del recurso, lo sustenta en tres presuntos yerros del proveído, así:

- 1- El *a quo* se aparta injustificadamente del hecho demostrado a través de la historia clínica de anestesiología que obra en el proceso, y le niega cualquier valor demostrativo a esa prueba que fue legalmente practicada.
- 2- Yerra gravemente al determinar la inexistencia de valoración preanestésica, a través (sic) de una equivocada construcción de un indicio contingente.
- 3- El tribunal seccional no aplicó el *in dubio pro reo* por tener invertida la carga de la prueba.

Como es cierto que el tribunal *a quo* basa su reproche y la sanción decretada contra el doctor De la E.A. en la inexistencia de examen preanestésico debidamente registrado en la historia clínica del señor O.B. J., debe aceptarse el argumento del recurrente porque a folios 856, 857 y 858 rectos se encuentra un “informe de anestesiología” fechado el 24 de febrero de 2012, que contiene todos los datos de una valoración preanestésica seguidos por el relato de las complicaciones que se presentaron durante las intubaciones fallidas y la intubación con ayuda de fibrobroncoscopio, hasta el traslado del paciente a la UCI de la clínica donde se le estaba atendiendo. Este informe no aparecía en la historia clínica entregada por la Clínica Altos de San Vicente a petición del tribunal seccional, pero fue reconocido como realmente existente en tal historia clínica durante la diligencia de inspección judicial visible a folio 869 del proceso, por lo que es necesario concederle credibilidad y aceptar los argumentos del recurrente.

Respecto al doctor C.E.S.P., son cuatro los conjuntos argumentales en los que se basa la apelación:

1. El tribunal de primera instancia otorgó valor probatorio a actos procesales que no lo tienen.
2. La valoración de los medios probatorios fue parcializada y no integral.
3. La decisión de primera instancia viola los principios de presunción de inocencia y carga de la prueba.
4. El doctor S.P. no tenía la obligación de registrar en la historia clínica lo ocurrido con el paciente después de la complicación anestésica.

Alega el recurrente que el tribunal *a quo* utiliza para gran parte de sus consideraciones la premisa de que los hechos narrados en la queja son hechos probados y que debe “el encartado desvirtuar los mismos”, razonamiento

que contradice la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, de la cual cita la sentencia C-1177 de 2005 en la que fue ponente el magistrado Jaime Córdoba Triviño; en esta decisión, la Corte Constitucional señaló que la queja o denuncia “tiene carácter informativo en cuanto se limita a poner en conocimiento de la autoridad” una conducta presuntamente delictuosa, pero ello “no constituye fundamento de la imputación ni del grado de participación, o de ejecución del hecho, careciendo en sí misma de valor probatorio”. Este argumento incluye la ampliación de la queja, por lo que considera el recurrente que en el expediente no existe en verdad ninguna prueba de cargo, salvo las ya criticadas declaraciones de los quejosos.

Con el debido respeto esta Corporación no comparte el criterio antes citado sostenido por la Corte Constitucional en esa providencia porque hay que distinguir entre varias clases de denunciadores o quejosos a saber:

- a. La del denunciante que es a su vez víctima de los hechos delictivos denunciados
- b. La del denunciante a quien le constan los hechos por haberlos presenciados pero sin ser participe de los mismos.
- c. La del quejoso a quien no le constan los hechos, pero tuvo conocimiento sobre los mismos por otras fuentes informativas

Es claro que en las tres hipótesis se trata de testimonios que deben ser valorados como cualquier otro testimonio; pero en relación con los dos primeros, el de quien testifica sobre los hechos en los que él fue víctima y la de quién los presenció como testigo ático de los mismos son testimonios excepcionales que en principio merecen credibilidad por las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que percibieron los hechos motivo de investigación, pero que de todas maneras deben ser valorados de conformidad con las leyes de la sana crítica.

Es entonces imposible compartir el criterio por la Honorable Corte Constitucional de que se trata de medios de prueba que carecen de cualquier valor probatorio.

En el ámbito ético disciplinario médico, las manifestaciones de los quejosos ameritan un enfoque y valoración especiales, tanto por las muy particulares características de los hechos a que se refieren como por la esencia de los bienes que esta jurisdicción debe tutelar y proteger. En efecto, quien

se queja de la actuación que un profesional ha tenido en un acto médico determinado, conoce del modo más directo lo realmente sucedido puesto que lo ha padecido en su propia persona o en la de alguien muy cercano que se lo ha relatado con detalle; salvo raras excepciones, no se trata de hechos conocidos de lejos sino todo lo contrario, de conductas activas u omisivas sentidas “en carne propia” con dolorosas consecuencias orgánicas y psicológicas; la queja tiene por lo mismo unos tintes de veracidad que suelen ser muy evidentes para el observador desapasionado, quien además notará que con ella no se busca provecho para el ofendido sino la satisfacción moral del reproche a quien abusó de su posición dominante. Además, como los tribunales ético disciplinarios vigilan el cumplimiento de las normas de recta conducta sobre las cuales construye la sociedad su confianza en los médicos, el quejoso es pieza clave en el descubrimiento oportuno de las conductas reñidas con tan trascendentales normas, por lo que merece que su relato sea mirado desde el principio como estimable y plausible contribución al correcto ejercicio de la “más intensamente moral de las profesiones”. El primer grupo de argumentos de la apelación no ha lugar.

Los argumentos contra la forma en que el tribunal *a quo* valoró las pruebas obrantes dentro del proceso, contienen algunas verdades mezcladas con hábiles interpretaciones del recurrente. Es cierto que el disciplinado en ningún momento dijo haber realizado consulta médica de ninguna clase al señor O.B.J., en la ciudad de Miami, pero es igualmente claro que el tribunal *a quo* tampoco hizo tal afirmación y menos aún basó en ella los cargos contra el disciplinado; estos cargos, claramente expuestos en las providencias respectivas, plantean que el disciplinado precisamente no realizó adecuada valoración prequirúrgica a su paciente B., lo cual contraviene lo dispuesto en el artículo 10 de la ley 23 de 1981; el tribunal de primera instancia hace tal afirmación por cuanto el quejoso relata que en la ciudad de Miami solo tuvo con el doctor S.P. un breve contacto en la habitación de un hotel, donde le explicó el médico que la operación propuesta era muy sencilla, con recuperación orgánica pronta, además de informarle el monto de los honorarios que debería pagar en efectivo y la posibilidad de no tener gasto por concepto de hotel en Barranquilla porque sería acogido en la vivienda de una tía del doctor; como a Barranquilla llegó el señor B. con sus parientes por vía aérea el 23 de febrero de 2012 y entró a la clínica donde sería operado al día siguiente, 24 de febrero por la mañana, dedujo el tribunal seccional que no había existido tiempo para la valoración prequirúrgica y además ésta no se hallaba registrada en la historia clínica

formalmente allegada al expediente; el documento visible a folios 845 y 846 rectos, que contiene detallada historia clínica del señor B. (a quien asigna el apellido B.) solo fue entregado al tribunal para su inclusión en el expediente el 24 de agosto de 2016, durante la diligencia de descargos rendida por el doctor S.P. Así las cosas, resulta lamentable que el tribunal de primera instancia no llevara a mayores detalles y más profundidad la investigación, habida cuenta de las dudas que surgían de la discrepancia entre el dicho del quejoso y las afirmaciones del disciplinado, lo que da pie ahora para que el recurrente afirme que no se tuvo en cuenta la presunción de inocencia en favor de su prohijado. Como no se sabe con certeza la hora a la cual llegó el señor B. a Barranquilla, ni se le preguntó por el examen clínico y la gastroduodenoscopia que presuntamente se le practicó ese 23 de febrero, sigue vigente la duda sobre lo ocurrido y será necesario resolverla siguiendo el aforismo de *in dubio pro reo*.

En cuanto a la declaración de la testigo Isabel Cristina Pinto Llinás, como ninguna acción fue planteada al respecto por el a quo, no será analizada por esta superioridad.

Sobre la obligación de registrar en la historia clínica la evolución del paciente, es de recibo el argumento de que tal obligación la tienen aquellos profesionales que intervengan directamente en la atención; como es cierto que el acto quirúrgico planeado por el doctor S.P. para el señor O.B.J., no pudo realizarse por la aparición de las graves complicaciones durante el proceso de intubación, no tuvo el disciplinado la calidad de médico tratante y por lo mismo no se le puede reprochar falla alguna relacionada con las anotaciones en la historia clínica del señor B.

Bastan las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus facultades legales,

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar, como en efecto revoca, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico en el proceso 872, por la cual impuso al doctor C.E.S.P la sanción de suspensión en el ejercicio profesional por espacio de seis (6) meses, y en cambio absolver al doctor S.P. de los cargos que se le imputaron, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Revocar,

como en efecto revoca, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico en el proceso 872, por la cual impuso al doctor A.J.H. de la E.A. la sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el lapso de dos (2) meses, y en cambio absolver al doctor De la E.A. de los cargos que se le imputaron, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado -Presidente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado Ponente; GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ; Magistrado; FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS; Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, Abril treinta (30) del año dos mil trece (2013).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1174 DEL TREINTA (30)
DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

REF:Proceso No. 1310-10 del Tribunal de Etica Médica del Valle del Cauca.

Contra : Dr. M.A.V.F.

Denunciante : Sra. M.H.M. de S.

Magistrado ponente: Dr. Efraim Otero Ruiz.

Providencia No. 25-2013

VISTOS:

Mediante providencia del 6 de marzo de 2013 el Tribunal de Etica Médica del Valle del Cauca decidió no reponer y conceder la apelación al fallo del mismo Tribunal del 28 de noviembre de 2012 mediante el cual resolvió que existían méritos para formular cargos contra el Dr. M.A.V.F. por supuestas fallas en la ética médica durante la colonoscopia practicada el 30 de mayo de 2008 a la sra. A.L.M. de J. por cuadro de diverticulosis que terminó en perforación del colon sigmoide con peritonitis y muerte de la paciente. La queja fue presentada el 20 de enero de 2010. En la diligencia de descargos del 16 de enero de 2013 la apoderada del implicado solicitó la práctica de unas pruebas (interrogatorio de parte y dictamen pericial) que fueron negadas por el Tribunal seccional el 30 de enero, decretando en cambio las pruebas testimoniales solicitadas. La apelación fue presentada el 12 de febrero de 2013 y enviada al Tribunal Nacional donde fue recibida el 3 de abril. El cuaderno único de 240 folios fue puesto para reparto en Sala Plena del 9 de abril correspondió por sorteo al Magistrado Efraim Otero Ruiz .

Cumplidos los términos legales, se procede a decidir de acuerdo con los siguientes:

HECHOS:

En su queja de enero 20 de 2010 la sra. M.H.M.de S., hermana de la paciente, refirió que el 30 de mayo de 2008 la paciente, de 68 años de edad y con antecedentes de hemorragias digestivas hipertensión arterial y enfermedad diverticular, fue atendida ambulatoriamente en el Centro Médico Santiago de Cali por el Dr. M.A.V., gastroenterólogo endoscopista de reconocida experiencia, quien a las 8:30 am practicó colonoscopia, que aparentemente discurrió sin complicaciones aparentes. Media hora después la hermana la notó muy agitada, gritando desesperadamente aunque aún bajo efectos de sedación; al preguntarle al médico éste, en forma descomedida, respondió que el examen se había realizado sin ningún contratiempo, que todo estaba bien y que al salir la llevaran al psiquiatra porque él no veía otro motivo para que ella gritara tanto. Luego el médico se fue del consultorio dejándolas con una auxiliar quien le entregó las placas y le dijo que se la llevara a su casa, que dormiría mucho. Que pasaron como dos horas sin que reaccionara y notó que el estómago le estaba creciendo y la auxiliar le dijo que era aire, que le hiciera masajes para expulsar los gases. Luego se la llevaron en ambulancia a su casa en Jamundí y a eso del mediodía se tornó fría, con baja presión arterial –según una vecina que se la tomó- y en seguida la llevaron al Hospital de Jamundí donde con el diagnóstico de shock profundo, abdomen agudo y posible infarto de miocardio la remitieron a la Fundación Valle de Lili donde le informaron que tenía perforación del colon, la intervienen –suturando perforación de 2 cm en la cara anterior del sigmoide pero a pesar de las medidas de reanimación cardiorespiratoria su estado se agrava y fallece en la misma noche a las 8:30 pm.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:

Este Tribunal Nacional, mediante reiterada jurisprudencia ha sostenido que el auto calificadorio que ordena la elevación de pliego de cargos no es apelable. Efectivamente en providencia N. 92-2012, la Magistrada ponente, doctora Lilian Torregrosa Almonacid, dijo:

“...Respecto a la normatividad citada, se debe aclarar que la Ley 906 de 2004 en su artículo 11 otorga a “la víctima” una serie de derechos, entre los cuales se halla el de interponer recursos “cuando haya lugar”, de manera que puede interpretarse tal disposición en favor del quejoso en el proceso ético-disciplinario médico, para

permitirle recurrir las sentencias según lo dispone el principio constitucional de la doble instancia. Sin embargo, debe tenerse una consideración especial en cuanto a que la decisión por la cual se precluye una investigación no es una sentencia sino un auto de 0calificación del mérito de tal investigación, lo que igualmente se predica del auto por el que se formula pliego de cargos; por lo que no es indefectible, asegurar para tales autos la segunda instancia y ésta puede ser denegada si con ello se contribuye al mejor funcionamiento de la justicia, como se considera que ocurre en el proceso ético-disciplinario médico.

En la sentencia número 59 del año 2012 con ponencia del Magistrado Dr. Juan Mendoza Vega el Tribunal Nacional de Ética médica se manifestó respecto a este asunto de la siguiente manera “La preclusión se encuentra en el mismo nivel procesal que la resolución de planteamiento de cargos, por lo que aceptar para cualquiera de las dos un recurso que implica la calificación, por parte del tribunal de segunda instancia, del acervo probatorio y de la forma como éste ha sido enfocado por la entidad de primera instancia, llevaría al cuerpo colegiado que desatara el recurso a tomar una posición de juzgamiento que forzosamente incidiría en cualquier ocasión futura en que se le presentara de nuevo el mismo asunto, sobre el cual habría evidentemente prejuzgado. Se afectaría así de manera grave el principio del juez imparcial, el cual goza de rango constitucional, de modo que el tribunal de segunda instancia, en pleno, debería declararse incurso en impedimento con todos los perjuicios que ello causaría a la economía procesal, por la demora inherente al trámite de tal impedimento, así como a los intereses de la Sociedad y de las partes intervinientes en el proceso, pues entre otras cosas daría pie a prescripción de la acción disciplinaria en numerosos casos. En efecto, para nombrar los magistrados suplentes sería necesario solicitar lista de candidatos a la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana y Ascofame, para luego esperar a que el Ministerio de Salud y Protección Social hiciera la escogencia y nombramientos, todo lo cual exige varios meses de trámite”.

Frente al aparente conflicto de dos intereses que aquí se presenta: el de garantizar el principio del juez natural y de manera concreta la

imparcialidad judicial y de otro lado, el de velar por la preservación de las dos instancias, esta superioridad se inclina por la preservación de la imparcialidad judicial por ser un principio de rango constitucional (imparcialidad, juez natural, debido proceso) y porque el principio de las dos instancias no sería obligatorio para los autos interlocutorios.

En el caso que se examina, será entonces necesario desestimar el recurso presentado, absteniéndose de considerarlo y manteniendo así la tradicional jurisprudencia de esta corporación en el sentido de que el auto de calificación del proceso, sea para formular pliego de cargos o para precluir la investigación, no tiene apelación..”.

Bastan las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de las atribuciones que le confiere la Ley

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Abstenerse de considerar el recurso de apelación contra la decisión del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, dentro del proceso No. 1310-10, por la razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el presente expediente al Tribunal de origen para lo pertinente. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. LILIAN TORREGROSA ALMONACID, Magistrada – Presidenta; EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, veintinueve (29) Abril del año dos mil catorce (2014)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1221 DEL VEINTINUEVE(29)
DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014)**

Ref: proceso 1065 del tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío

Denunciado: dr. L.H.B.L.

Denunciante: sr. L.A.F.V.

Asunto: recurso de apelación contra decisión de archivo

Magistrado ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora

Providencia No.39-2014

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío, mediante providencia de febrero 11 de 2014, decidió ordenar el archivo de las diligencias en el proceso adelantado en contra del Doctor **L.H.B.L.**, por hechos ocurridos en mayo de 2013.

La providencia se notificó por edicto el 21 de febrero de 2014, interponiendo el denunciante recurso de apelación el 4 de marzo de 2014, el cual fue concedido por el tribunal seccional mediante auto de marzo del mismo año.

El cuaderno que contiene el proceso llegó al Tribunal Nacional de Ética Médica el 20 de marzo de 2014 y mediante sorteo correspondió por reparto al Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA, quien procede a resolver el recurso con base en los siguientes:

HECHOS

El día 30 de julio de 2013 se recibió, remitido por el Tribunal Nacional de Ética Médica, un derecho de petición suscrito por el señor **L.A.F.V.**, contentivo de queja en contra del doctor **L.H.B.L.**

Allí se describe el proceso de atención del paciente **L.A.F.V.**, quien acudió a la Clínica Cruz Verde SA de la ciudad de Pereira, siendo atendido inicialmente por el doctor **O.F.**, quien lo examinó y ordenó exámenes de laboratorio, concluyendo que se trataba de cuadro de abdomen no quirúrgico, enviándolo a la casa con tratamiento de omeprazol e indicaciones en caso de persistencia de los síntomas.

Dado que la sintomatología continuó, volvió a urgencias de la misma institución, donde fue revalorado por el doctor **L.H.B.L.**, quien diagnosticó apendicitis aguda remitiéndolo a institución de tercer nivel para manejo quirúrgico.

Mientras se buscaba la remisión a dicha institución, el paciente presentó elevación de la temperatura corporal, por lo cual su señora esposa insistió ante el doctor **L.H.B.L.**, informando de la situación de su cónyuge.

De acuerdo con el testimonio de la señora **L.F.C.** (esposa del enfermo) el doctor **L.H.B.L.**, le informó que ya el paciente había sido examinado, diagnosticado y remitido y que, si no se ha hecho, no es culpa del médico. Ante esto la señora increpa al doctor **L.H.B.L.** diciéndole que, si entonces van a dejar morir a su esposo y, de acuerdo con su versión, el médico le contestó que: “si se muere pues muy de malas. De algo se tiene que morir uno”.

Volvió la señora a inquirir si entonces no sería mejor llevar al paciente a la casa y retornar al hospital a la mañana siguiente, ante lo cual el médico **L.H.B.L.** le dijo que la condición del paciente era grave y por ello no autorizaba la salida.

Eventualmente, el paciente llegó a la clínica COMFAMILIAR, en donde fue intervenido quirúrgicamente, confirmando el diagnóstico de apendicitis aguda, evolucionando de manera satisfactoria.

El día 11 de febrero de 2014, el tribunal seccional de ética médica, analiza el expediente luego del informe de conclusiones, teniendo en cuenta varios aspectos de la atención médica efectuada.

• RATIFICACION DE LA QUEJA

por parte del señor **L.A.F.V.**, quien insiste en los siguientes puntos:

- a- El maltrato por parte del doctor **L.H.B.L.**, a la esposa del paciente
- b- La falta de control por parte del médico **L.H.B.L.**, al paciente con diagnóstico de apendicitis aguda confirmada, lo cual en su concepto puso en peligro su vida
- c- La demora en la remisión a un centro de mayor complejidad para el tratamiento de la enfermedad abdominal quirúrgica
- d- Las respuestas calificadas por el como “folclóricas” cuando formuló algunos interrogantes sobre la situación.

• ANALISIS DEL FUNDAMENTO LEGAL SOBRE LA ATENCION DE URGENCIAS PRESTADA AL QUEJOSO.

Es un escrito muy extenso y bien fundamentado acerca de dicha atención, el tribunal concluye que la actuación del médico **L.H.B.L.**, se enmarcó en las normas de la Lex Artis y no se demostró que existiera prueba en su contra de lo contrario.

La queja del paciente **L.A.F.V.** no encontró apoyo en la Sala Plena del Tribunal por varias razones:

A- El supuesto maltrato por parte del médico encartado no fue apoyado por ningún otro medio de prueba, aparte de la manifestación de la esposa, infiriendo entonces que obra el principio de IN DUBIO PRO REO en este caso

B- Una vez diagnosticada la enfermedad que aquejaba a **L.A.F.V.**, la obligación del médico se delegaba en la institución de nivel superior que lo atendió luego de manera efectiva y correcta. Por lo tanto, la responsabilidad quedaba en manos de la institución que lo estaba atendiendo. Adicionalmente, con la simple observación de la evolución de la enfermedad que presentaba en las siguientes horas no hubiera cambiado el manejo ni el pronóstico de la misma, como efectivamente ocurrió

C- La demora en remitirlo a un centro de nivel superior tampoco es responsabilidad del médico **L.H.B.L.**

D- Las bautizadas como “respuestas folclóricas” por parte de la EPS tampoco son motivo de análisis de los tribunales de ética médica.

En consecuencia, ordenó el archivo de las diligencias del presente proceso.

El quejoso interpuso entonces RECURSO DE APELACIÓN en forma exclusiva ante esa decisión.

El cuaderno que contiene el proceso llegó al Tribunal Nacional de Ética Médica el 20 de marzo de 2014 y mediante sorteo correspondió por reparto al Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA, quien presentó ponencia ante la Sala Plena de esta Corporación.

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

Este Tribunal en providencia No. 25-2014 de fecha 18 de marzo de 2014, magistrado ponente doctor Francisco Pardo Vargas, sostuvo:

“.... La decisión de archivo es una figura jurídica adoptada por la Ley 906 de 2004, que contiene el Código de Procedimiento Penal vigente en el país. Como la Ley 23 de 1981 carece de disposiciones concretas sobre este trámite, es necesario aplicar la disposición plasmada en el Artículo 82 de la misma, que para lo no previsto en ella remite al Código de Procedimiento Penal. En el artículo 79 de la Ley 906 de 2004 se dispone:

“ARTÍCULO 79 Archivo de las diligencias. Cuando la Fiscalía tenga conocimiento de un hecho respecto del cual constate que no existen motivos o circunstancias fácticas que permitan su caracterización como delito, o indique su posible inexistencia como tal, dispondrá el Archivo de la actuación. Sin embargo si surgieren nuevos elementos probatorios la indagación se reanudará mientras no se haya extinguido la acción penal”.

Contra la decisión de archivo no proceden recursos, pues solamente es susceptible de una orden de reanudar la indagación “si surgieren nuevos elementos probatorios”; esta posición se ha adoptado por el Tribunal Nacional de Ética Médica en varias ocasiones, la

más reciente de las cuales se halla en la providencia 25-2014 con ponencia del magistrado doctor Francisco Pardo Vargas. En consecuencia, no es procedente estudiar un recurso de apelación como el del caso que se estudia, menos aun si el pretendido recurrente no aporta prueba alguna distinta de sus personales puntos de vista ya analizados por el tribunal de primera instancia.

Así las cosas, será necesario abstenerse de resolver sobre la apelación impetrada....”

Bastan las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus atribuciones legales,

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Abstenerse de estudiar la apelación impetrada contra la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío, en el proceso 1065, por la cual se ordenó el archivo de la queja, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO** Contra esta Resolución no procede Recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo pertinente. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado- Presidente (E.); FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado Ponente; LILIAN TORREGROSA ALMONACID, Magistrada; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, julio dos (02) del año dos mil trece (2013).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1183 DEL DOS (02) DE
JULIO DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

**REF: Proceso No. 770, Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca
Contra: Doctor Y.A.G.,
Denunciante: Señora H.P.F.
Asunto: Recursos de reposición y apelación**

Providencia No. 41-2013

Magistrado ponente: Dr. Juan Mendoza Vega

VISTOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca, en sesión de Sala Plena del 17 de Abril de 2013, dentro del proceso número 770 resolvió sancionar al doctor Y.A.G., con suspensión en el ejercicio de la medicina por término superior a seis (6) meses y ordenó enviar las diligencias al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

Recibido el cuaderno que contiene el expediente el 17 de Mayo de 2013, fue puesto para reparto en Sala Plena del 21 y se adjudicó por sorteo al Magistrado Juan Mendoza-Vega. En Sala Plena del 28 de Mayo, el Tribunal Nacional decidió imponer al doctor G., la sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el término de doce (12) meses. Notificada la decisión, el defensor del disciplinado, abogado Franklyn Fajardo Sandoval, presentó dentro de términos los recursos de reposición y el subsidiario de apelación, que fueron repartidos al magistrado ponente en Sala del 25 de Junio.

Cumplidos los términos, se procede a decidir de acuerdo con los siguientes:

HECHOS:

Para la decisión de primera instancia, se resumieron así:

En oficio de la Procuraduría General de la Nación, seccional del Cauca, fechado el 15 de Junio de 2010 recibió el Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca, la queja de la señora H.P.F., contra el doctor Y.A.G., por presuntas faltas cometidas en la atención a la hija de la quejosa, señora C.L.C., el día 2 de Febrero de 2010, en el municipio de La Sierra, departamento del Cauca.

De acuerdo con el relato de la señora H.P.F., el doctor G., no atendió a su hija, quien había sido llevada al Centro 2 del mencionado municipio, con cuadro de intenso dolor abdominal “y desmayo”, porque no se encontraba en las instalaciones de dicha entidad asistencial aunque estaba de turno; afirma la quejosa que a la enferma solamente la atendió una enfermera, que ésta llamó por teléfono al doctor G., y él dio recomendaciones de tratamiento por la misma vía y luego “mandó para la casa” a la señora C. La señora C. volvió a consultar por urgencias “el día 3 de Febrero a tempranas horas de la mañana” y entonces otro doctor que había recibido el turno la remitió a Popayán porque encontró señales de apendicitis, cuadro que en el “Hospital Susana López de Valencia” fue comprobado y requirió cirugía inmediata, en el curso de la cual se halló cuadro de peritonitis grave para la cual se instauró tratamiento y pudo ser controlada, con buen resultado final para la enferma.

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca aceptó la queja y realizó la investigación del caso, durante la cual recibió ratificación y ampliación de la queja, obtuvo y estudió la historia clínica de la señora C.L.C., recibió testimonios juramentados de la auxiliar de enfermería Leidy Rocío Sañudo Díaz, del señor Miguel Ángel Canchala, vigilante del Centro 2 de La Sierra y de otros funcionarios de la misma institución, y en Sala Plena del 6 de Diciembre de 2010 decidió plantear pliego de cargos por presunta falta contra los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1981 al doctor Y.A.G., a quien citó para diligencia de descargos según lo dispuesto en la misma Ley 23 de 1981.

Oídos y analizados los descargos del disciplinado después de varios aplazamientos solicitados por él con base en que cambió de domicilio y ahora

está radicado en la ciudad de Santa Marta, tras recibir los testimonios que en tales descargos se solicitaron, resolvió el tribunal seccional en Sala Plena del 4 de Agosto de 2011 no aceptar los descargos del doctor Y.A.G., y en consecuencia, le impuso la sanción de Suspensión en el ejercicio profesional por el lapso de tres (3) meses. Notificada la providencia en debida forma, el abogado Franklyn Fajardo Sandoval como defensor del disciplinado presentó y sustentó dentro de términos, con fecha 26 de Agosto de 2011, recurso de apelación que fue concedido en Sala Plena del 1 de Septiembre de 2011 y que se resolvió por este Tribunal Nacional de Ética Médica declarando la nulidad de lo actuado a partir del informe de conclusiones y devolviendo el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia.

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca procedió a rehacer la actuación para subsanar la nulidad, como en efecto lo hizo. Culminada legalmente la investigación con participación tanto del médico acusado como de su abogado defensor, planteó pliego de cargos contra el doctor Y.G., por presunta violación a los artículos 5, 1, 34 y 42 de la Ley 23 de 1981 y recibió los descargos por escrito, presentados al tribunal por el abogado defensor, junto con la solicitud del testimonio de quien dirigía la institución asistencial donde ocurrieron los hechos, en el sentido de informar si se adelantó proceso disciplinario con base en estos mismos hechos contra el médico acusado, así como el resultado de tal proceso.

Una inspección judicial a la mencionada institución asistencial, dentro de la cual declaró la actual directora de la misma, permitió probar que no hubo investigación alguna contra el doctor Y.G., por los hechos que se investigan. Estudiado el acervo probatorio, el tribunal de primera instancia resolvió en Sala Plena del 8 de Mayo de 2013 que el doctor Y.G., no desvirtuó las acusaciones contenidas en el pliego de cargos, que las conductas respectivas están demostradas y son graves, por lo que se debe imponer sanción superior a los seis (6) meses de suspensión. En consecuencia, siguiendo lo dispuesto en el artículo 89 de la Ley 23 de 1981, envió las diligencias a este Tribunal Nacional para lo de competencia.

Analizado el expediente, el Tribunal Nacional estuvo de acuerdo con la decisión del tribunal seccional y decidió imponer al doctor Y.A.G., la pena de suspensión en el ejercicio profesional por el lapso de doce (12) meses, decisión que ha sido recurrida por el abogado del disciplinado

con la pretensión de que se reponga para revocar completamente, o en subsidio, se conceda la apelación para ante el Ministerio de Salud que de acuerdo con la Ley 23 de 1981 toma en estos casos el carácter de segunda instancia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Como se anotó en el fallo recurrido, está probado más allá de cualquier duda, inclusive con la declaración del propio doctor G., que mientras la señora C. estuvo esa madrugada en la institución asistencial el médico no se encontraba allí ni acudió al ser llamado por teléfono, sino se limitó a dar instrucciones a la auxiliar de enfermería que estaba al lado de la enferma; además, las anotaciones en la historia clínica relacionadas con esa atención, que aparecen a folio 177 recto y verso del informativo con el sello y la firma del doctor Y.G., fueron sin duda escritas en fecha y hora posteriores a las allí consignadas, porque él mismo admite que no se encontraba en tal centro asistencial a esas horas, por lo que no podría haber llenado los datos de signos vitales y examen clínico que aparecen manuscritos en los formatos citados.

En el memorial de sustentación, admite una vez más el recurrente la veracidad factual de la acusación y centra su inconformidad en una presunta valoración equivocada de los hechos y las pruebas que, según él, hace que en la providencia sancionatoria no se expliquen claramente las razones para aplicar precisamente esa pena y no decidir totalmente en favor del acusado o al, menos aplicar otra sanción mas leve. Este Tribunal Nacional encuentra que el análisis del acervo probatorio se hizo con adecuada sujeción a las exigencias de la sana crítica, sin omitir lo que podría haber sido favorable para el disciplinado y argumentando paso por paso el enfoque de cada asunto, hasta llegar a una decisión bien sustentada. La lectura de los siguientes párrafos basta para demostrar este aserto:

“Para intentar justificar su ausencia y el no haber examinado a la enferma sino haber dado órdenes por teléfono, el disciplinado y su abogado defensor insisten en las declaraciones de dos personas que citó en sus descargos el disciplinado, a saber, la señora Idaly Taquez Díaz y el señor Laureano Gómez Rivas, esposo de la señora Taquez, quienes sostuvieron que el doctor G., fue llamado por ellos para atender a la señora I., en las primeras horas de la madrugada de los hechos, que el médico

acudió a tal llamado y estuvo en la residencia de esta señora por varias horas. Además, parece sugerir el disciplinado que la señora C.L.C., fue atendida adecuadamente cuando consultó a la institución varias veces mencionada y como prueba aduce que en una audiencia de conciliación el vocero de la ESE Centro 2 se negó a conciliar con la señora C. porque “de acuerdo a (sic) lo establecido en la historia clínica siempre atendió a la paciente y con base en su cuadro clínico se realizaron las acciones pertinentes”; pasa convenientemente por alto que no pudo hacer historia clínica porque no estaba presente en el servicio de urgencias donde tenía obligación de estar, no pudo realizar acciones pertinentes por la misma causa y en realidad no atendió ni bien ni mal a la señora C. porque no tuvo el menor contacto con ella, apenas le ordenó medicamentos por teléfono afrontando todos los riesgos que semejante conducta implica”.

“Para este Tribunal Nacional, es claro que el doctor Y.A.G., no estaba en su lugar de trabajo como médico de turno en urgencias en la madrugada del 1 de Febrero de 2010, y por ello no cumplió ante la enferma C.L.C., con lo dispuesto en el artículo 5 ni tampoco en el artículo 42 de la Ley 23 de 1981; igualmente, que hay pruebas de que hizo anotaciones en la historia clínica que no corresponden a la verdad, lo cual va contra lo dispuesto en el artículo 34 de la misma ley y no puede quedar impune”.

“La declaración de la señora Taquez y de su esposo, si bien parecen explicar dónde se encontraba el doctor G., no alcanzan a justificar la ausencia porque atender el servicio de urgencias era la obligación principal y aún si la señora Taquez hubiera necesitado atención inmediata, lo lógico era hacerla llevar al centro asistencial, donde además habría contado el médico con facilidades técnicas e instrumentales que ciertamente no tenía en el domicilio de dicha señora. Estos testimonios, pues, no cambian la situación del disciplinado respecto a la atención que debía haber dado a la señora C. ni al incumplimiento de sus deberes institucionales, como acertadamente lo argumentó el tribunal de primera instancia”.

“El doctor Y.A.G., no estaba cumpliendo con sus obligaciones en el servicio de urgencias de la entidad asistencial en determinado día y hora, por lo que no ofreció a la señora C., la atención oportuna debida y que anotó en la historia clínica con su firma y sello de manera fraudulenta,

acusación especialmente grave que no ha sido desvirtuada y merece sanción”.

No es de recibo, como puede observarse, la afirmación de que hubo inadecuada valoración probatoria ni tampoco que la providencia sancionatoria no explica con claridad las razones de la sanción, por lo que el recurso de reposición no está llamado a prosperar.

En cuanto a una presunta “reformatio in pejus” a la que el memorialista dedica varios largos párrafos, por cuanto él mismo admite paladinamente que “no se está en la situación precisa de la figura que plantearé”, pues la sanción de suspensión por tres meses estuvo entre los elementos declarados nulos y por consiguiente jurídicamente inexistentes por el Tribunal Nacional cuando resolvió el recurso presentado por la defensa en el año 2011, no será objeto de consideración o argumentación alguna en esta providencia.

Bastan las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus facultades legales,

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: No reponer la decisión adoptada el 28 de Mayo de 2013, dentro del proceso 770 originado en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca, por la cual se impuso al doctor Y.A.G., la sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el término de doce (12) meses, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

ARTÍCULO SEGUNDO: Conceder el recurso subsidiario de apelación para ante el Ministerio de Salud y Protección Social. **ARTÍCULO TER-**

CERO: Enviar el expediente al Ministerio de Salud y Protección Social, para lo de su competencia. **CÚMPLASE.**

FDO. EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado- Presidente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, doce (12) de Julio del año dos mil dieciséis (2016)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1326 DEL DOCE (12)
DE JULIO DEL AÑO DOS MIL DIECISÉIS (2016)**

REF: Proceso: No 3041 Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca

Denunciante: señor J.H.T.

Contra: doctora O.L.S.

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas

Providencia No. 53-2016

VISTOS

Por solicitud de la Superintendencia de Salud radicada el 29 de enero de 2.015, el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca recibe por competencia la queja presentada por el señor J.H.T.G., por presuntas irregularidades relacionadas en la atención médica que se le prestara a su hijo el menor L.E.T., en el servicio de Urgencias de la Clínica Nuestra Señora del Rosario de SaludCoop de la Calera el día 21 de agosto de 2.014. En Sala del 10 de febrero de 2.015 el Tribunal Seccional acepta la queja y declara abierto el correspondiente proceso ético disciplinario. Recaudadas las pruebas pertinentes, el magistrado instructor presenta en Sala del 27 de octubre de 2.015 su informe de conclusiones en el cual considera que existen méritos para formular cargos a la doctora O.L.S., por ser la médica que atendió al paciente en su turno del 12 agosto de 2.014. Realizada la diligencia de descargos el Tribunal no los aceptó y sancionó a la encartada con amonestación privada por violación de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1.981. Interpuesto el recurso de reposición el Tribunal Seccional lo negó y concedió el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. Recibido por esta corporación el 21 de junio de 2.016 fue asignado por sorteo al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

HECHOS

El menor L.E.T.C. de 12 años de edad, consulta a la EPS SaludCoop subsidiado en la Clínica de Nuestra Señora del Rosario de la Calera el 12 de agosto de 2.014 a las 6:18 am por presentar cuadro clínico de seis horas de evolución consistente en dolor abdominal que se acompaña de vómito en tres episodios, diarrea, fiebre y ninguna otra sintomatología. Es atendido por el médico D.D.S. quien hace una impresión diagnóstica de apendicitis no especificada; ordena hemograma, parcial de orina, coproscopico y prescribe Metoclopramida y no aplicar analgesia. Ordena nueva valoración con resultados de laboratorio y entrega su turno a las 7:00 am a la doctora O.L.O., quien consigna en la historia clínica que el paciente refiere mejoría del dolor abdominal, no vómito, no diarrea y no fiebre; abdomen blando depresible, con leve dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha haciendo constar que “en el momento no considero signos positivos para abdomen agudo” (10.15 am). A las 11.24 am anota: 1. Dolor abdominal. 2. Apendicitis descartada. Por los hallazgos al examen físico y paraclínicos se indica salida y se dan recomendaciones al padre del paciente, se proscribe “medicación alguna para el dolor, estará en reposo, si llega a presentar nuevo episodio de dolor abdominal, diarrea, vómito o fiebre, debe consultar por urgencias”. Tres días después (agosto 15 de 2.014) a las 18:56 reconsulta a la Clínica de la Calera y es atendido por el doctor D.J.M.B. quien registra un paciente con cuadro clínico de cuatro días de evolución caracterizado por trauma cerrado de abdomen a nivel de flanco derecho, el médico ordena nada vía oral, cuadro hemático, y parcial de orina, encontrando leve neutrofilia por lo cual ordena dejar el paciente en observación, vigilancia clínica abdominal y cuadro hemático de control. A las 5:25 del 16 de agosto de 2.014 persiste el dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, paciente con picos febriles de 39° y al examen físico abdominal defensa muscular marcada en fosa ilíaca derecha y un reporte de cuadro hemático que revela aumento de la neutrofilia por lo que decide remitir el paciente a valoración y manejo por cirugía pediátrica. El paciente es remitido al Hospital de la Misericordia donde fue intervenido quirúrgicamente practicándosele apendicectomía más drenaje peritoneal y omentectomía.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

El cuadro clínico de la apendicitis en los menores y en los adultos mayores tiene características ATÍPICAS que retardan su diagnóstico complicando

gravemente su evolución por la aparición de peritonitis que pone en peligro la vida de los pacientes y en no pocos casos ocasionan su fallecimiento. De ahí que el diagnóstico oportuno de esta enfermedad requiere médicos suficientemente experimentados y conscientes de la importancia de un diagnóstico oportuno. Lamentablemente es frecuente comprobar cómo en las instituciones médicas de un Primer Nivel de Atención, se responsabiliza a profesionales con poca experiencia del manejo de los Servicios de Urgencias, desconociéndose que “la medicina de emergencias se caracteriza por la necesidad imperiosa de realizar actos médicos rápidos, presionados por el tiempo y el volumen de enfermos que consultan a estos servicios. Es innegable que el médico de urgencias obra bajo presión, no tiene el tiempo necesario para hacer un interrogatorio extenso y debe confiar en una inmejorable preparación académica y un criterio clínico bien formado que le permita minimizar los riesgos de una práctica tan insegura como la de las emergencias”¹ Tal no es el caso de la profesional sancionada, médica graduada en la Universidad Antonio Nariño y especialista en epidemiología de la Fundación del Área Andina, quien se vincula a la Clínica SaludCoop de la Calera en el área de urgencias. Quizá la benignidad de la sanción impuesta por el Tribunal Seccional a la doctora O., se explique por la decisión de los directivos de la Clínica de responsabilizarla en el manejo de las urgencias y ojalá la peligrosa evolución del paciente en mención, felizmente superada gracias al criterio de médicos experimentados, les sirva de experiencia para la ubicación de los profesionales a su servicio.

En el caso presente es indudable que se presentó un error inexcusable al confiar al padre del paciente su cuidado, a quien la misma abogada defensora califica de descuidado por “no tener presente y seguir las recomendaciones médicas” según consta en el párrafo final del recurso impetrado (F 128). Todo ello representa claramente una lamentable carencia de pericia y de prudencia en la actuación de la profesional sancionada.

Bastan las anteriores consideraciones para que el Tribuna Nacional de Ética Médica en uso de sus atribuciones legales

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar como en efecto confirma la sanción impuesta por el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca a la doctora O.L.S., consistente en amonestación privada. **ARTÍCULO SEGUNDO:**

Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado-Presidente; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado Ponente; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado; FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, Noviembre doce (12) del año dos mil trece (2013)

**SALA PLENA SESIÓN No.1202 DEL DOCE (12) DE
NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

**Ref: Proceso 2755 del tribunal de Etica Médica de Cundinamarca
Contra el doctor W.A.G.B
Denunciante señora Y.R.J.**

**Magistrado ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas
Providencia No.90-2013**

VISTOS

Mediante Providencia proferida el 14 de marzo de 2.013 el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca formuló cargos al doctor W.AR.G.B., por posible violación de los Artículos 15 y 50 de la Ley 23 de 1.981, en la atención prestada al señor P.A.R.H., en el Centro de Salud de Fosca; y al no aceptar los descargos presentados por el profesional subjudice, en Resolución aprobada en Sala el 13 de agosto de 2.013, el Tribunal Seccional impuso al doctor G.B., sanción de Amonestación por violación de los artículos ya mencionados. Esto provocó la presentación de Recurso de Reposición, el cual fue negado por el Tribunal Seccional y aceptado el de Apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. Recibido por esta Corporación el 8 de octubre de 2.013 fue asignado para su estudio al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

HECHOS

El señor P.A.R.H., pensionado de la Policía Nacional, de 84 años de edad y con el antecedente de una gastroyeyunostomía practicada hacía un año, asistió el 6 de octubre de 2.012 a las 14 horas al Centro de Salud de Fosca, Cundinamarca, por presentar dolor abdominal agudo de dos horas de evolución. Fue atendido por el médico rural W.AR.G.B., quien encontró

un paciente hemodinámicamente estable, afebril, sin signos de irritación peritoneal. Diagnosticó una gastritis aguda y formuló Hiocina Butil Bromuro con Dipirona diluída en 20 c.c.; después de media hora de observación le prescribió Ranitidina 200 mg. cada 12 horas. Cuarenta minutos después (14:40) regresa al Centro de Salud por persistencia de intenso dolor epigástrico y al examen físico no se encuentran cambios de los descritos en la primera valoración; ordena Ranitidina 100 mg IV y da salida con “recomendaciones”. A las 19 horas del mismo día vuelve a consultar por persistencia del dolor y vómito sanguinolento. El doctor W.AR.G.B., diagnostica gastritis aguda y colon irritable y le da salida con “medidas generales y signos de alarma”. Ante esta decisión los familiares solicitan el traslado del paciente al Hospital Central de la Policía, pero el médico no lo autoriza por no encontrar “criterios de remisión”. Pese a la insistencia de los familiares el galeno mantiene su negativa al traslado por lo cual ellos deciden contratar por su cuenta una ambulancia y con la anuencia del doctor W.AR.G.B., quien no les da ningún tipo de remisión emprenden viaje al HOCER, donde llegan a las 11:34 de la noche.

Allí es internado con diagnóstico de abdomen agudo por posible isquemia mesentérica u obstrucción intestinal. Sometido a exámenes complementarios se decide practicar laparotomía a las 4:24 de la madrugada, encontrándose múltiples adherencias y perforación de úlcera de 1cm en la antigua anastomosis gastroyeyunal y 1.500 cc de líquido en cavidad. Se practicó enterorrafia y lavado peritoneal dejando laparostomía. El post operatorio fue accidentado desarrollando sepsis y falleciendo el 9 de noviembre de 2012, a los 29 días de la intervención. Por lo que consideraron como una negligencia del médico del Centro de Salud en facilitar el traslado del paciente, cuyo estado exigía un nivel de atención que contara con los recursos necesarios para manejar el delicado estado del señor R., sus parientes interponen la queja ante el Tribunal De Ética Médica de Cundinamarca contra el médico W.AR.G.B., dando origen al Proceso descrito ya al inicio de en el acápite de VISTOS.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

El cuadro clínico presentado por el señor P.A.R., la gravedad de la lesión que lo produjo y las circunstancias que rodearon su manejo, así como los argumentos que presenta el Recurso de Apelación, ameritan las siguientes consideraciones:

1. De la actuación del médico acusado.

El doctor W.AR.G.B., de 29 años de edad egresado de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, se desempeñaba desde hacía 3 meses como médico rural del Centro de Salud de Fosca; atiende oportunamente al señor R. y al encontrarlo hemodinámicamente estable descarta un cuadro de abdomen agudo y lo valora en tres oportunidades más ante la persistencia del dolor que se va agudizando y la aparición de vómito sanguinolento. Diagnostica entonces gastritis aguda y se niega a remitir el paciente al Hospital Central de la Policía, el cual se realiza por decisión de sus familiares y el médico se niega a emitir una orden de remisión. Las malas condiciones que presenta el señor R. al llegar al HOCER, obvian cualquier trámite administrativo y con celeridad se llega a diagnosticar un abdomen quirúrgico que es intervenido sin demora.

Visto el cuadro en forma retrospectiva resulta relativamente sencillo calificar como inexplicable el error diagnóstico del médico rural y su renuencia a remitir el paciente a un Centro de mayor complejidad. Pero existen circunstancias de tiempo, modo y lugar que deben tenerse en cuenta antes de considerar como grave la falta cometida por el acusado y proferir un veredicto condenatorio.

En efecto, de lo expresado por el doctor W.AR.G.B., en su diligencia de versión libre, es pertinente transcribir lo siguiente: “Yo me negué a remitir al paciente porque al examen físico del paciente y corroborándolo con la historia clínica no daba para un abdomen agudo o un cuadro que tuviese “criterios de remisión”, pues en aquel momento era compatible con una gastritis aguda, los signos vitales eran estables y tanto los familiares como el paciente afirmaba (sic) que el señor llevaba varios días ingiriendo alcohol en grandes cantidades sin ingesta de alimentos” (F51-52). Y agrega: “en el momento en que ellos dicen que se lo llevan en forma particular no tengo ninguna objeción a eso, pregunto a mis compañeros de trabajo cuál debe ser el procedimiento a seguir y si debe llevar remisión porque yo desconozco ese paso y ellos me dicen que va sin remisión porque es un traslado particular y no ha sido comentado ni con el CRUE ni con el Servicio de Referencia y Contra referencia de la Policía” (F52). De estas declaraciones saltan a la vista dos hechos que explican la conducta del versionado. El primero es la impericia manifiesta al dejarse pasar desapercibido, en el seguimiento que se le hizo al paciente, el incremento en la

intensidad de dolor, refractario a la medicación aplicada y la aparición del vómito sanguinolento que a todas luces estaba indicando la presencia de complicaciones que exigían ser estudiadas utilizando recurso tecnológicos de los cuales carecía el Centro de Salud y por lo tanto era prioritario y urgente el traslado del paciente a un nivel superior de atención; y segundo, es el lamentable estado de desorientación que acusaba el médico implicado al reconocer con ingenua franqueza que desconocía el procedimiento a seguir en la remisión de pacientes a otras instituciones de salud, como si en los tres meses que llevaba trabajando en el Centro no se le hubiera presentado ningún caso.

Mal habla del interés demostrado por el doctor W.AR.G.B., cuya conducta en este aspecto raya en negligencia al no apersonarse de las obligaciones que entraña el correcto desempeño de su cargo. Estas consideraciones llevan a esta Corporación a apoyar la decisión del Tribunal Seccional de formular Cargos al doctor W.AR.G.B., por violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1.981 y al no aceptar sus descargos la Sanción que motivó la Apelación.

2. Del Recurso de Apelación

Inicia su alegato el abogado defensor afirmando categóricamente que el doctor W.AR.G.B., “no violó el artículo 15 de la Ley 23 de 1.981 por cuanto no expuso al paciente a riesgo alguno” (F73) puesto que en el tiempo de cinco horas que lo mantuvo en observación se encontraba dentro de lo asignado para determinar un abdomen agudo y si en el Hospital Central de la Policía se tomaron diez horas para definir la conducta, resulta “ilógico pedirle a un médico en un primer nivel de atención que no observara la evolución normal de un dolor abdominal hasta obtener una manifestación de agudeza, siendo que en un tercer nivel le agregaron cinco horas más de observación antes de determinar que el paciente era quirúrgico, tal pudiera pensarse que el incremento del riesgo de lo ocurrido al señor P. A., lo generó la Clínica Central de la Policía con cinco horas más de evolución en espera de la manifestación aguda del abdomen y no el doctor W.A., con una observación de sólo cinco horas menos que dicha Clínica” (F 73). Tan simplista conclusión, explicable quizás por ser el defensor un profesional ajeno a los menesteres del ejercicio clínico, no es en modo alguno de recibo como argumento para reclamar al inocencia del su poderdante; pero en gracia de discusión debe aclarársele al abogado defensor lo siguiente:

Primero: que el tiempo de observación al paciente en el Centro de Salud demostraba claramente un agravamiento progresivo de la sintomatología sin que se tomara ninguna medida efectiva para solucionarlo. Segundo: que la decisión de trasladar el paciente al Hospital Central de la Policía la tomaron sus familiares y no quien lo debería hacer, es decir el médico tratante, quien solo accedió debido a la insistencia de estos y en ese momento reveló una increíble ignorancia en el funcionamiento en el sistema de remisión, injustificable en quien ejercía las funciones de responsable del funcionamiento en dicha área del Centro de Salud. Tercero: que el estado general del paciente a su llegada al Hospital de la Policía era crítico y a pesar de no llevar ninguna nota de remisión fue admitido inmediatamente lo cual indica que si no hubiera sido por la decisión de sus familiares el paciente no habría resistido el viaje desde Fosca hasta Bogotá. Cuarto: que el tiempo transcurrido en el HOCEN desde su ingreso hasta el inicio de la intervención quirúrgica fue utilizado en practicarle los exámenes paraclínicos necesarios para precisar el diagnóstico y definir la conducta a seguir.

No es pues adecuado hacer una comparación simplista entre el tiempo transcurrido en el Centro de Salud y en el Hospital Central de la Policía, para calificar el grado de eficiencia de estas dos instituciones. Por último el Recurrente trata de justificar las fallas del doctor W.AR.G.B., en la atención médica y en la remisión del paciente, a la carencia de Guías de Manejo empleadas en los servicios de salud, las cuales en sus propios términos “castran la pericia del médico y lo someten a la guía de manejo médico y los jueces en los casos civiles juzgan por la adherencia a la Guía” y añade “aquí en este caso la guía no existió, el médico no tenía a su favor la directriz que exige la norma vigente para diagnosticar, así, cualquier decisión que el médico adoptara era a cuenta y riesgo de su ciencia, de armar un rompecabezas con lo que había aprendido dogmáticamente en el libro de la universidad o en la escasa directriz que al azar recibiera de algún médico que en su año de internado, si tuvo la suerte de ver el manejo de un abdomen agudo.

El médico tenía en contra el medio que le brinda la Guía de Manejo y esa desventaja lo llevó determinar una conducta apoyada solo en su poca experiencia, en la experiencia que determinó su juicio y ese juicio fue “no hay criterios de remisión”. Y concluye: “el médico estaba sólo con lo que pensaba y las normas hablan de Adherencia a Guías y los jueces juzgan todos los días con adherencia a Guías” (F74).

Los anteriores conceptos, utilizados aquí para justificar la poca experiencia de su defendido reconociendo de paso su impericia en el manejo del paciente, representan desafortunadamente una deformación muy común entre gentes poco familiarizadas con el campo de la educación médica, sobre la función que cumplen las Guías de Manejo como elemento facilitador del ejercicio profesional. Como bien lo dice su nombre la función de las Guías es la de Orientar y no la de Imponer, respetando la experiencia y el buen criterio de los profesionales. Es un instrumento que ayuda a poner orden y sirve como valioso auxiliar en el proceso diagnóstico y terapéutico apoyando las conductas expuestas en el texto con referencias bibliográficas de óptima calidad, sirviendo de paso como agentes de educación continua.

Supeditar como lo presenta el recurrente el buen ejercicio de la profesión a disponer de unas Guías infalibles, es desconocer de tajo el proceso de aprendizaje que, ese sí, está normatizado en las Escuelas de Medicina con el objetivo de formar profesionales idóneos dotados de conocimientos teórico prácticos que les permitan adquirir un criterio clínico para aplicarlo en el manejo de sus pacientes y no como el recurrente describe a su poderdante así “era un médico joven, recién nacido, que lo tenía todo para sacar un buen diagnóstico, ahí no estaba la Guía, no estaba el riesgo, no estaba el algoritmo, no estaba el criterio de remisión, no estaba el medio a su favor, utilizó lo que tenía a su alcance y lo utilizó bien” (F 74)

Definitivamente esos no son argumentos que aporten alguna luz tendiente a favorecer la actuación del médico acusado y por ello esta Superioridad no los acepta y está de acuerdo con la sanción impuesta al doctor W.A.R.G.B., por el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca por violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1.981.

En cuanto a la violación del artículo 50 de la Ley 23 de 1.981 esta Corporación no encuentra concordancia entre las características del Certificado Médico como “documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona” y las actuaciones imperitas del médico acusado y su incapacidad para cumplir lo establecido en el proceso de remisión del paciente a otra institución de salud.

Bastan las anteriores consideraciones para que el Tribunal Nacional de Ética Médica en uso de sus facultades legales

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma, la sanción de Amonestación impuesta por el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca al doctor W.AR.G.B., por violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1.981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Absolver al doctor W.AR.G.B., por el supuesto cargo de haber expedido un certificado falso. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta Providencia no procede Recurso alguno. **ARTÍCULO CUARTO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo pertinente. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado-Presidente; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado; LILIAN TORREGROSA ALMONACID, Magistrada; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, treinta y uno (31) de Octubre del año dos mil diecisiete (2017).

**SALA PLENA SESIÓN No.1390 DEL TREINTA Y UNO (31)
DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

Ref: Proceso No. 812 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico

Denunciante: Señora L.A.L.S.

Contra el Doctor: J.H.C.M.

Magistrado Ponente Dr. Gabriel Lago Barney

Providencia No. 91-2017

VISTOS:

Mediante providencia del 25 de abril de 2017 el Tribunal Seccional eleva pliego de cargos al doctor J.H.C.M., providencia notificada al apoderado del médico implicado el 27 de abril de 2017.

El 24 de mayo de 2017, el médico implicado rindió diligencia de descargos acompañado de su apoderado. Mediante providencia del 9 de agosto de 2017, el Tribunal Seccional no aceptó los descargos e impuso sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el término de sesenta (60) días al doctor J.H.C.M., providencia notificada por edicto del 16 de agosto de 2017.

El 18 de septiembre de 2017, el médico implicado a través de apoderado, interpuso recurso de Apelación contra la providencia del 9 de agosto de 2017. Mediante auto del 14 de septiembre de 2017 el Tribunal Seccional concede el recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 20 de septiembre de 2017 se recibió en esta Corporación el expediente que consta de un cuaderno con 610 folios. Es puesto a reparto el día 26 de septiembre de 2017 y correspondió por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez.

En sesión 1388 del 10 de octubre el doctor Francisco Henao Pérez presentó impedimento para conocer del caso, el cual fue aceptado en sesión 1389 del octubre 24 de 2017 y en consecuencia se realizó nuevo reparto correspondiendo al magistrado Gabriel Lago Barney.

HECHOS:

La paciente M.M.C. L. (q.e.p.d.) de 37 años de edad para la época de los hechos, que fue intervenida por el Doctor J.H.C.M., con diagnóstico de obesidad mórbida, en la CLÍNICA BAUTISTA de la ciudad de Barranquilla, el día 26 de Noviembre de 2011 practicándosele la cirugía conocida como “sleeve gástrico” o manga gástrica, presentó como complicación dehiscencia de la sutura, que la llevó a una peritonitis y sepsis requiriendo tratamientos quirúrgicos, lavados múltiples y amputación de las manos y de la pierna derecha, hospitalización en cuidado intensivo. El día 3 de diciembre de 2011 fue trasladada al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO de la ciudad de Bogotá, en donde dieron continuidad al tratamiento; a pesar del cual la paciente falleció el día 25 de enero de 2012

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:

1.- Indicación de la Cirugía:

Para el momento de la primera consulta la paciente tenía un peso de 96 Kg y un índice de masa corporal (IMC) de 36.26, lo que la catalogaba como una paciente con Obesidad Mórbida Grado II, para el día anterior a la cirugía; la paciente por orden médica había bajado 4 Kilogramos, es decir, pesaba 92 Kg con un IMC de 34.6 el día de la cirugía; esto de acuerdo a los números la catalogaba como una paciente con obesidad mórbida Grado I y posiblemente por unas pocas décimas estaba por fuera de los “*protocolos*”. Pero como siempre ha insistido este Tribunal, no se intervienen quirúrgicamente protocolos, sino pacientes, en quienes las frías cifras son apenas una guía para su manejo; el médico encartado tuvo en cuenta también otros factores de la paciente M.M.C.L., como son sus antecedentes, el dolor lumbar que refería, la disnea que la agobiaba, antecedentes de múltiples cirugías previas, tendientes a mejorar su figura corporal, y problemas laborales; así como su deseo de mejorar su obesidad mediante un procedimiento quirúrgico. Algo que el Doctor J.H.C.M., llama con razón “*una larga lucha contra su problema de obesidad*” (folio 253), situación

ésta que suele caracterizar este tipo de pacientes. Es decir, la paciente era consciente de su obesidad, estaba molesta con ella, le estaba causando alteraciones en el estado de salud, había padecido estados depresivos descritos como severos, presentaba alteraciones en el sueño, en la calidad de vida, en el rendimiento laboral y la exponía a riesgo vascular; y dado que vivía en la ciudad de Santa Marta, había solicitado a su prima que habitaba en la ciudad de Barranquilla, le averiguara un médico que le hiciera la operación. De hecho, asistió a consulta con dos especialistas de Barranquilla, decidiéndose entonces, que la operara el Dr. J.H.C.M.. No se trata de que los cirujanos operen de cualquier cosa a cualquier paciente que se lo solicite, no, la paciente C.L. (q.e.p.d.), tenía una obesidad mórbida y unas circunstancias individuales y personales que hacían que tuviera esperanza en una cirugía Bariátrica. Pero si estas razones no son suficientes, reposa en el expediente a folios 282 a 291 un artículo que describe las guías de manejo de la Asociación Americana para la Cirugía Metabólica y Bariátrica, en donde se muestran los beneficios de dicha cirugía en pacientes con obesidad mórbida Grado I, de modo que no está en contra de la Lex Artis, o por lo menos es motivo de controversia científica, practicar una cirugía Bariátrica en pacientes con obesidad mórbida Grado I.

Así las cosas, la paciente deseaba y aceptaba la cirugía, y basados en la relación médico paciente, su cirujano conceptuó había indicación para practicársela, y la programó para el procedimiento de mutuo acuerdo.

2.- Valoración preoperatoria:

La señora M.V.A.G., prima de la paciente M.M.C.L. (q.e.p.d.), relata textualmente a folio 342: *“yo la acompañé a la cita (con el Dr. J.H.C.M.) él le entregó una dieta pre quirúrgica, exámenes de laboratorio, interconsulta con anestesiólogo, y la citó para valoración previa a la cirugía y la realización de esta.”*

El día 25 de noviembre de 2011, se realizó la valoración pre anestésica por parte del Dr. F.B.M., anestesiólogo cardiorácico, quien anotó los múltiples antecedentes quirúrgicos, el ser fumadora, y el antecedente de hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina (Eutirox ®)(folio 88). Anotó el resultado de los exámenes de laboratorio, de una radiografía de tórax y un electrocardiograma, y catalogó el riesgo como ASA II por

hipotiroidismo y obesidad; y consideró que se podía programar para cirugía de manga gástrica. (folios 52 y 53).

Consideraron los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico que este tipo de pacientes con comorbilidad o comorbilidades, deben ser bien evaluadas, pues la paciente ameritaba *“una prudente evaluación preoperatoria de su hipotiroidismo”* (folio 587) y acto seguido agrega: *“Pero la sala ve con claridad, que dicha valoración no podía hacerse por un cirujano general ni evaluarse con un Peritazgo (sic) de otro cirujano general, pues es obvio, desde el punto de vista médico, no son expertos en esos menesteres que se enmarca (sic) en la especialidad de Endocrinología o por lo menos de un especialista de Medicina Interna.”*

Esta Superioridad comparte la opinión del Tribunal Seccional, en cuanto a la valoración preoperatoria de cualquier paciente, en el sentido de que debe ser adecuada y bien evaluada; lo que respeta, pero no comparte este Tribunal, es la opinión de que no fue adecuadamente evaluada; la paciente M.M.C.L. (q.e.p.d.), con hipotiroidismo, conocido, tratado, y controlado, paciente que fue valorada por dos médicos, un anestesiólogo, cuya opinión también sub valoran los magistrados del Tribunal Seccional, y un cirujano experto en cirugía metabólica. El antecedente se conocía, el tratamiento también, eso implicaba un riesgo anestésico ASA II, pero en nada iba a cambiar la conducta pre y post operatoria. En otras palabras considera este Tribunal Nacional que un cirujano metabólico y un anestesiólogo altamente calificados, son idóneos para evaluar y manejar el preoperatorio y el postoperatorio de una cirugía Bariátrica electiva, en una paciente con hipotiroidismo conocido y en estado eutiroides por el tratamiento recibido; posiblemente no lo sean en el diagnóstico y en el seguimiento a largo plazo, situación ésta que no es la que nos ocupa, de manera que no es de recibo la opinión del Tribunal Seccional al respecto.

3.- Fecha de la Historia Clínica realizada por el Dr. J.H.C.M.:

Está absolutamente fuera de toda duda, por todo el material que obra en el expediente, que la paciente M. M.C.L. (q.e.p.d.), fue intervenida quirúrgicamente en la clínica BAUTISTA de la ciudad de Barranquilla, el día 26 de noviembre de 2011, por el Dr. J.H.C.M., quien le practicó una cirugía Bariátrica conocida como “sleeve” gástrico.

Por lo tanto no es posible que la consulta preoperatoria se hubiera realizado con posterioridad a la cirugía, hay un error en la fecha de la historia clínica preoperatoria realizada por el DR. J.H.C.M., dado que el documento mencionado, que aparece a folio 406, tiene la fecha del 7 de febrero de 2013, como también hay un error, cuando se afirma en la queja presentada por la señora L.A.L.S. (folio 6) que la cirugía fue en noviembre 26 de 2012, fecha que también se menciona en la providencia del 9 de agosto de 2017 en sesión de sala plena N° 792 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico (folio 577) y que no es objeto de ningún análisis en el expediente, y es que es tan obvio el error que seguramente todos asumen, como lo hace esta superioridad, que simplemente fue un error involuntario, y que en todo caso no tiene ninguna trascendencia para el desenlace del caso sub judice. Solamente se menciona este hecho para recordar que el ser humano es imperfecto, sus actos son imperfectos, la perfección no existe y siempre hay posibilidad de error. En el entendimiento que es muy diferente, y reviste una gravedad distinta el error en cada una de las dos fechas mencionadas.

Ocupémonos entonces de la historia clínica realizada por el DR. J.H.C.M. (folio 406) y sobre la que la sala del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico *“llega al convencimiento de que esa historia clínica, no tiene prueba material y no fue realizada por el encartado”* (folio 588).

En la diligencia de descargos el DR. J.H.C.M. explicó que por problemas de *“software”* al imprimir una historia clínica, éste registraba la fecha del día de la impresión en vez de la fecha de la elaboración; que él había impreso esa historia para guardarla en físico, dado que se habían borrado algunas historias, y que en todo caso la fecha del 7 de febrero de 2013 es anterior en 8 meses, a la fecha en que se conoció la queja en el Tribunal Seccional, *“por lo que no hay razón para pensar que fue elaborada con el objeto de influir en los resultados de esta actuación”* (folio 604).

En la declaración bajo Juramento que hace la señora M.V.A.G., prima de la paciente M.M.C.L. (q.e.p.d.), relata textualmente a folio 342: *“yo la acompañe a la cita (con el Dr. J.H.C.M.) él le entregó una dieta pre quirúrgica, exámenes de laboratorio, interconsulta con anestesiólogo, y la citó para valoración previa a la cirugía y la realización de esta.”* Y más adelante, a folio 343 dice *“En la consulta que ella tuvo con el (Dr J.H.C.M.) le habló de tres procedimientos diferentes si no estoy mal, el balón, y le explicó*

el sleeve y el Bypass y le explicó cada uno de esos procedimientos”. De manera que existe suficiente material probatorio de que la cita existió y hubo una valoración preoperatoria en que se presentaron las opciones quirúrgicas.

Ahora bien, respecto al registro escrito de esa cita, existen dudas para los magistrados del Tribunal Seccional sobre la fecha de su elaboración, y ante la inexistencia de una prueba que ratifique la suposición del Tribunal Seccional de que no fue realizada por el encartado, este Tribunal Nacional de Ética Médica, acoge la tesis de la defensa en su alegato de apelación que a folio 606 dice: *“El Tribunal Seccional NO desvirtuó la presunción de inocencia que existía frente a las exculpaciones del procesado y no cumplió con la carga probatoria que legalmente le correspondía: No puede olvidarse que en virtud del artículo 29 constitucional, todo procesado en una actuación judicial o administrativa, se encuentra cobijado por la presunción de inocencia. Por tanto, la carga probatoria en un procedimiento de naturaleza sancionatoria siempre recaerá en cabeza de la autoridad, quien es la encargada de llegar a la verdad de los hechos y, en caso de sancionar, deberá haber llevado a cabo todos los esfuerzos necesarios para desvirtuar tal presunción de inocencia más allá de duda razonable, labor que no fue suficientemente cumplida en esta ocasión por el Tribunal Seccional.”*

4.-Tipo de cirugía realizada:

El “*sleeve*” o manga gástrica es una cirugía plenamente aceptada por la comunidad de cirujanos para tratar la obesidad mórbida. Como se mencionó anteriormente, existen otras formas de tratamiento, incluso por supuesto el tratamiento no quirúrgico, con dieta y balones intra gástricos, y algunos experimentos con cirugía endoscópica, que aún no han probado su utilidad.

A la paciente M.M.C.L. (q.e.p.d.), se le realizó dicha intervención el día 26 de noviembre de 2011 en la CLÍNICA BAUTISTA de la ciudad de Barranquilla, siendo cirujano el Dr. J.H.C.M. (folios 7 y 67). Los numerosos consentimientos informados tanto para la realización de la cirugía como para el procedimiento anestésico, (folios 63 a 65), además de la información preoperatoria (folios 272 a 281), firmados por ella, indican la aceptación de la paciente al procedimiento, así como también al cirujano responsable

del mismo y al anestesiólogo. No hay que olvidar que la paciente tuvo la oportunidad de escoger entre dos cirujanos, y se decidió por el doctor J.H.C.M., lo reconoce la misma quejosa en su escrito de queja, a folio 2 “... donde el Médico J.H.C.M. (sic) quien ha gozado de buen prestigio realizando operaciones por la técnica de la laparoscopia...”, pero más importante, que el Dr. J.H.C.M. viene realizando cirugía laparoscópica desde 1993, es decir desde el año que se introdujo en Colombia ese tipo de cirugía, y que además ha sido instructor de técnicas quirúrgicas laparoscópicas para obesidad mórbida a nivel nacional e internacional. (folio 255) Es decir, no se puede culpar al Dr. J.H.C.M. de falta de Idoneidad o de Impericia. En los apartes más importantes de la descripción quirúrgica se lee: “se realiza gastrectomía vertical con sutura mecánica” y luego: “prueba de azul de metileno negativa”. Lo que habla de la integridad de la sutura. No se vislumbra entonces ninguna falta contra la ley de Ética Médica en la realización del procedimiento quirúrgico.

5.- Evolución Postoperatoria:

Preocupa a los magistrados del Tribunal Seccional, el hecho del manejo casi ambulatorio, que no completamente ambulatorio, de esta paciente ya que como consta en el expediente, la señora C.L. (q.e.p.d.) pasó la noche en el hospital, es decir duró hospitalizada 24 horas después de la operación. La sala del Tribunal Seccional comparte en todo la opinión del Ponente al respecto que a la letra dice: “El Ponente también tiene incertidumbre relacionada con el manejo ambulatorio muy temprano (24 horas), cuando las guías de manejo de este tipo de pacientes con estas comorbilidades, señala (sic) la necesidad de dejarla en internamiento para observación entre 48 y 72 horas, periodo en el que se puede detectar las complicaciones, tanto del mismo procedimiento quirúrgico, como la respuesta individual en la salud del paciente.” (folio 27 de la ponencia y 467 del expediente)

Al respecto defiende el Dr. J.H.C.M. en sus descargos argumentando que: “no existe sustento probatorio alguno en este proceso, que respalde la conclusión de que a esta paciente se la debía dejar en observación por un periodo de 48 a 72 horas” (folio 510). No obra en el expediente ninguna prueba documental que sustente la afirmación del Tribunal Seccional, y en cambio existe el concepto aportado por el médico endilgado proveniente de la literatura de uno de los textos de cirugía más reconocidos del mundo, aportado como prueba por la defensa y también citado por el magistrado

ponente doctor que dice: *“Por lo común se hospitaliza al paciente por una noche después de la operación SG (sleeve gástrico). La hospitalización más prolongada está indicada para pacientes con enfermedades más graves.”* (Schwartz. Principios de Cirugía. Novena edición, capítulo 27 tratamiento quirúrgico de la obesidad pg. 949-978. 2010) (folio 517). Nótese como en el año 2010 ya este autor mencionaba la hospitalización por una noche.

La defensa aportó dos artículos recientes que tratan de la bondad de la cirugía ambulatoria en estos pacientes, mencionados en la Peritación rendida por el Cirujano Dr. JUAN CARLOS DAZA HINOJOSA que fue igualmente aportado por la defensa y que no fue tenido en cuenta por el Tribunal Seccional; ante la pregunta: *“¿En el caso sometido a estudio, qué opinión le merece la duración de la internación postoperatoria a la que fue sometida la paciente M.M.C.L., antes de que se le ordenara salida?”* Contestó: *“Es la duración usual de la hospitalización en pacientes sometidos a manga gástrica; en la actualidad existe literatura que inclusive respalda el manejo ambulatorio de este tipo de cirugía, pues en los mismos artículos se evidencia que no hay aumento de los reingresos o complicaciones cuando se dan de alta antes de 12 horas de realizada su cirugía, De hecho, es claro que actualmente esta es la tendencia mundial en referencia a procedimientos de este tipo, no solo por el hecho de que reduce los costos de hospitalización, sino porque estos manejos permiten que los médicos dediquen mayor tiempo y cuidado a pacientes en hospitalización que sí lo requieran.”* (Folio 541). Para sustentar lo anterior en los anexos se encuentran dos publicaciones científicas, en las cuales se recomienda manejo ambulatorio para este tipo de cirugías, es decir salida en las primeras 12 horas de postoperatorio.

La primera de ellas corresponde a un estudio realizado por los departamentos de anestesiología y cirugía digestiva de la Amiens University Medical Center, en Francia, publicado en 2016 por la revista Journal of Clinical Anesthesia. El objetivo de dicho estudio fue determinar la viabilidad del manejo ambulatorio del “Sleeve” Gástrico por laparoscopia, debido a la creciente demanda de esta cirugía en la institución. Frente a esto, la conclusión fue que este protocolo quirúrgico asegura comodidad y seguridad para el paciente, siempre y cuando se tomen las debidas precauciones pre quirúrgicas, y siempre y cuando exista un compromiso serio por parte del paciente en los cuidados en casa, razón por la cual se recomienda en el estudio que el manejo ambulatorio siga siendo utilizado. (folio 548)

En el mismo sentido, la segunda referencia bibliográfica aportada por la defensa corresponde a un estudio publicado el 30 de noviembre de 2015, titulado: *"Fully Ambulatory Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: 328 Consecutive Patients in a Single Tertiary Bariatric Center"*. En este estudio se analizó los resultados de 328 pacientes sometidos a *"Sleeve"* Gástrico por laparoscopia, concluyéndose que este tipo de procedimiento operatorio se puede realizar en forma ambulatoria en un grupo seleccionado de pacientes con resultados aceptables en términos de retención, readmisiones y tasas de complicaciones. (folios 550 a 556 del expediente).

APRECIACIÓN DE LA PRUEBA PERICIAL. (Artículo 420. Del Código de Procedimiento Penal.) Para apreciar la prueba pericial, en el juicio oral y público, se tendrá en cuenta la idoneidad técnico científica y moral del perito, la claridad y exactitud de sus respuestas, su comportamiento al responder, el grado de aceptación de los principios científicos, técnicos o artísticos en que se apoya el perito, los instrumentos utilizados y la consistencia del conjunto de respuestas. Es potestad del Juez aceptarlo, y podría no tenerse en cuenta la Peritación, pero la relevancia de los artículos mencionados es indudable, pues dan luces acerca de la conducta que debe seguirse que permite despejar las dudas sobre los señalamientos realizados al galeno encartado.

El artículo 422. Del mismo Código de procedimiento Penal, señala las características que deben cumplir los documentos científicos para ser admisibles: *"ADMISIBILIDAD DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS Y DE PRUEBA NOVEL. Para que una opinión pericial referida a aspectos noveles del conocimiento sea admisible en el juicio, se exigirá como requisito que la base científica o técnica satisfaga al menos uno de los siguientes criterios:*

- 1. Que la teoría o técnica subyacente haya sido o pueda llegar a ser verificada.*
- 2. Que la teoría o técnica subyacente haya sido publicada y haya recibido la crítica de la comunidad académica.*
- 3. Que se haya acreditado el nivel de confiabilidad de la técnica científica utilizada en la base de la opinión pericial.*
- 4. Que goce de aceptabilidad en la comunidad académica."*

Cabe aquí la afirmación del Dr. Edgar Saavedra, Abogado Penalista y Asesor Jurídico del Tribunal Nacional de Ética Médica: *“La relación entonces entre el ejercicio de la medicina y el derecho penal y el derecho disciplinario, tienen una muy estrecha relación, de manera lamentable que a nivel culposo surge de la falta de estudio y de estar al día con los portentosos adelantos que la medicina nos depara día a día no solo en los ámbitos tecnológicos sino en las nuevas terapias y técnicas quirúrgicas, la aparición de nueva y constante farmacopea, que convierte a la Medicina en una ciencia que se renueva siempre en su constante evolución...”*

No se puede entonces castigar a un médico por estar al día en los conocimientos y tendencias de la medicina moderna, y por lo tanto, no es de recibo entonces que la paciente ha debido estar hospitalizada 24 a 48 horas basado en el supuesto de que el Hipotiroidismo controlado es una *“enfermedad Grave”* concepto que como ya se dijo, no comparte este Tribunal.

6.- Dehiscencia de la Anastomosis, Fístula Gástrica y Peritonitis.

No es de recibo la suposición de la Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico al afirmar sin ningún sustento probatorio: *“También señala la sala, para sustentar lo expresado anteriormente, que esta paciente y no otra, presentó sus complicaciones en el transcurso de las primeras 12 horas.”* (folio 582)

Existen en cambio importantes evidencias de que esto no pudo haber ocurrido así:

a) La descripción quirúrgica y el testimonio del Dr. M. R.C., ayudante en el acto quirúrgico, señalan que durante la cirugía se utilizaron suturas mecánicas, que son desechables, es decir que se usan una sola vez, tecnología probada durante más de cuarenta años de uso en cirugía y durante más de 20 años de uso en cirugía laparoscópica. Y cuya fabricación defectuosa es sumamente rara, pero que si llega a ocurrir, su fracaso es tan obvio y evidente, dado que no se afrontan ni suturan los bordes de la herida gástrica, lo que es absolutamente aparente en forma inmediata para cualquier observador y por supuesto para el cirujano y sus ayudantes, esto no puede pasar desapercibido, y sería la única razón por la que la paciente estuviera con complicaciones dentro de las primeras 12 horas; en realidad esto no sería una complicación sino una falla técnica que son dos cosas diferentes.

b) Tal contingencia no ocurrió dado que, como se registró en la descripción quirúrgica, al final de la sutura se realizó la prueba de azul de metileno, patrón de oro aceptado para el momento de los hechos, para determinar si hay fugas o escapes en la sutura, siendo esta negativa.

c) Se colocaron puntos invariantes en el tercio superior. Esto que no es absolutamente indispensable, puesto que la práctica ha demostrado que los pacientes evolucionan bien sin hacerlo, sí constituye una medida de precaución, y buen juicio del cirujano.

d) Así las cosas, es sumamente improbable que la fistula, esa sí una complicación inherente al procedimiento, y fuera del control del cirujano, se hubiera producido en las primeras doce horas. Siendo entonces perfectamente aceptable la tesis de la defensa de que posiblemente la fistula se debió a necrosis de una parte del tejido, y ocurrió en cualquier momento, y es imposible precisar cuándo, después de las primeras 24 a 48 horas de terminado el procedimiento.

e) En la Epicrisis de esa hospitalización, con fecha de egreso del 27 de noviembre de 2011 a las 17:00, vale decir, poco más de 24 horas después de realizado el procedimiento, y que obra a folios 60 y 61 del expediente, se lee: *“Evolución intrahospitalaria: Paciente con evolución postquirúrgica satisfactoria. Hemodinámicamente estable, alerta, consciente, orientada, afebril, hidratada tolerando vía oral. Sin complicaciones, afebril, pinral (sic), cuello móvil, simétrico...hay un renglón ilegible...no adenopatías, tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular presente sin sobre agregados, RSCSRS (sic) no soplos. Abdomen blando, depresible (sic), no doloroso, no masas, peristalsis presente, extremidades eutróficas, puntos de abordaje quirúrgico en buen estado sin signos de infección local. Llenado capilar menor de dos segundos. Pulsos distales presentes. Es dada de alta por especialista tratante con recomendaciones y signos de alarma.”* Ciertamente, esta descripción detallada del estado clínica de la paciente, no es el cuadro clínico de una peritonitis, y menos de una sepsis, y suponiendo que se estuviera gestando en ese momento, era imposible diagnosticarla clínicamente con esa evolución favorable dentro de las primeras 24 horas.

El día 29 de noviembre de 2011 a las 11:02 AM ingresa nuevamente por urgencias a la CLÍNICA BAUTISTA la paciente M.M.C.L. (q.e.p.d.), por presentar dificultad respiratoria y dolor abdominal, desde el día anterior en horas de la tarde, acompañados de vómito en número de 4, dos de ellos

con hematemesis, hipoperfusión tisular, por lo que requiere soporte ventilatorio y hemodinámico y, una vez estabilizada, es llevada a cirugía con diagnóstico de abdomen agudo, donde por vía laparoscópica, se practicó exploración de la cavidad encontrando peritonitis y dehiscencia de sutura en tercio superior del estómago. Se realizó drenaje, lavado y sutura de la dehiscencia, se remitió a la unidad de cuidados intensivos (UCI) donde ingresó a las 16:49 con diagnósticos de: Síndrome de disfunción orgánica múltiple, sepsis intra abdominal y choque séptico, equimosis en MSSS (sic), esfacelación en antebrazo derecho. Se continuó manejo con soporte orgánico, antibioticoterapia, optimización de la volemia y de la perfusión tisular.

Lo ocurrido entre el momento de la salida y el reingreso a la clínica, se basa en lo expresado por el familiar, obrante a folio 88 del expediente: *“Presentó dolor de intensidad referida por familiar (normal) que mejoraba con analgésicos orales e intramusculares. Además, ameritó para dormir ansiolíticos. El esposo de la paciente informa que desde ayer en la tarde inicia con dificultad respiratoria, y dolor abdominal, presentó vómito en AM (sic) # 4 (2 de ellos con material hemético). El dolor y la disnea se exacerbó en el día de hoy, por lo que decide consultar a urgencias de esta institución, ...”*

En su Versión Libre, ratificada en la diligencia de Descargos, el Dr. J.H.C.M. afirma que el compañero de la paciente M.M.C.L. (q.e.p.d.) se comunicó con él para informarle que tenía dolor, le contestó que debía llevarla a la clínica para valoración, hecho que no ocurrió sino hasta el día siguiente.

Existe la Versión Bajo la gravedad de Juramento rendida por la prima de la paciente, Señora M.V.A.G., en la que relata que antes de irse al trabajo le dejaba a la paciente la dieta ordenada y por la noche la encontraba dormida. *“Yo la veía solo en la mañana, y hablaba por teléfono y estaba bien, pero después que la internaron por el mismo comentario del novio quien era el que se quedaba con ella, manifiesta que ella había tenido dos días de dolor; que habían comunicado con el Dr. J.H.C.M. quien les decía tráiganmela a la clínica, pero que después lo llamaban y decían que ya se le había pasado que ya estaba bien.”* (folio 342). Adicionalmente, la paciente recibió Inmovan®, que tiene efectos sedantes. Es decir, la paciente no siguió las recomendaciones postoperatorias indicadas por el médico y

en conjunto con los cuidadores en casa, subestimaron los signos clínicos a pesar de la recomendación médica de acudir al Hospital.

7.- Origen de la Sepsis:

Lo más lógico es pensar que la paciente se infectó a causa de la dehiscencia de la sutura gástrica, que llevó al vertimiento del jugo gástrico a la cavidad peritoneal, con posterior contaminación bacteriana. También, aunque mucho menos probable pudo haberse presentado una contaminación externa, por algún objeto o persona presente en la intervención. Los protocolos de la clínica al respecto son estrictos y no hay ninguna evidencia de ello.

De todas maneras, este Tribunal Nacional está en discordancia total con el Consejo de Estado, sala de lo contencioso administrativo sección tercera – subsección Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth veintinueve (29) de agosto de dos mil trece (2013) Expediente: 30283 Radicación: 25000 2326 000 2001 01343 01 quien sostiene:

“44. Tampoco puede considerarse, para efectos de exonerar de responsabilidad a la administración por los daños derivados de infecciones nosocomiales, que éstas encajan dentro de lo que la doctrina denomina como “riesgos del desarrollo”, pues este concepto se refiere específicamente a aquellos eventos, que no sólo son irresistibles, sino también imprevisibles. Las infecciones intrahospitalarias, según ya se señaló, si bien pueden llegar a ser irresistibles, no son imprevisibles pues constituyen un riesgo conocido por la ciencia médica y, además, son prevenibles y controlables, al punto de que la tasa de incidencia de infecciones nosocomiales en los pacientes de un establecimiento determinado es un indicador de la calidad y seguridad de la atención.

45. En suma, en criterio de la Sala, el riesgo puede servir como factor para atribuir jurídicamente responsabilidad a la administración por los daños causados como consecuencia de una infección de carácter intrahospitalario, entendida como aquella que se contrae por el paciente en el hospital o centro asistencial. En estos eventos la responsabilidad es de carácter objetivo, por lo que la parte demandada, para liberarse de la obligación de indemnizar los perjuicios, tendrá que demostrar que el paciente ya portaba el cuadro infeccioso antes de ingresar al nosocomio.

47. Vale la pena insistir en que aunque las infecciones nosocomiales (sic) pueden llegar a ser irresistibles, son prevenibles y controlables, por lo que está en manos de las entidades hospitalarias adoptar todas las medidas establecidas en los protocolos diseñados por las autoridades competentes a efectos de reducir los riesgos que comporta para los pacientes, en especial para aquellos que resultan más vulnerables como los niños, las personas de la tercera edad y quienes padecen de enfermedades crónicas, el uso de cierto instrumental médico, la permanencia prolongada en los establecimientos hospitalarios y el contacto directo o indirecto con otros pacientes infectados”.

Las infecciones en los pacientes operados existen, y seguirán existiendo puesto que las bacterias son habitantes normales del cuerpo humano, de la piel, del tracto respiratorio, del tracto digestivo y genital, y es a partir de ahí mucho más que de factores externos que se producen. Las instituciones hospitalarias tratan de prevenir el riesgo, llevan sus estadísticas, pero es inevitable que se produzcan infecciones.

En este caso en particular llama la atención que las dos bacterias que se cultivaron en el líquido de la peritonitis, eran un saprofito del tracto gastrointestinal y un *Estafilococo aureus*, bacterias ambas, sobre todo la segunda, que a pesar del medio hostil como es la acidez gástrica pueden colonizar el estómago, y causar la peritonitis; el modo de presentación clínica y la rapidísima evolución de la paciente hablan de una patogenicidad muy severa, que no es la comúnmente observada en otros casos de peritonitis.

Lo que siguió para esta condición fue la tórpida y fatal evolución de una paciente con falla orgánica multisistémica secundaria a un choque séptico debido a una peritonitis cuyo origen fue una fistula gástrica ocurrida en un estómago operado de una manga gástrica.

Así las cosas, no encuentra este Tribunal Nacional de Ética Médica razones para calificar la actuación del Doctor J.H.C.M. de imperita, imprudente, o negligente.

Son suficientes las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional De Ética médica en uso de las atribuciones que le confiere la Ley:

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar la decisión sancionatoria del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, contra el Doctor J.H.C.M., identificado con la cédula de ciudadanía de y registro médico de la Secretaría de Salud del Atlántico por violación a los artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981 y en su lugar absolverlo de todos los cargos. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente decisión no proceden recursos. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA; Magistrado; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, Noviembre veintiséis (26) del año dos mil trece (2013).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1204 DEL VEINTISEIS (26)
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

REF: Proceso No. 665 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico

Contra: Doctores T.A.S., D.V.S. y A.S.

Denunciante: Sr. S.S.E.

Asunto: Recurso de apelación ante providencia sancionatoria

Magistrado ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora

Providencia No.96-2013

VISTOS

La sala plena del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico decidió, el 9 de octubre de 2013, no aceptar los descargos expresados por el doctor D.V.S., médico Ginecoobstetra identificado con la cédula de ciudadanía ... expedida en ... y Registro Médico número..., expedido por la Secretaria de Salud del Atlántico, y decidió sancionarlo con SUSPENSION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO DE SEIS MESES.

Tampoco aceptó los descargos del doctor T.A.S., médico general identificado con cédula de ciudadanía número ... expedida en ... Registro Médico número... expedida por el Ministerio de la Protección Social, y decidió condenarlo a CENSURA ESCRITA Y PUBLICA.

Dentro de términos, el abogado LUIGI CARLO CIANCI FLOREZ, defensor del médico D.V.S., e identificado con la cédula de ciudadanía número 72.274.735 de Barranquilla y TP número 144.773 del HCSJud, interpuso recurso de apelación en contra de la providencia del tribunal de primera instancia.

El cuaderno que contiene el proceso fue recibido por esta superioridad el 18 de noviembre de 2013. Puesto para reparto correspondió por sorteo el 19 de noviembre al Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA, quien procede a resolver la alzada con base en los siguientes:

HECHOS

El 26 de octubre de 2011 se recibió en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, oficio proveniente de la Secretaria de Salud del Atlántico, por queja presentada por el señor S.S.E., contra el personal médico de la Clínica San Ignacio de la ciudad de Barranquilla, por atención prestada los días 18 a 20 de junio de 2010, a la señora K.B.H (QEPD), identificada con cédula de ciudadanía... expedida en Barranquilla.

Se trataba de una paciente de 29 años de edad, quien consultó a la mencionada institución a las 10:23 AM por cuadro de dolor hipogástrico irradiado a región lumbar escalofríos y hematuria de cuatro horas de evolución, disuria, tenesmo y polaquiuria. Se examina a la paciente, sin encontrar aparentemente abdomen de tipo quirúrgico y se confirma el diagnostico de infección urinaria, para lo cual se ordena tratamiento antibiótico y se envía a la casa con recomendaciones a las 12:23 PM del mismo día.

Vuelve a consultar a las 5:30 AM del 19 de junio de 2010 por dolor abdominal y vomito, acompañados de deposiciones diarreicas. Al examen no se encontraron signos de irritación peritoneal. Se hospitalizo en observación de urgencias con líquidos endovenosos, analgésicos, antiespasmódicos y antieméticos. Se controla médicamente en cuatro oportunidades y a las 4:00PM se solicita ecografía abdominal que no demuestra lesiones específicas. Continúa en observación y en otras cuatro oportunidades es valorada por el médico de urgencias, sin encontrar signos de emergencia abdominal quirúrgica desde el punto de vista clínico.

El 20 de junio de 2010 a las 3:00 AM es valorada por el ginecólogo D. V.S., quien encuentra signos de abdomen agudo de tipo quirúrgico. Con diagnostico de obstrucción intestinal, embarazo ectópico y/o plastrón apendicular, se solicita remisión a entidad de tercer nivel, la cual no fue posible efectuar, a pesar de llamar a varias instituciones de salud y a la aseguradora MUTUAL SER, la cual no logra ubicar a la paciente. Debe anotarse que la Clínica San Ignacio ofertaba en ese momento los servicios de cirugía general ante el Ministerio de la Protección Social en su

directorio de prestadores. La enferma se deteriora progresivamente y a las 11:45 AM se recibe informe de ecografía practicada el día anterior, la cual reporta abundante liquido en cavidad abdominal y masa ecogenica en fosa iliaca derecha.

Es valorada entonces por el cirujano general doctor A.S., casi diez horas después de solicitada la interconsulta, quien encuentra la paciente con un franco abdomen agudo y en muy malas condiciones, con signos de choque séptico y con un riesgo anestésico elevado, motivo por el cual es llevada de urgencia a la sala de cirugía, donde se practica laparotomía exploratoria que revela abundante liquido purulento en cavidad. Al poco tiempo de iniciada la cirugía la enferma presenta episodios de paro cardiorrespiratorio que no responden a maniobras de reanimación, falleciendo en el quirófano. El Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico elevó pliego de cargos a los doctores T.A.L. y D.V.S., mientras que al cirujano doctor A.S., lo eximió de responsabilidad, no elevó pliego de cargos y ordenó archivar la parte correspondiente a su proceso.

En cuanto al doctor A.L., el juez ac quo aceptó que había examinado en varias ocasiones a la paciente, pero le reprocha el no haber dejado constancia de su deterioro clínico progresivo y, por lo tanto, lo sanciona con CENSURA ESCRITA Y PUBLICA.

Por su parte, al doctor D.V.S., le endilga haber trasgredido el artículo 13 de la Ley 23 de 1981 (El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales) y lo sanciona con SUSPENSION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO DE SEIS MESES. Deja además constancia de los antecedentes disciplinarios de D.V.S., quien ha sido acusado en varias ocasiones ante este tribunal de primera instancia y haber sido sancionado previamente en otros casos.

EL RECURSO DE APELACIÓN

El abogado LUIGI CARLO CIANCI FLOREZ, defensor del médico sancionado, basa su inconformidad en los siguientes argumentos

- 1- Solicitud de caducidad de la acción ético disciplinaria en el presente asunto, de acuerdo con la nueva hermenéutica jurídica sobre la caducidad de la facultad sancionatoria
- 2- Ausencia de violación del artículo 13 de la Ley 23 de 1981
- 3- Carencia absoluta de pruebas en contra del inculpaado

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

1- SOBRE LA SOLICITUD DE CADUCIDAD DE LA FACULTAD SANCIONATORIA

El abogado Cianci Florez esgrime argumentos en favor de esta petición, indicando que el término de caducidad de la acción y del término de prescripción procesal es de tres años, basando su análisis en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en jurisprudencias del Tribunal Nacional de Ética Odontológica.

A este respecto, esta superioridad manifiesta al abogado Este Tribunal Nacional de Ética, en Noviembre de 2013, con ponencia del Magistrado Dr. Efraím Otero Ruíz, en la Providencia No.92-2013 expresó:

“...Dice el recurrente que son dos aspectos en los cuales esta Corporación se fundamenta para negar la declaratoria de caducidad y que tales hechos son:

“ No existe pronunciamiento de la Corte Constitucional que sostenga que el término de prescripción de la acción disciplinaria en el ámbito médico deba regirse por las disposiciones contenciosas administrativas y no por las normas penales disciplinarias especiales.

Es equivocado sostener que existe revocatoria tácita de la norma ética que dispone que en lo no previsto en esa codificación se remitirá a las previsiones del Código de Procedimiento penal, porque una norma de carácter general como el Código Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) no puede derogar una ley especial como el Código de Ética Médica..”

Cabe destacar que el recurrente incurre en graves imprecisiones porque ésta Corporación sostuvo trascendentales argumentos que no son mencionados por el recurrente. Entre ellos debemos citar que el legislador

en el artículo 82 de la Ley 23 quiso que la remisión legislativa para el lleno de sus vacíos fuera a una normatividad penal, de la misma naturaleza del derecho ético disciplinario. En tal sentido se consideró:

“ Por expresa disposición del artículo 82 de la Ley 23 en todos los vacíos existentes en la ley, los mismos serán resueltos con remisión a la normatividad procesal penal.

La norma anterior se quedó corta, en cuanto a que solo remite al ordenamiento procesal para llenar los vacíos contenidos en la misma, porque la experiencia nos demuestra que ha debido hacer remisión a todos los ordenamientos penales en general, porque es evidente que no solo la materia procesal contenida en la Ley 23 es incompleta, sino que existen evidentes vacíos en materia de dogmática penal, particularmente los temas relacionados con la conducta punible, los elementos que la integran, los tipos amplificadores del tipo, la validez de la ley penal en el tiempo y en el espacio, el fenómeno de la prescripción y muchos otros, que de manera necesaria obligan permanentemente al juez disciplinario a tener que hacer remisión a las previsiones del Código Penal o del Código Disciplinario Único.

La situación del lleno de los vacíos legislativos contenidos en la Ley 23 se han agravado a partir del 1º de enero de 2005, día en que comenzó a regir el sistema acusatorio con sus características de oralidad, concentración e inmediación. La complicación en cuanto a la remisión legislativa para el lleno de los vacíos contenidos en la norma disciplinaria se agrava, porque la ley 23 fue diseñada bajo el modelo de un código de procedimiento escrito y de tendencia inquisitiva.

La diametral diferencia entre las instituciones procesales entre un procedimiento escrito a uno eminentemente oral lleva a que muchas instituciones de la nueva codificación procesal son inaplicables al sistema escrito que rige para el sistema procesal disciplinario, dificultades, que han obligado a que los Tribunales de Ética hayan resuelto la problemática de los vacíos legislativos, acudiendo al Código Disciplinario Único. Y por analogía, nos atreveríamos a afirmar que dicha remisión se ha venido haciendo respecto de toda la normatividad penal en general, para efectos de poder resolver por lo menos de manera jurisprudencial algunos vacíos existentes en la ley no solo en lo relacionado con las normas

de procedimiento, sino igualmente con las normas del derecho penal material, como ocurre por ejemplo con el vacío existente respecto al período prescriptivo de la acción, que evidentemente por prohibición constitucional no podría concluirse en su imprescriptibilidad y que nos obliga a remitirnos a la legislación disciplinaria ordinaria, por ser la más cercana a las características de éste especial proceso.

También consideró esta Corporación que de manera equivocada el Código Contencioso habla del fenómeno de la caducidad, que en el entendimiento técnico del derecho penal es un fenómeno totalmente diferente al de la prescripción y que por tanto yerra el solicitante al pedir la declaratoria de “caducidad” de la acción disciplinaria. En tal sentido se argumentó:

“La Corporación debe precisar al solicitante que la caducidad y la prescripción desde la perspectiva penal, son dos fenómenos diferentes, porque la caducidad es el tiempo que el legislador le concede al ciudadano para que acuda ante la jurisdicción penal para solicitarle de inicio a la acción penal, en aquellos delitos que requieren querella. Vencido ese plazo caduca ese derecho y por tanto el ciudadano pierde la facultad o derecho de solicitarle al Estado el inicio de una investigación penal en la que hubiera podido ser afectado. En tal sentido se concibe la caducidad en la Ley 906 de 2004, código procesal penal actualmente vigente:

“ARTÍCULO 73. CADUCIDAD DE LA QUERELLA. La querella debe presentarse dentro de los seis (6) meses siguientes a la comisión del delito. No obstante, cuando el querellante legítimo por razones de fuerza mayor o caso fortuito acreditados no hubiere tenido conocimiento de su ocurrencia, el término se contará a partir del momento en que aquellos desaparezcan, sin que en este caso sea superior a seis (6) meses.

Por el contrario, la prescripción es el tiempo que el legislador le señala al Estado para que pueda ejercer el ius puniendi, es decir la potestad persecutora y sancionatoria del delito y de los delincuentes. Una vez transcurrido dicho tiempo, el Estado pierde la competencia y capacidad para perseguir los delitos y los delincuentes. En tal sentido la prescripción de la acción está concebida en el Código Penal, Ley 599 de 2000: “ARTICULO 83. TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL. La acción penal prescribirá en un tiempo igual al máximo de

la pena fijada en la ley, si fuere privativa de la libertad, pero en ningún caso será inferior a cinco (5) años, ni excederá de veinte (20), salvo lo dispuesto en el inciso siguiente de este artículo.

El término de prescripción para las conductas punibles de genocidio, desaparición forzada, tortura y desplazamiento forzado, será de treinta (30) años.

(Artículo adicionado por la ley 1154 del 4 de septiembre de 2007). Cuando se trate de delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, o el delito consagrado en el artículo 237, cometidos en menores de edad, la acción penal prescribirá en veinte (20) años contados a partir del momento en que la víctima alcance la mayoría de edad.

En las conductas punibles que tengan señalada pena no privativa de la libertad, la acción penal prescribirá en cinco (5) años.

Para este efecto se tendrán en cuenta las causales sustanciales modificadoras de la punibilidad.

Al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, de su cargo o con ocasión de ellos realice una conducta punible o participe en ella, el término de prescripción se aumentará en una tercera parte.

También se aumentará el término de prescripción, en la mitad, cuando la conducta punible se hubiere iniciado o consumado en el exterior.

En todo caso, cuando se aumente el término de prescripción, no se excederá el límite máximo fijado.

Cabanellas en su incomparable Diccionario nos enseña en relación con los vocablos que son objeto de análisis:

“**PRESCRIPCIÓN.** Consolidación de una situación jurídica por efecto del transcurso del tiempo; ya sea convirtiendo un hecho en derecho, como la posesión en propiedad; ya perpetuando una renuncia, abandono, desidia, inactividad o impotencia. || Usucapión o prescripción adquisitiva (v.). Caducidad de derecho o facultad no ejercidos durante largo lapso o prescripción extintiva (v.) || Cesación de la responsabilidad penal por el transcurso de cierto tiempo sin perseguir el delito o la falta, o ya quebrantada la condena. || Precepto, orden mandato. || ant. Proemio, prólogo, introducción de un escrito u obra .

“**PRESCRIPCIÓN DEL DELITO.** Extinción que se produce, por el solo transcurso del tiempo del derecho estatal o social a perseguir o castigar a un delincuente, cuando desde la comisión del hecho punible hasta el momento en que se trata de enjuiciarlo se ha cumplido el lapso mercado por la ley.

1. Diversidad institucional. La prescripción del delito es institución muy distinta de la prescripción de la pena (v.). Esta última exige que se haya seguido un juicio y pronunciado una condena, tras la cual el sentenciado la elude por no ser habido o desaparecer. Por el contrario, la prescripción del delito se produce cuando no se ha juzgado todavía al culpable; bien por estar el reo en rebeldía, bien por no conocerse quién sea el autor e incluso por ignorar en absoluto la justicia que se ha producido la transgresión jurídica, hasta que llega a su noticia tras el lapso legal que impide el procedimiento o que lo toma ineficaz penalmente.

“CADUCIDAD. Lapso que produce la extinción de una cosa o de un derecho. Pérdida de la validez de una facultad por haber transcurrido el plazo para ejecutarla. Efecto que en el vigor de una norma legal o consuetudinaria produce el transcurso del tiempo sin aplicarlas, equiparable en cierto modo a una derogación táctica. Ineficacia de testamento, contrato y otra disposición, a causa de no tener cumplimiento dentro de determinados plazos. || Cesación de derecho a entablar o proseguir una acción o un derecho, en virtud de no haberlos ejercitado dentro de los términos para ello.

1. Causas. De acuerdo con las instituciones, las fuentes del Derecho o las potestades, la caducidad presenta orígenes distintos. Así, la de las leyes, proviene del desuso (v.); la de la costumbre, por práctica distinta, o por simple falta de aplicación durante mucho tiempo; la de acciones y recursos, por no tramitarlos; en otros casos, por el cumplimiento de los plazos establecidos en las leyes. En esta última hipótesis resulta más propio hablar de prescripción extintiva (v.). En cuanto a los otros supuestos, la caducidad es concepto de aplicación muy restringida en el Derecho actual, donde el desuso no deroga las leyes; lo cual cabe extender, por similitud, a la costumbre, “ley de hecho”.

2. Caducidad y prescripción extintiva. Se trata de dos conceptos jurídicos de deslinde muy complejo, al punto de discrepar fundamentalmente los autores, en su caracterización y en su diferencia. Cortés Jiménez, resumiendo puntos de vista de Alas, De Buen, Castán, Ennecerus y otros declara que: “La caducidad o decadencia puede ser convencional o legal; mientras que la prescripción tiene siempre su origen en la última. En la prescripción, el derecho nace con duración indefinida y sólo se pierde cuando haya negligencia en usarlo; en la caducidad nace el derecho sometido a un término fijo de duración, prescindiéndose de toda

consideración de negligencia en el titular. La prescripción opera generalmente a través de una excepción; en cambio la caducidad produce sus efectos de manera directa y automática. Por ello dice Enneccerus que el plazo de caducidad ha de tomarse en cuenta por el Juez, aunque sólo se desprenda su transcurso de la exposición del demandante; la prescripción se aplica únicamente a los derechos llamados potestativos. En la caducidad, a diferencia de lo que ocurre con la prescripción, no se admiten generalmente causas de interrupción o suspensión”. (v. Cláusula de caducidad). (Lo destacado no lo es en el texto).

Siendo dos fenómenos perfectamente distintos, desde la perspectiva del Derecho penal, y siendo el derecho una derivación de éste último, es claro que se debe hablar entonces es de la prescripción de la acción penal, como la pérdida de la facultad o competencia que tiene el Estado de realizar la acción persecutoria y sancionatoria contra los delitos y los delincuentes y no de caducidad de la acción como equivocadamente aluden el peticionario y la normatividad que se aplique por remisión. Igualmente argumentó ésta Corporación que no se podía aplicar cualquier norma, considerando aplicable de manera general el principio de analogía, sino que era indispensable, que la interpretación analógica se hiciera con normas de la misma naturaleza o características. En tal sentido se plasmó:

“ El legislador consciente de la naturaleza o característica penal del derecho disciplinario quiso que en los vacíos existentes en la legislación disciplinaria se acudiese a normas de naturaleza penal para llenar sus vacíos y esta voluntad del legislador es entendible, porque siendo el objetivo y las características del proceso penal muy especiales, en cuanto a tratarse de una acción de carácter personal, y teniendo como su función fundamental el análisis y valoración de la conducta humana, era necesario, que las disciplinas derivadas del derecho penal, entre ellas, el disciplinario, llenaran sus vacíos con normas de naturaleza igualmente penal, porque ellas conservan la necesaria filosofía que caracteriza al derecho penal, de una manera diferente a las otras ramas que integran la enciclopedia de las ciencias jurídicas.

En relación con la aplicación analógica de la ley penal, la Ley 153 de 1887, dispone que en el caso de éstos vacíos, se apliquen las normas que regulen casos o materias semejantes. En tal sentido se dispone:

“Ley 153 de 1887. Artículo 8. Cuando no haya ley exactamente aplicable al caso controvertido, se aplicarán las leyes que regulen casos o materias semejantes, y en su defecto, la doctrina constitucional y las reglas generales de derecho.

La aplicación analógica de la ley, tiene límites y no puede tratarse de aplicar cualquier tipo de ley, sino solo aquellas que traten casos o materias semejantes

La Corporación igualmente consideró que era imposible la remisión al Código Contencioso Administrativo, porque una ley general, como es ésta codificación no podía prevalecer sobre las previsiones de una ley especial, como lo es la Ley 23. En tal sentido se dispuso:

“El otro principio que debe aplicarse en los casos de aplicación analógica de la ley penal es la contenida en el numeral 1º del artículo 5º de la ley 57 de 1887, al disponerse que las leyes que tratan asuntos especiales deben aplicarse preferencialmente sobre las que contengan principios de carácter general, en tal sentido se dispone:

“ARTICULO 5o. Cuando haya incompatibilidad entre una disposición constitucional y una legal, preferirá aquélla.

Si en los Códigos que se adoptan se hallaren algunas disposiciones incompatibles entre sí, se observarán en su aplicación las reglas siguientes:

- 1) La disposición relativa a un asunto especial prefiere a la que tenga carácter general;
- 2) Cuando las disposiciones tengan una misma especialidad o generalidad, y se hallen en un mismo Código, preferirá la disposición consignada en artículo posterior; y si estuvieren en diversos Códigos preferirán, por razón de éstos, en el orden siguiente: Civil, de Comercio, Penal. Judicial, Administrativo, Fiscal, de Elecciones, Militar, de Policía, de Fomento, de Minas, de Beneficencia y de Instrucción Pública. (Lo destacado no lo es en el texto).

Si se tiene en cuenta que la normatividades sancionatorias (penal material, procesal penal, disciplinario), son materias especiales, respecto de las normas procedimentales de carácter administrativo, habrá de concluirse que en éste caso particular el vacío existente en la ley debe llenarse con la remisión al Código Disciplinario Único, Ley 734 de 2002,

pues reúne una doble connotación, que tiene la misma naturaleza de la Ley 23 de 1981, por regular ambos procesos disciplinarios y en segundo lugar, por ser ambas de naturaleza penal y sancionatoria. La mencionada ley en relación con la prescripción de la acción disciplinaria dispone: “ARTÍCULO 30. TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DISCIPLINARIA. La acción disciplinaria prescribe en cinco años, contados para las faltas instantáneas desde el día de su consumación y para las de carácter permanente o continuado desde la realización del último acto.

En el término de doce años, para las faltas señaladas en los numerales 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 del artículo 48 y las del artículo 55 de este código.

Cuando fueren varias las conductas juzgadas en un solo proceso, la prescripción de las acciones se cumple independientemente para cada una de ellas.

PARÁGRAFO. Los términos prescriptivos aquí previstos quedan sujetos a lo establecido en los tratados internacionales que Colombia ratifique.

Las consideraciones precedentes son confirmadas por jurisprudencia del Consejo de Estado, que se citará con posterioridad, en la que se sostiene que el artículo 82 de la Ley 23 de 1981, por ser una norma especial no podía entenderse derogada por el Código Contencioso Administrativo. Finalmente la Corporación hizo una ponderación de derechos constitucionales aparentemente en conflicto y se hace referencia a los principios de favorabilidad y prevalencia del interés general sobre el particular, concluyendo que en éste específico caso la ponderación debía llevar a la aplicación del principio de prevalencia del interés general sobre el particular y que por tanto era inaplicable el principio de favorabilidad. En tal sentido se consideró:

“ Podría argumentarse que con la propuesta anterior se afecta el principio de favorabilidad, puesto que es evidente que la propuesta del peticionario es manifiestamente a los intereses de los disciplinados, pero debe tenerse en cuenta igualmente el principio contenido en el artículo 1º de la Carta en cuanto a que dispone la prevalencia del interés general sobre el puramente particular. En tal sentido se dispone:

“ARTICULO 1o. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus

entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran Y EN LA PREVALENCIA DEL INTERÉS GENERAL. (Lo destacado no lo es en el texto).

La Corporación quiso expresamente citar algunas de las normas constitucionales relacionadas con el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad social, para destacar la indescionocible trascendencia de la temática, en la que el instrumento disciplinario regulatorio de la profesión médica cumple un rol trascendental para mantener la vigencia y validez de los mencionados principios.

Por su importancia en el desarrollo individual y social de todos los colombianos y de quienes habitan el territorio nacional, el legislador quiso señalar un término prescriptivo de la acción disciplinaria prudente, que respondiese a la trascendental misión encomendada al instrumento procesal disciplinario. Pensar en la sola posibilidad de rebajar el término prescriptivo de la acción constituiría un inmenso perjuicio para la sociedad colombiana y para los integrantes de la Nación en particular, porque se correría el riesgo de que muchas actuaciones de los médicos en el ejercicio profesional pudiesen quedar en la impunidad, por efectos de la prescripción de la acción, ocasionándose un profundo perjuicio a los intereses generales de la Nación.

Aceptar la propuesta del peticionario, significaría igualmente aceptar una clara vulneración al principio de igualdad de los ciudadanos ante la ley , porque los médicos tendrían un período prescriptivo de la acción mucho más corto del que tendrían los sometidos al Código Disciplinario Único.

Produce perplejidad a la Corporación que el recurrente aluda solo a dos argumentos cuando en realidad, las consideraciones de la Corporación fueron mucho más amplias y tocaron temas que son totalmente ignorados por el recurrente.

Y debe precisarle la Corporación al recurrente, que no es que desconozca cuál es la función de la Corte Constitucional, ni de la naturaleza de sus fallos, sino que se comentó con extrañeza, que no era entendible que si era supuestamente una norma “ favorable” que está vigente hace cerca de tres décadas, no hubiera habido un pronunciamiento de nuestra Corte Constitucional bien por vía de constitucionalidad o por vía de

tutela, donde algún interesado en la prescripción de tres años, hubiese acudido en busca de protección a esa Corporación. En éste caso el recurrente desnaturaliza y tergiversa el comentario de éste Tribunal.

Y ahora para responder este nuevo recurso horizontal, consultó la Corporación un fallo no de la Corte Constitucional, sino del Honorable Consejo de Estado, máxima autoridad de lo Contencioso Administrativo que nos concede la razón en cuanto a la decisión que es ahora motivo de impugnación, porque en la decisión que a continuación se transcribe parcialmente el Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, con fundamento en la aplicación del principio de especialidad, que el artículo 82 de la Ley 23 de 1981 no puede entenderse derogado por el Código Contencioso Administrativo por ser una ley especial. (Consejero ponente: FLAVIO AUGUSTO RODRÍGUEZ ARCE, 5 de diciembre de 2006, Radicación número: 11001-03-06-000-2006-00064-00(1756). En tal sentido esa Corporación consideró:

“DERECHO SANCIONADOR Características

El derecho sancionador se caracteriza por: i) ser eminentemente público, puesto que los bienes que pretende proteger tienen un interés de esa naturaleza; ii) la consecuencia de la trasgresión de sus preceptos es una pena o sanción, sin perjuicio de su función preventiva; iii) exigir la legalidad de los delitos y de las faltas, así como de las penas y de las sanciones - principio de legalidad y tipicidad de los delitos y de las faltas y de las penas y sanciones y; iv) la imposibilidad de que existan penas o sanciones imprescriptibles, característica que se desprende de lo previsto en el inciso final del artículo 28 de la C. P. En su parte sustancial el derecho administrativo sancionador describe, entre otros aspectos, los comportamientos que son objeto de reproche por parte del Estado y determina la sanción o pena a imponer y, en la parte procesal, regula el procedimiento que se debe adelantar para establecer la existencia del comportamiento reprochable, la responsabilidad de sus actores y la aplicación de las penas o sanciones.

PROCESO DISCIPLINARIO ÉTICO MÉDICO Naturaleza administrativa. Finalidad.

El proceso disciplinario ético profesional es, pues, una de las especies del derecho administrativo disciplinario que regula el ejercicio de la medicina y determina, entre otros asuntos, los órganos de control y el

régimen disciplinario sustancial y procedimental para establecer la responsabilidad por la infracción de las normas éticas de dicha profesión. Es pertinente destacar que la naturaleza de éste proceso es pública y su índole autónoma en relación con otros procesos y acciones. La finalidad del proceso es determinar la responsabilidad y decidir el mérito para aplicar sanciones por violación de las normas ético-disciplinarias reguladoras del ejercicio profesional de la medicina.

MÉDICOS Si son servidores públicos, están sujetos al régimen disciplinario propio y al Código Disciplinario Único.

En los términos de lo dispuesto por los artículos 26 y 124 de la Carta, la libertad de escoger profesión u oficio está sometida a la inspección y vigilancia de las autoridades y es facultad del legislador determinar la responsabilidad de los servidores públicos y la manera de hacerla efectiva, contexto en el cual es necesario precisar que los profesionales de la medicina no sólo están sometidos a las normas del proceso ético disciplinario de la ley 23 de 1981, sino también, cuando tengan la calidad de servidores públicos, al Código Disciplinario Único - ley 734 de 2002 que determina el régimen de derechos, deberes, prohibiciones, incompatibilidades, impedimentos, inhabilidades y conflicto de intereses de aquéllos, de manera obvia por faltas diferentes a las que preservan el buen ejercicio de la profesión médica. Esta doble sujeción de los profesionales de la medicina como sujetos disciplinables, determina que la ley 23 de 1981 se les aplique por conductas previstas como faltas atentatorias de la ética médica, sean o no servidores públicos, toda vez que el legislador estableció un estatuto propio para esta clase de profesionales y, si ellos tienen la calidad de servidores públicos, es posible deducirles responsabilidad por violación del régimen disciplinario contemplado en la ley 734 de 2002.

PROCESO DISCIPLINARIO ÉTICO MÉDICO Remisión expresa al Código de Procedimiento Penal. No aplica Código Contencioso Administrativo **ACCIÓN DISCIPLINARIA ÉTICO MÉDICA** Término de prescripción. Aplicación de normatividad penal para prescripción.

Al proveer de forma expresa la ley 23 de 1981 cuál es el estatuto aplicable en caso de vacíos de procedimiento, LA REMISIÓN EXPRESA DE SU ARTÍCULO 82 AL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL CONSTITUYE NORMA ESPECIAL QUE NO PUEDE ENTENDER-

SE DEROGADA POR LA NORMA GENERAL DEL ARTÍCULO 1º DEL C. C. A. Así, por fuerza legal, es necesario remitirse a los preceptos del Código de Procedimiento Penal. (...) En la actualidad los términos de prescripción de la acción y de la pena aplicables en el proceso disciplinario ético médico son los contemplados en los artículos 83 y 89 del Código Penal vigente, ley 599 de 2000, con la reducción prevista en el artículo 531 del Código de Procedimiento Penal, ley 906 de 2004. El término de prescripción de la acción y de la pena en los procesos disciplinarios ético médicos iniciados antes y después de la vigencia de la ley 906 de 2004 es de cinco años conforme a los artículos 83 y 89 del Código Penal, reducidos en una cuarta parte por aplicación favorable del artículo 531 de la ley en cita. El término de prescripción es único y por lo mismo no procede remitirse a las penas previstas para los distintos delitos.

ACCIÓN PENAL Prescripción / PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL - Concepto / PENA Prescripción / PRESCRIPCIÓN DE LA PENA Carácter sustantivo.

La prescripción de la acción es un fenómeno jurídico que permite extinguir la potestad punitiva del Estado por el transcurso del plazo previsto por el legislador para establecer la responsabilidad -formular la imputación e imponer la pena o sanción- y que en relación con la pena impide que ésta pueda ser aplicada si por la inacción estatal no se logra su ejecución dentro del lapso señalado en la ley. Ahora bien, las normas relativas a la prescripción de la acción y de la pena son de carácter sustantivo en cuanto regulan aspectos atinentes a las garantías y a los derechos del sujeto pasivo de la acción y por lo mismo no es usual que los códigos procedimentales penales se ocupen del tema.

PRINCIPIO DE FAVORABILIDAD Aplicable a normas sustanciales y procesales.

Atendiendo el mandato del artículo 29 de la Constitución y su aplicación a las actuaciones administrativas es preciso reiterar que el principio de favorabilidad se extiende a las normas sustantivas y procesales que benefician al procesado cuando se está en presencia del tránsito de legislación. Es principio generalmente aceptado que los efectos de la ley en el tiempo se producen hacia el futuro -irretroactividad de la ley-, manera de garantizar la seguridad jurídica de los asociados, de lo cual

surge como expresión del debido proceso que nadie podrá ser juzgado sino conforme a las leyes preexistentes que se le imputan. Sin embargo, en materia punitiva el Constituyente también garantiza la aplicación de la ley permisiva o favorable aun cuando sea posterior y además debe resaltarse que la ley procesal es de aplicación inmediata, en consideración a su carácter público. (Lo destacado no lo es en el texto).

Recuérdese que ésta sentencia se dictó el 6 de diciembre de 2006, y era imposible que los Honorables Consejeros que la aprobaron, hubieran podido conocer la decisión de inexequibilidad del artículo 531 de la Ley 906 de 2004, porque en esa misma fecha se dictó por la Corte Constitucional la Sentencia C-1033 del 5 y 6 de diciembre de 2006, siendo ponente el H. M. Álvaro Tafur Galvis, y por tanto las consideraciones que hace el Honorable Consejo de Estado respecto a una rebaja del tiempo de prescripción en virtud de las previsiones de esa norma, en esa misma fecha dejaron de tener sentido, precisamente por la declaratoria de inconstitucionalidad del artículo 531 en que se fundamenta el Consejo de Estado para predicar que el tiempo de prescripción previsto se rebaja en virtud de la previsiones de la norma citada.

Podría argumentarse que la cita jurisprudencial no es válida porque los artículos 47 y 52 de la Ley 1437, por razones cronológicas no existían cuando se produce el pronunciamiento del Consejo de Estado, pero debe recordarse nuevamente que desde el Código Contencioso de 1984, se preveía una prescripción de tres años. En tal sentido ésta Corporación sostuvo:

“ Finalmente se debe recordar que como bien lo reconoce el solicitante, la norma de la Ley 1437 de 2011, artículo 52, cuya aplicación se pretende en el proceso disciplinario médico, no es nueva, porque en lo esencial ya existía en el artículo 38 del Decreto 1º de 1984, Código Contencioso que fue reemplazado por el cuya aplicación se pretende:

“ARTICULO 38. CADUCIDAD RESPECTO DE LAS SANCIONES. Salvo disposición especial en contrario, la facultad que tienen las autoridades administrativas para imponer sanciones caduca a los tres (3) años de producido el acto que pueda ocasionarlas.

Pese a que se trata de una norma que rige hace cerca de tres décadas, no existe pronunciamiento de la Corte Constitucional que haya sostenido

que el término de prescripción de la acción disciplinaria en el ámbito médico, debe regirse por la disposición contencioso administrativa y no por las normas penales disciplinarias especiales.

La cita jurisprudencial del Tribunal de Ética Odontológica no es de recibo para esta Corporación porque en nuestro criterio se trata de una decisión equivocada puesto que afirman la revocatoria tácita del artículo 78 de la Ley 35 de 1989 que dispone que en lo no previsto en esa codificación, - la de ética odontológica -, se remitirá a las previsiones del Código de Procedimiento Penal. Y es equivocada esa apreciación porque con una norma de carácter general como lo es el código Contencioso Administrativo Ley 1437 del 2011 no puede pretenderse la derogatoria de una ley especial como lo es la 35 de 1989, que es la que regula el procedimiento disciplinario contra los odontólogos y que igualmente remite en sus vacíos al Código de Procedimiento Penal “.

La conclusión entonces a la que llega ese Tribunal, parte de una premisa falsa de que la norma del Código Odontológico ha sido derogada, cuando ello no es así. En tales condiciones, la jurisprudencia citada no coadyuva las pretensiones del solicitante.

El recurrente en una incomprensible falta de entendimiento tergiversa nuevamente el pensamiento de ésta Corporación cuando en referencia a nuestras consideraciones sobre la derogación tácita dice:

“ Es equivocado el planteamiento del Tribunal Nacional por la sencilla razón de que no hay siquiera norma que derogar, dado que la ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) no establece disposición frente al tema de la prescripción, ni mucho menos frente a la caducidad de la acción “. En ningún momento ésta Corporación afirmó que la Ley 23 contuviese norma sobre la prescripción, y cuando se hizo referencia a la derogatoria tácita, es respecto del artículo 82 de la mencionada Ley, porque consideramos que siendo una ley especial, éste artículo que remite a normatividades penales, no podía entenderse derogado tácitamente por el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011 (norma de carácter general) cuando dispone que las previsiones de esa norma son aplicables a los procesos disciplinarios distintos del Disciplinario único.”

De conformidad con las consideraciones precedentes el Tribunal Nacional de Ética Médica, no decretará la prescripción de la acción y mucho menos

de la caducidad de la acción, como equivocadamente lo solicita el recurrente, porque ésta institución tiene un significado totalmente diferente dentro del derecho penal y dentro del derecho disciplinario que hace parte de primero de los mencionados.

2- SOBRE LA AUSENCIA DE VIOLACION DEL ARTICULO 13 DE LA LEY 23 DE 1981

(El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad...)

Es evidente que el ginecólogo D.V.S. no prestó los métodos y medicamentos a su disposición o alcance cuando encontró a esta paciente en franco deterioro de su condición clínica, a pesar de poseer la experticia que le brindaba el tener un entrenamiento formal en Ginecología y Obstetricia, así como una experiencia de varios años en la especialidad.

3-RESPECTO DE LOS ARGUMENTOS DE LA DEFENSA

Se basan en los siguientes aspectos

- El médico sancionado no tenía por que realizar una cirugía de urgencia ante el diagnóstico de embarazo ectópico roto, pues este se trataba simplemente de una presunción diagnóstica que por supuesto requería de otros estudios y de la valoración por cirugía general

Es obvio que el diagnóstico clínico es apenas una hipótesis de trabajo, planteamiento que esta superioridad siempre ha defendido. Sin embargo, en el presente caso estamos frente a una mujer de 29 años, quien llega a la clínica por dolor abdominal progresivo y cuyo estado general se deteriora de manera acelerada, hasta llevarla a un grado denominado como pésimo. Es entonces cuando es valorada por el ginecólogo de turno de una clínica que anuncia sus servicios de segundo nivel. Prueba de lo anterior es que contaba con la presencia rápida de por lo menos un ginecólogo, un cirujano y un anestesiólogo.

El ginecólogo D.V.S., valora a la enferma el día 20 de junio a las 3:30 AM. La encuentra en muy mal estado general y, en lugar de decidir llevarla al quirófano por el cuadro clínico de urgencia abdominal y el aumento en la gravedad de los síntomas, habida cuenta de la oferta de servicios de un nivel superior en la institución en donde trabajaba, simplemente solicitó

una valoración por cirugía general y pidió que trasladaran la enferma a otra institución de mayor nivel.

A pesar de los esfuerzos por parte del personal administrativo no se logra conseguir una cama en hospital de nivel alto y, en lugar de permanecer pendiente de la, vuelve a verla casi 10 (diez horas después), cuando hace su presencia el cirujano general.

Aquí es viable preguntar POR QUE SE DEMORO LA INTERCONSULTA CON CIRUGIA GENERAL esas 10 horas en hacerse efectiva? Esto debería ser investigado por la Superintendencia Nacional de Salud, donde se compulsará copia de esta providencia, para que investigue a la Clínica San Ignacio de Barranquilla, no solamente por ofertar servicios de los cuales luego no se responsabiliza, sino que demuestra en su forma de funcionamiento una incompetencia realmente alarmante. Para que tiene entonces médicos especialistas de turno? Apenas como una “careta” para respaldar servicios que no presta?

Transcurridas esas diez horas el estado de la paciente se agrava aun más y se torna moribunda. En este momento deciden llevarla a cirugía con un riesgo anestésico y quirúrgico elevadísimo. Cómo se llega a este extremo? Demora en la interconsulta por cirugía general? Imposibilidad real de remitir una paciente tan enferma a institución de nivel superior? Y en esas diez horas: Donde estaba el ginecólogo D.V.S., quien era consciente de la gravedad de K.B? Por que no la volvió a controlar si conocía de la dificultad en la remisión mencionada?

Si esta paciente hubiera sido intervenida en horas previas, es posible que no se hubiera presentado este fatal desenlace y esta muestra de incompetencia institucional, desidia profesional y franco abandono de una mujer con un proceso abdominal susceptible de curación.

De otro lado llama la atención la discrepancia en los reportes de la ecografía abdominal practicada el día 19 de junio de 2010 a las 4:00 PM, la cual es interpretada como normal y luego de ocho horas se afirma que existe una masa intraabdominal con liquido en su alrededor. Clínicamente no tenia síntomas ni signos de apendicitis aguda, por lo que las otras posibilidades mayores eran un embarazo ectópico roto o en proceso de ruptura y un absceso tubo ovárico (este ultimo demostrado en la autopsia) que

llevó a la paciente a su cuadro séptico y a la muerte. En los documentos aportados al expediente se revisa el informe que consta a folios 115 y 116, en donde se habla de un nuevo rastreo ecográfico a las 12 horas, cuando la ecografía previa interpretada como “normal”, cambia en su aspecto a una completamente diferente.

Esto puede dar lugar a varias interpretaciones: el radiólogo se preocupó mas por la paciente que el ginecólogo que la valoró previamente y volvió a practicar una ecografía doce horas después? O están tratando de encubrir un error inicial de interpretación? Porque un absceso tubo ovárico con peritonitis no cambia tan drásticamente en el curso de medio día. Por lo menos no en el aspecto sólido.

- Que una cirugía urgente a esa hora no era procedente, pues se desconocía si el problema era ginecológico o de cirugía general, sin contar con el hecho del mal estado de salud que presentaba la paciente y su evidente descompensación hemodinámica, lo cual sugería por supuesto la necesidad de UCI.

Claro que se está refiriendo a la interconsulta de ginecología a las 3:30 AM. En ese momento ya se encontraba muy complicada y el ginecólogo, supuestamente bien entrenado y con experiencia de varios años en su especialidad, en lugar de asumir el manejo de la joven enferma, se limitó a remitirla a otra institución, en una actitud digna de un Poncio Pilatos, creyendo que con esta simple remisión frustrada salvaba su responsabilidad profesional y tranquilizaba su propia consciencia. Se agrava mas la situación, conociendo que D.V.S., era directivo de la Clinica San Ignacio.

- Se insistió al cansancio con la remisión (E incluyen lo que denominan un “pantallazo” para ilustración del ad quem.

Se demuestra con las pruebas aportadas que el personal de remisión, referencia y contra referencia hizo su trabajo hasta donde pudo. Buscó en la ciudad de manera urgente y persistente un sitio para remitirla. Los esfuerzos no dieron resultado. Pero tomaron diez horas estos intentos fallidos (En parte causados por la misma lamentable organización del sistema de salud que poseemos en este país)

Y en esas horas el proceso séptico avanzó en la humanidad de K.B., sin que nadie tomara una decisión acertada en un real estado de necesidad, que justificaba cualquier forma de afrontar el proceso patológico.

- Elucubra sobre lo que hubiera pasado si se hubiera llevado la paciente a cirugía y se encontrara que el cuadro correspondía a un problema de cirugía general y no de ginecología.

A este respecto, la declaración del cirujano general que participó en la intervención del caso es muy dicente, además de ser citada por Cianci Florez dentro de su argumentación: “tomamos la decisión de operar al (SIC) paciente y después remitirla a una UCI que todavía era mas (SIC) difícil pero la idea era de poder salvar al (SIC) paciente”.

Este punto complementa el anterior. Cuando la muerte amenaza a un ser humano y se encuentran médicos de cualquier categoría (en este caso varios especialistas disponibles en ese momento) debe hacerse ALGO. Alguna cosa que ayude a detener el desenlace mortal al cual todos nos encaminamos, pero que pudo haber sido detenido en el presente caso.

- Dice que hay que repetir que el doctor D.V.S. no debía ni podía intervenir a la paciente con una simple presunción diagnóstica, que no era única ni segura, sino que debía como se hizo solicitar la remisión y al mismo tiempo recomendar u ordenar valoración por cirugía y la realización de exámenes de laboratorio complementarios.

Estas elucubraciones han sido desvirtuados en los anteriores puntos de análisis.

- El fallador de primera instancia efectuó un juicio ex post y no ex ante, para analizar lo que una persona prudente hubiera hecho en su caso.

Los falladores de los tribunales son médicos, en su gran mayoría especialistas de escuela, quienes han sufrido en carne propia las angustias de los casos urgentes de los hospitales. Por eso pueden construir una imagen muy precisa de lo ocurrido, en este caso tanto ex ante como ex post, como elegantemente lo menciona al abogado CIANCI FLOREZ.

Y como son médicos con altos niveles de estudios profesionales, pudieron analizar el caso desde el punto de vista médico y concluir lo que acertadamente concluyeron respecto de la conducta de D.V.S.,

quien no asumió la responsabilidad de la paciente hospitalizada en urgencias.

- Insiste en la prueba de gravindex, para descartar un embarazo ectópico roto.

Y de otras posibilidades clínicas como torsiones de quistes ováricos, sangrado abdominal por endometriosis, abscesos tubo ováricos (como en el presente caso), que tiene que ver la prueba de gravindex? O es que la actividad del ginecólogo solo se circunscribe a los problemas de tipo obstétrico? NO!!!! El ginecólogo también es un cirujano muy especializado que tiene que cubrir en su conocimiento y experticia numerosas áreas del conocimiento médico y quirúrgico que no solamente se centralizan en los problemas del embarazo. Por eso se denominan “gineco-obstetras”.

- Afirma que sí se utilizaron los medios que se tenían a su disposición en la atención de la paciente

Obviamente no lo hicieron. El deterioro progresivo de un enfermo es indicativo de un proceso de aceleración en las intervenciones médicas. Y era evidente que sí disponían de los medios para tratar a esta infortunada paciente, pues cuando ya se encontraba “in articulo mortis” fue llevada al quirófano con presencia de un anestesiólogo, un cirujano general y un ginecólogo.

Esto también es llamativo. La Clínica San Ignacio oferta servicios que sí posee. Por qué no fueron utilizados a tiempo en la paciente? Había disponibilidad de especialistas. Había quirófano disponible. Entonces por qué no la intervinieron antes?

El argumento que ofrecen es la falta de Cuidados Intensivos de la Clínica San Ignacio. Pero el mismo cirujano expresó que había que hacer algo en el momento en que se hizo cargo de la paciente, advirtiendo que conseguir una cama en las unidades de cuidado crítico es más difícil cuando el paciente se encuentra en postoperatorio e intubado. Pero al menos no se habría permitido el avance de un proceso séptico abdominal que dio cuenta de la vida de la joven mujer.

4- SOBRE LA CARENCIA ABSOLUTA DE PRUEBAS EN CONTRA DEL INculpADO

Afirma que los únicos actos procesales que se presentan en contra de su defendido son

- Ampliación de la queja
- Declaraciones de la madre
- Declaración de la presunta hermana
- Un reporte de autopsia que no tiene características de formalidad
- Una historia clínica que resulta favorable a los intereses del procesado

Este Tribunal Nacional no acepta esta argumentación de la defensa. Las pruebas se encuentran diseminadas a lo largo de la historia clínica e incluyen:

- a- Las notas de evolución médica de la historia clínica que ciertamente no son favorables al procesado
- b- Las notas de enfermería
- c- Las notas administrativas (Incluido el “pantallazo” al que se refiere la defensa)
- d- Las notas operatorias

Se incluyen algunas que quizás no ha examinado con atención el abogado CIANCI FLOREZ.

1- Folios 5, 6 y 7. Analiza las horas en la evolución de la enfermedad de K.B. Allí se encuentran los momentos de participación del ginecólogo D.V.S., quien espera casi diez horas para intervenir a la paciente con un cuadro grave de origen ginecológico.

2- Reposa en el folio 84 una nota de la doctora I.G., en donde reporta que la paciente venía presentado sangrado vaginal activo de 15 días de evolución. Esta manifestación ginecológica no fue jamás tomada en cuenta por el especialista D.V.S.

3- El reporte de autopsia que afirma carece de características de formalidad se encuentra en los folios 149 a 153. Allí figuran los nombres de todos los profesionales que participaron en el examen postmortem,

incluido el Forense doctor J.A.B. Se describen los aspectos macroscópicos de todos los órganos en detalle, encontrando que el útero y los anexos fueron el origen de la peritonitis que llevo a choque séptico y a síndrome urémico hemolítico a K.B. Así mismo se reportan los hallazgos microscópicos de los mencionados órganos. Estos documentos no son sospechosos de falsedad.

4- Llama la atención que el defensor CIANCI FLOREZ no objetó en su momento procesal la prueba documental aportada al proceso que describe la autopsia efectuada a la paciente K.B.

Son suficientes las consideraciones anteriores para que el TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA en uso de las atribuciones que le confiere la Ley

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar como en efecto confirma la sanción impuesta al doctor D.V.S., médico Ginecoobstetra identificado con la cédula de ciudadanía... expedida en.. y Registro Médico número..., expedido por la Secretaria de Salud del Atlántico, de SUSPENSION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO DE SEIS MESES.

ARTÍCULO SEGUNDO: Revocar la sanción impuesta al doctor T.A.S., médico general identificado con cédula de ciudadanía número.. expedida en... y Registro Médico número..., expedida por el Ministerio de la Protección Social, de sanción de CENSURA ESCRITA Y PUBLICA y en su lugar ordenar el archivo de las diligencias en su contra.

ARTÍCULO TERCERO: Contra la presente decisión no caben recursos.**ARTÍCULO CUARTO:.** Remitir el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado- Presidente; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado Ponente; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado, JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, veinticuatro (24) de Noviembre del año dos mil quince (2015).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1299 DEL VEINTICUATRO (24)
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

**REF: proceso No. 1857-13 del Tribunal Seccional de Ética del Valle
Del Cauca**

Denunciado: Doctor I.E.M.G.

Denunciante: Señora I.C.

Asunto:Apelación

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez
Providencia No. 113-2015**

VISTOS

Denuncia por negligencia médica ante el Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle, por parte de la Señora L.C.

Providencia del 21 de octubre de 2015 del tribunal seccional que declara que no existen méritos para abrir investigación disciplinaria contra el Doctor L.E.M.G.

Recurso de Apelación contra la providencia del 21 de octubre, interpuesto por la quejosa el 10 de Noviembre de 2015.

El expediente, compuesto por tres cuadernos de 92, 40 y 169 folios respectivamente, se recibió en esta corporación el 13 de Noviembre del año en curso y, puesto para reparto, el 17 de noviembre correspondió por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez.

HECHOS

La señora L.C., de 38 años de edad, con antecedente de cirugía para obesidad mórbida realizada en junio de 2011 a quien se le había diagnosticado en ese momento una colelitiasis, consultó al Hospital San Juan de Dios de Cali el día 22 de Febrero de 2012 por presentar en múltiples ocasiones episodios de dolor tipo cólico irradiado a región lumbar y vómito. La paciente traía una ecografía que reportaba una vesícula con múltiples cálculos sin evidencia de colecistitis. El examen físico aparte de un panículo adiposo abundante, era normal, por lo que se indicó la necesidad de cirugía y se solicitaron exámenes de hemograma, glicemia, valoración pre anestésica y “Se pasó turno para colecistectomía Laparoscópica”.

El día 8 de Mayo en forma ambulatoria ingresó a salas de cirugía donde se inició una colecistectomía laparoscopia, que después fue necesario convertir a cirugía abierta por lesión de un conducto biliar, posiblemente el hepático derecho el cual durante la laparotomía se ligó, se terminó la colecistectomía dejaron drenes y se cerró la cavidad abdominal.

Debido a la lesión de la vía biliar es remitida al Hospital Universitario del Valle donde continúan cuidado postoperatorio y solicitan colangiografía y CPRE para evaluar la anatomía biliar. El día 27 de Mayo de 2012, por deterioro del estado general se lleva a cirugía donde encuentran peritonitis biliar gran proceso inflamatorio y no es posible identificar la vía biliar por lo que realizan drenaje con tubo N° 32. El día 29 de mayo por no existir disponibilidad en UCI es remitida a la entidad COSMITET Ltda. Donde el mismo día realizan una nueva cirugía encontrando estenosis del conducto hepático común y realizan una hepático yeyunostomía con un asa en “y” de Roux. Tras un postoperatorio complicado con infección del sitio operatorio “y” requerimiento de múltiples lavados, evoluciona hacia la mejoría y es dada de alta el día 16 de julio de 2012.

El 18 de octubre es vista en consulta externa donde se anota: “Reconstrucción de la vía biliar hace tres meses con hepaticoyeyunostomía en y de Roux, en el momento sin dolor abdominal, sin ictericia, ni coluria. Trae Colangiografía en límites normales. P Hepática sin elevación de bilirrubinas solo FA en 470 Alat 64 Asat 71”.

En mayo 23 de 2013 es valorada nuevamente por el cirujano de COSMITET quien anota: Actualmente asintomática, sin colestasis sin dolor, solo

con defecto de la pared abdominal. Diagnóstico hernia ventral sin obstrucción ni gangrena.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Es evidente que toda la complicación se originó en un accidente quirúrgico, una lesión de la vía biliar, situación poco usual, ya que ocurre en menos del 0.5% de los pacientes operados con intención de realizar una colecistectomía.

Dice la amplísima jurisprudencia de este tribunal Nacional: “No se puede pedir a un médico, como no se puede hacer con ningún otro miembro de la sociedad, el donde la infalibilidad...Lo que se juzga no es en realidad un resultado inadecuado, sino si ese resultado se origina en un acto negligente que no sigue las reglas del arte del momento, habida cuenta de la disponibilidad de medios y las circunstancias del momento en el cual se evalúe el caso” (Gaceta jurisprudencial diciembre 2013. Pg. 50. Magistrado Fernando Guzmán Mora.)

Es muy evidente en el acervo probatorio que Doctor el L.E.M.G., tiene todas las condiciones que requiere la ley para poder practicar este tipo de procedimientos, es médico, especialista en cirugía, pero además ocupaba para el momento de los hechos el cargo de Coordinador de Cirugía, cargo que amén de las labores propias, implica un reconocimiento de sus pares en la institución. De manera que no se puede tachar de imperito.

Actuó en todo momento de acuerdo a la Lex Artis: Reconoció la lesión una vez producida, esto parece muy simple, pero en muchos casos el cirujano no la reconoce, lo que causa un retraso serio en la solución de la complicación, e inmediatamente decidió convertir una cirugía laparoscópica a cirugía abierta. Se necesita pericia y buen juicio para tomar esa decisión. Ciertamente era idóneo para realizar el procedimiento.

Desde el momento de la primera consulta a la paciente, identifiqué su patología e indicé el tratamiento universalmente aceptado para la colelitiasis, y con mayor razón una paciente muy sintomática, es decir una colecistectomía. Si bien hay que aclarar que no se trataba de una urgencia.

Si se dispone de los medios necesarios, el estado del arte indica realizarla por laparoscopia, como evidentemente la programó. No es responsabilidad

del cirujano que la institución, de acuerdo a sus normas, haya dado el turno para tres meses después.

Una vez ocurrida la complicación indicó el traslado al Hospital Universitario del Valle por considerarlo mejor opción para la paciente, donde se reintervino cuando fue necesario en ese mismo hospital, posteriormente cuando la paciente se deterioró y requirió manejo en cuidado intensivo y fue nuevamente remitida a otro centro, donde finalmente le hicieron una cirugía definitiva y tras un tortuoso postoperatorio fue dada de alta.

No acepta entonces esta superioridad que la demandante tache de negligente y de inhumano al Doctor L.E.M.G. Si alguien puede ser tachado de inhumano en este caso es el sistema de salud, la EPS que no autorizaba los procedimientos, los hospitales atestados de pacientes y con falta de oportunidad para atenderlos adecuadamente, eso explica porque permaneció varios días en una camilla en urgencias, donde hay varias notas de evolución que dicen “se espera traslado al cuarto piso”, o por qué tardaron varios días en practicarle una resonancia magnética. Situaciones todas esas fuera del alcance de solución por parte del cuerpo médico.

Se trata de un desafortunado caso, que al final, y gracias al actuar de los médicos evolucionó hacia la mejoría, pese a todas las dificultades administrativas que una vez más evidencian las deficiencias de nuestro sistema de salud, y que escapan al análisis de los Tribunales de Ética, por ser otro el objeto de pronunciamiento atendiendo la Ley 23 de 1981.

Basten las consideraciones anteriores para que el tribunal Nacional de Ética, en uso de las atribuciones que le confiere la Ley

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle de declarar que no existe mérito para abrir investigación disciplinaria formal contra el Doctor L.E.M.G., cirujano general, por hechos relacionados con la atención de la paciente señora L.C., con ocasión de la cirugía practicada el 8 de mayo de 2012. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente decisión no proceden recursos. **ARTÍCULO TERCERO:** Remitir el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado-Presidente; FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA; Magistrado FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, Febrero ocho (08) del año dos mil once (2011).

**SALA PLENA SESION No.1073 DEL OCHO (08)
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011).**

REF: Proceso No. 009-2009 Tribunal de Ética Médica de Bolívar

Contra: Dr. F.H.R. Y médicos de la IPS Medihelp.

Denunciante: C.M.S.P., Representante legal de salud total EPS

Asunto: Recurso de queja

Magistrado ponente. Dr. Germán Peña Quiñones

Providencia No.09-2011

VISTOS

El Tribunal de Ética Médica de Bolívar en reunión de Sala Plena el 6 de octubre de 2010, resolvió declarar que no existe ningún mérito para formular cargos en contra del Dr. F.H.R., por violación a la Ética Médica, Ley 23 de 1981.

El 20 de octubre de 2010 el Tribunal Seccional recibió comunicación del Dr. O.T.F, apoderado judicial de la Sociedad SALUD TOTAL EPS SA por medio del cual interpone y sustenta recurso de apelación en contra de la providencia de fecha octubre 6 de 2010 emitida en la investigación ético disciplinaria seguida contra el Dr. F.H.R.

El Tribunal de Ética Médica de Bolívar en Sala Plena, el 28 de octubre de 2010 resolvió abstenerse de dar trámite al recurso interpuesto por el denunciante SALUD TOTAL EPS SA.

El 9 de noviembre de 2010, el Tribunal Seccional recibió oficio del Dr. O.T.F., apoderado de la Sociedad SALUD TOTAL EPS SA, dirigido al Tribunal Nacional de Ética Médica por medio del cual interpone y sustenta recurso de queja contra la providencia de fecha 28 de octubre de

2010 mediante la cual se resuelve abstenerse de dar trámite al recurso de apelación interpuesto contra la providencia de fecha octubre 6 de 2010 emitida en la investigación ético disciplinaria en contra del Dr. F.H.R., por presunta violación a lo dispuesto en la Ley 23 de 1981.

El expediente consistente de un cuaderno con 380 folios fue enviado al Tribunal Nacional de Ética Médica donde fue recibido el 14 de diciembre de 2010 y repartido en Sala Plena el 25 de enero de 2011, le correspondió a Germán Peña.

Cumplidos los términos se procede a decidir de acuerdo con los siguientes:

HECHOS:

El 5 de febrero de 2009 se recibió en el Tribunal de Ética Médica de Bolívar la queja de la representante legal de Salud Total S.A. en contra del Dr. F.H.R., y otros profesionales de la IPS MEDIHELP por presuntas faltas a la Ética Médica en el tratamiento de la SRA. Á.M. de L. (q.e.p.d) afiliada a esa EPS. El quejoso por medio del análisis del proceso de atención, su equipo de Auditoría identificó condiciones adversas como:

“1-. Falencias en la valoración y análisis del riesgo 2-. Conducta no pertinente para el cuadro clínico presente o el riesgo potencial conocido. 3-. Se evidencia que la conducta no pertinente obedece a la intervención quirúrgica sin considerar la inserción de balón gástrico“ y considera que “el fallecimiento de la paciente era evitable de no haberse sometido a la intervención quirúrgica propuesta por su médico tratante”.

De acuerdo con la queja, la paciente de 72 años presentaba un diagnóstico de “superobesidad” que cursaba con comorbilidades asociadas, entre otras restricción pulmonar y desde comienzos de 2008 había ingresado al programa de atención al paciente obeso y acudió en forma particular “sin avisar a la EPS a la IPS MEDIHELP donde el Dr. F.H.R. ordenó efectuar una cirugía tipo bariátrica”, cirugía que fue negada por el EPS por haber sido prescrita por “un médico NO adscrito a nuestra red”. La Sra. Montalvo interpuso acción de tutela en el mes de mayo de 2008 “proceso que conoció y falló el Juzgado 10 Civil Municipal de esa ciudad, fallo que en la actualidad se encuentra impugnado”. “El Juzgado ordenó a SALUD TOTAL **efectuar la cirugía bariátrica (DISTINTA AL BALÓN GÁSTRICO), previa evaluación de la junta médica correspondiente**”.

Salud Total presentó el caso ante “Junta de Expertos en Cirugía Bariátrica de la Clínica Reina Sofía de Bogotá quienes conceptuaron que era claro “el altísimo riesgo que tiene dado por superobesidad y patología pulmonar. Recomendamos completar la evaluación cardiovascular y pulmonar. Deberá incluirse en el programa para colocación del balón gástrico”.

De acuerdo con la queja, los médicos de SALUD TOTAL consideraron que no era apto y prudente realizarle la cirugía de bypass gástrico a la Señora M. “debido a que la paciente no cumplía a cabalidad con los requisitos necesarios y que el riesgo de complicación y muerte era muy alto”.

En la queja el representante de SALUD TOTAL EPS aporta como prueba que el Dr. F.H.R. opinó: “La paciente A.M.M. DE L. de 72 años de edad tiene en la actualidad un cuadro de obesidad mórbida grado IV en la categoría de super obesidad, con un índice de masa corporal de 57.6. La paciente tiene hipertensión arterial manejada con medicamentos, alteración del metabolismo de la glucosa, dislipidemia, desórdenes hormonales y elefantiasis por linfedema de los MMII. Es de anotar que la paciente está en silla de ruedas desde hace 6 años ya que el grado de obesidad no le permite la deambulaci3n. La inmovilidad es causante de frecuentes infecciones urinarias. La calidad de vida que la paciente est3 llevando es muy precaria ya que su gran obesidad no le permite desarrollar las actividades m3s b3sicas. De acuerdo a los par3metros del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos y de la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metab3lica, esta paciente tiene indicaci3n clara siendo el by-pass gástrico por vía laparosc3pica el procedimiento de elecci3n, con el fin de lograr una p3rdida de peso sostenida, controlar las morbilidades y lograr una mejoría en la calidad de vida. La edad de la paciente no es contraindicaci3n absoluta para la cirugía ya que se han reportado pacientes de mayor edad operados de obesidad mórbida con muy buenos resultados. En este grupo de edad los pacientes se deben seleccionar muy bien y llevar a cabo una preparaci3n prequirúrgica muy cuidadosa”.

La paciente y sus familiares tomaron la decisi3n de llevar a cabo la cirugía y asumieron “bajo su propio riesgo y responsabilidad” la pr3ctica de ésta, exonerando a SALUD TOTAL EPS de responsabilidad.

El 25 de octubre de 2008, los Drs. E.B. y F.H. le practicaron el procedimiento “Sleeve Gastrectomía” a la Sra. Á.M.M. de L; la paciente estuvo

durante 4 días en la Unidad de Cuidado Intensivo con ventilación mecánica inicialmente y luego con ventilación asistida con monitoreo cardiovascular estricto y con soporte ventilatorio y hemodinámico, luego pasó a cuidado intermedio y posteriormente fue dada de alta, después de haberle practicado examen de Doppler de miembros inferiores que fue negativo para trombosis, pero por el riesgo que pudiese desarrollarla, fue tratada con heparina.

El día 3 de noviembre de 2008, diez días después de haber sido dada de alta, la paciente regresó con un cuadro respiratorio agudo, posiblemente un tromboembolismo pulmonar o shock séptico, se hospitalizó en cuidado intensivo con tratamiento hemodinámico, metabólico y ventilatorio agresivo; tres días después la paciente presentó un shock hemorrágico; se le descartó hemorragia gastrointestinal por endoscopia y se concluyó que se produjo por hematoma en el muslo derecho, secundario al retiro de un catéter arterial femoral que no se pudo detectar inicialmente por la obesidad de la paciente. Posteriormente desarrolló una coagulopatía que se revirtió con transfusiones, plasma y crioprecipitados y más tarde shock séptico por pseudomonas y staph coagulasa negativos y permaneció 45 días con intubación endotraqueal, dependiente de soporte ventilatorio; el 6 de diciembre se le practicó traqueostomía y el 17 de diciembre de 2008 se retira tubo y fue trasladada a la unidad de cuidado intermedio el 3 de enero de 2009; el 22 de enero de 2009 presenta deterioro neurológico con Glasgow de 3 y se le documentó hemorragia cortical y subcortical fronto parietal izquierdo con hematoma subdural y desviación de línea media por TAC cerebral y vista por neurocirujano (Dr. B.), se decidió no hacer cirugía por el mal estado de la paciente, quién falleció el 24 de enero de 2009.

En la diligencia de versión libre, el médico disciplinado indicó que desde el año 2005 hay reportes y evidencia en la literatura, especialmente anglosajona en las que se cuestiona la norma que existía anteriormente de no operar pacientes mayores de 65 años, que además recomiendan llevarlos a cirugía y practicarles by-pass gástricos y que los reportes favorecen la cirugía por cuanto no hay diferencia en la mortalidad de esos pacientes, ajustada a la edad que tienen y que además esos pacientes mejoran la morbilidad que tienen y sobre todo mejoran la calidad de vida de esos pacientes, adjuntó esos artículos entre los cuales se encuentra uno que incluye pacientes entre 65 y 75 años de edad. Indicó además que tuvo en cuenta todos los factores para determinar la cirugía y opinó que insertar un balón

gástrico en esa paciente no hubiera producido un gran beneficio porque el balón se inserta y se deja 6 meses en promedio esperando que el paciente pierda peso pero que la experiencia que hay en la literatura no es positiva; agregó que a la paciente se le llevó a cabo valoración preanestésica y que se tomaron todas las precauciones y que se llevaron a cabo todos los exámenes de laboratorio requeridos incluyendo química sanguínea, perfil lipídico, pruebas de coagulación, ecografía abdominal, endoscopia de vías digestivas altas, gases arteriales, radiografías de tórax y ecocardiografía además de la valoración por psicóloga y por nutricionista.

Agregó que en ningún momento había recibido comunicación de SALUD TOTAL en la que ellos se oponían al tratamiento y que tampoco le informaron que la paciente había sido evaluada por otro grupo quirúrgico en Bogotá y que el tratamiento recomendado por ellos era de colocar un balón gástrico y luego la colocación de una banda gástrica ajustable, que es un procedimiento quirúrgico bajo anestesia general que acarrea los mismos riesgos que la cirugía de by-pass o “Sleeve gástrico”. El Dr. F.H.R. hizo notar durante la diligencia de versión libre que en el folio 20 de la queja de SALUD TOTAL se anota: “Debido a su comorbilidad ha sido evaluada por Endocrinología de la red Dra. N.V., quién “concluye: debido a su gran obesidad debe ser operada por cirugía de by pass gástrico para evitar complicaciones severas, como apnea del sueño y un desenlace fatal” “Ha tenido tratamientos previos con dietas, terapias farmacológicas con orlistat y sibutramina sin obtener metas” y que esto es contrario a los que la EPS argumenta en el sentido que la paciente llevaba varios meses en un programa para reducción de peso con éxito en el mismo.

En la misma diligencia de versión libre quedó establecido que el médico encartado no ha recibido comentarios adversos por parte de la familia de la paciente. El Dr. H. en la diligencia de versión libre anotó que en la Clínica MEDIHELP se ha efectuado más de 500 procedimientos bariátricos en 5 años y adjuntó las respectivas estadísticas e hizo notar que la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica y el Colegio Americano de Cirujanos consideran que las Instituciones que practican más de 100 cirugías al año son avalados para practicar este tipo de cirugía. Anotó además que la cirugía se practicó con conocimiento pleno de las indicaciones y riesgos y que la complicación se presentó diez días después y que no hubo complicación intrabdominal. Aportó 20 folios de literatura sobre indicaciones de cirugía bariátrica en pacientes mayores de 60 años.

En el Informe de Conclusiones, el Magistrado Instructor determinó que a pesar de los riesgos y comorbilidades, la atención brindada a la Sra. Á.M. de L. (q.e.p.d.) se ajustó a los parámetros de buena atención médica sin que a su juicio existieran elementos para concluir que el Dr. F.H.R., fuera arrogante, mal intencionado ni que hubiera atendido mal a la paciente, que el procedimiento utilizado fue adecuado, que no hubo omisión por parte del Dr. H., o del centro hospitalario que el estudio de la historia clínica fue muy bien llevado, que los medios diagnósticos, comentarios, recursos técnicos, humanos y especializados con que se contó en este caso eran de primera calidad, que la atención brindada por el Dr. F.H.R. y la Clínica Medihelp fue excelente, que los documentos y las declaraciones, las certificaciones y la literatura revisada y presentada están en concordancia con lo que se le hizo al paciente y que por las razones expuestas no hay mérito para formular cargos contra el Dr. F.H.R., por los hechos denunciados por la entidad SALUD TOTAL EPS S.A. y que no hay evidencia de desdén, arrogancia o violación a la Ética Médica, Ley 23 de 1981.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Este proceso se tramita de conformidad con los postulados de la Ley 906 de 2004, de acuerdo con los pronunciamientos de la misma, pueden interponer los recursos de ley los intervinientes del proceso y la víctima- en este caso el paciente, o su representante legal en caso de tratarse de un incapaz-.

En este caso la apelación es interpuesta por el representante legal de la EPS, quien evidentemente no es interviniente en el proceso ni se lo puede considerar como víctima, lo que nos debe llevar a la conclusión de que se trata de una persona extraña al proceso.

De conformidad con los razonamientos precedentes, se ha de concluir que la apelación negada por la Corporación de primera instancia fue acertada y por lo tanto se negará el recurso de queja.

Por los argumentos enunciados anteriormente, el Tribunal Nacional de Ética Médica considera que no hay ninguna razón para considerar el recurso de queja y ratifica que acoge y comparte las resoluciones del Tribunal de Ética Médica de Bolívar.

Bastan las consideraciones anteriores para el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus atribuciones:

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Rechazar el Recurso de Queja interpuesto por el doctor O.T.F., como apoderado judicial de la Sociedad SALUD TOTAL EPS S.A., por las razones expuestas en la parte motiva. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver éste expediente al Tribunal de origen para lo pertinente. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO, Presidente; GERMAN PEÑA QUIÑONES Magistrado Ponente; EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS; Asesor Jurídico; MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, diecisiete (17) de Noviembre del año dos mil quince (2015).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1298 DEL DIECISIETE (17)
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

REF: Proceso 262 del Tribunal de Ética Médica del Magdalena

Denunciante: Doctor C.E.A.P.

Contra: médicos de la Clínica Valledupar

Asunto: solicitud de nulidad y Recurso de Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas

Providencia No. 112-2015

VISTOS

Por Auto del 8 de agosto de 2.015 del Tribunal de Ética Médica del Magdalena, Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta, se acogió la asignación para llevar a cabo diligencia preliminar de la queja presentada por el médico C.E.A.P. por presunta falla contra la ética médica en la atención prestada a su padre R.Á.H., por médicos de la Clínica Valledupar del Cesar del 28 al 30 de abril de 2.011. Recaudadas las pruebas de rigor el Magistrado Instructor presentó a la Sala del Tribunal Seccional las conclusiones de la investigación preliminar que lo llevaron a solicitar se abriera pliego de cargos a los doctores R.R.M, J.R.C. Y J.F.F.P., por violación de los artículos uno (1), tres, diez y quince de la Ley 23 de 1.981. Rendidas “las diligencias de descargos de los implicados, pruebas recaudadas en pro de la salvaguarda del debido proceso y no encontrándose ninguna causal que afecte la legalidad del debido proceso”, el Tribunal Seccional en Sala del 3 de junio del 2.015 resolvió aceptar los descargos del doctor J.F.F.P. y no aceptar los descargos rendidos por los doctores R.R.M. y J.M.R.C., a quienes sancionó con suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de dos y tres meses respectivamente. Notificada dicha resolución a los médicos encartados, el día 6 de junio de 2.015 la secretaría del Tribunal Seccional recibe del abogado defensor de los

doctores R.M. y R. C., solicitud de nulidad del proceso ético disciplinario y Recurso de Apelación a la sanción impuesta a los mencionados médicos. Mediante providencia del 15 de julio de 2.015 el Tribunal Seccional concedió el Recurso de Apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. El 12 de agosto de 2.015 el Tribunal Nacional de Ética Médica recibe el expediente respectivo y asigna por sorteo el caso al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

HECHOS

El señor R.A.H., de 74 años de edad para la época de los hechos, ingresa a la Clínica Valledupar a las 7:34 de la noche por dolor abdominal de varios días de evolución más intenso en la región inguinal derecha y por masa inguinal protruida con exacerbación del dolor en el día de su ingreso. Es un paciente hipertenso (200/100) y hacía dos años y medio había sido sometido a cirugía de revascularización miocárdica mediante Bypass coronario, con resultados satisfactorios. Se hace diagnóstico de ingreso de crisis hipertensiva en tratamiento con enalapril, abdomen blando depresible y hernia inguinal derecha encarcelada. Se ordenó hospitalización, ayuno, monitoreo de signos vitales, Ringer 100 cc/hora, dipirona, ranitidina, metoclopramida y toma de laboratorio: c. hemático, coagulación, electrocardiograma, radiografía de tórax y valoración preoperatoria por medicina interna (firmado por doctor R.R., quien intenta infructuosamente la reducción manual de la hernia). A las 8:05 am es valorado por el doctor J.R.C., quien lo programa para cirugía y queda en espera de la valoración por el internista. A las 12:10 el paciente presenta episodio de distensión abdominal acompañado de náusea y vómito; se le administra nueva dosis de metoclopramida, la tensión arterial es de 130/90, frecuencia cardíaca 80" y frecuencia respiratoria 19. A las 3:00 pm es valorado por el internista quien lo cataloga como un riesgo quirúrgico ASA III (alto riesgo quirúrgico) y sugiere evitar la hipotensión. A las 4:00 pm el doctor J.R.C. ordena pasarlo al quirófano, indica cubrimiento antibiótico e inicia la intervención quirúrgica descrita así: "bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia se realiza incisión sobre región inguinal derecha, se diseca por planos hasta evidenciar saco herniario donde se evidencia íleon terminal con área de isquemia de +- 10 cms de longitud la cual posterior a estímulo mejora de manera importante los signos de cianosis y motilidad, por lo que se decide no reseca, se corrige defecto herniario, se corta grasa preherniaria y se sutura saco. Se cierra por planos, se corrobora hemostasia, se coloca prótesis con malla de

Prolene, conteo de instrumental y compresas completo. Paciente tolera procedimiento. No complicaciones por lo que se decide manejo en UCI (F475). A las 6:45 pm se encuentra nota de enfermería que dice: “ingresa de cirugía a UCI paciente de sexo masculino con Dx de postoperatorio de hernia inguinal y presenta hipotensión, desaturación y se le observa en muy mal estado” ... “se procede a intubar por desaturación y por tiraje intercostal por respiración jadeante” A las 7:00 pm el intensivista doctor J.D.P., encuentra paciente con falla respiratoria y alto riesgo de sepsis abdominal continúa con ventilación asistida, monitoreo hemodinámico y antibióticoterapia; severa inestabilidad hemodinámica con soporte inotrópico con norepinefrina y datos de hipoperfusión marcada. A las 9:50 pm presenta paro cardíaco, se inician maniobras de reanimación con masaje cardíaco más atropina, adrenalina sin respuesta. Fallece a las 10:10 pm. Ante el desafortunado desenlace el hijo del occiso, médico C.E.A.P., en ese momento Residente en angiología y cirugía vascular, consideró que la muerte de su padre se debió a una demora injustificada en la cirugía que se le practicó y por ello denuncia por negligencia a los médicos que lo trataron en la Clínica Valledupar pues no entiende por qué ante una hernia encarcelada que requiere un cirugía de urgencia, el procedimiento se dilató injustificadamente por 24 horas dando tiempo a que el estado general del paciente se deteriorara hasta llevarlo a la muerte.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

El Recurso de Apelación instaurado por el abogado Álvaro Augusto Villareal Arizmendi consta de dos partes a saber: una es la solicitud de decretar la nulidad de lo actuado dentro del proceso ético disciplinario llevado a cabo contra sus prohijados; y otra la solicitud de absolver a sus defendidos los doctores R.R.M. y J.R.C.

Al respecto, esta Corporación hace las siguientes consideraciones.

1.SOLICITUD DE NULIDAD DE LO ACTUADO.

Arguye el recurrente para sustentar su solicitud que en el presente caso se trasgredieron los derechos fundamentales de sus prohijados al hacer caso omiso el Tribunal Seccional de la solicitud de pruebas aportadas por el recurrente, que han debido ser resueltas antes de proferir sentencia, lo cual representa una irregularidad sustancial en el debido proceso constituyéndose así

en causante de nulidad. Al respecto, esta Superioridad hace las siguientes consideraciones:

En el sistema procesal instituido por la Ley 600 de 2000, escrito y de tendencia inquisitiva, a pesar de que las partes podían aportar pruebas, que debían ser legalizadas con la aprobación del instructor o del juez competente, la tendencia probatoria generalizada es que el instructor decretaba oficiosamente las pruebas, o las partes solicitaban la práctica de ellas y las mismas eran decretadas por el instructor o el juez de conocimiento.

En relación con la prueba pericial, la misma se decretaba oficiosamente por los funcionarios judiciales y de manera regular eran practicadas por peritos oficiales, en el caso concreto de las pericias de diversa naturaleza realizadas principalmente por los peritos de medicina legal, o por la policía judicial del desaparecido DAS o de la SIJIN, o eran decretadas por los funcionarios a petición de cualquiera de las partes. En éste último caso, el juez procedía a decretar la prueba, a hacer la designación de los peritos, a posesionarlos y les corría traslado del interrogatorio técnico que debía de ser resuelto. En la Ley 600 de 2000 esta prueba estaba regulada de la siguiente manera:

“CAPITULO III. PRUEBA PERICIAL

ARTICULO 249. **PROCEDENCIA.** Cuando se requiera la práctica de pruebas técnico-científicas o artísticas, **EL FUNCIONARIO JUDICIAL DECRETARÁ LA PRUEBA PERICIAL**, y designará peritos oficiales, quienes no necesitarán nuevo juramento ni posesión para ejercer su actividad.

“ARTICULO 250. **POSESION DE PERITOS NO OFICIALES.** **EL PERITO DESIGNADO POR NOMBRAMIENTO ESPECIAL TOMARÁ POSESIÓN DEL CARGO PRESTANDO JURAMENTO Y EXPLICARÁ LA EXPERIENCIA QUE TIENE PARA RENDIR EL DICTAMEN.** En tratándose de asuntos relacionados con medicina legal y ciencias forenses, demostrará su idoneidad acreditando el conocimiento específico en la materia y su entrenamiento certificado en la práctica pericial.

En aquellas zonas del país, en donde no haya cobertura directa del sistema Médico-legal, serán los médicos oficiales y los del servicio social obligatorio quienes se desempeñen como peritos, quedando obligados a reportar su actividad al Sistema Médico-legal y seguir sus orientaciones

ARTICULO 251. **REQUISITOS.** En el desempeño de sus funciones, el perito debe examinar los elementos materia de prueba, dentro del contexto de cada caso. Para ello **EL FUNCIONARIO JUDICIAL Y EL INVESTIGADOR APORTARÁN LA INFORMACIÓN NECESARIA Y OPORTUNA.** Cuando se trate de dictámenes médicos, los Centros de Atención en Salud deben cumplir también este requerimiento.

El perito deberá recolectar, asegurar, registrar y documentar la evidencia que resulte, derivada de su actuación y dar informe de ello al funcionario judicial.

El dictamen debe ser claro y preciso y en él se explicarán los exámenes, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de las conclusiones.

Cuando se designen varios peritos, conjuntamente practicarán las diligencias y harán los estudios o investigaciones pertinentes para emitir el dictamen.

Cuando hubiere discrepancia, cada uno rendirá su dictamen por separado.

En todos los casos, a los peritos se les advertirá sobre la prohibición absoluta de emitir en el dictamen cualquier juicio de responsabilidad penal.

“ARTICULO 252. **CUESTIONARIO.** **EL FUNCIONARIO JUDICIAL, EN LA PROVIDENCIA QUE DECRETE LA PRÁCTICA DE LA PRUEBA PERICIAL, PLANTEARÁ LOS CUESTIONARIOS QUE DEBAN SER ABSUELTOS POR EL PERITO, PRESENTADOS POR LOS SUJETOS PROCESALES Y EL QUE DE OFICIO CONSIDERE PERTINENTE.**”

ARTICULO 253. **TÉRMINO PARA RENDIR EL DICTAMEN.** **EL PERITO PRESENTARÁ SU DICTAMEN POR ESCRITO O POR**

EL MEDIO MÁS EFICAZ, DENTRO DEL TÉRMINO QUE EL FUNCIONARIO JUDICIAL LE SEÑALE, el cual puede ser prorrogado por una sola vez, a petición del mismo perito.

Si no presentara el dictamen dentro del término, se le reemplazará y si no existiere justificación se le sancionará.

ARTICULO 254. CONTRADICCION DEL DICTAMEN. CUANDO EL FUNCIONARIO JUDICIAL RECIBA EL DICTAMEN, PROCEDERÁ EN LA SIGUIENTE FORMA:

1. Verificará si cumple con los requisitos señalados en este código. En caso contrario ordenará que el perito lo elabore cumpliendo con ellos. No se admitirá como dictamen la simple expresión de las conclusiones.
2. Si cumple con los requisitos indicados, se correrá traslado a los sujetos procesales por el término de tres (3) días para que soliciten su aclaración, ampliación o adición. Para la ampliación o adición el funcionario judicial fijará término.

ARTICULO 255. *OBJECION DEL DICTAMEN.* La objeción podrá proponerse hasta antes de que finalice la audiencia pública.

En el escrito de objeción se debe precisar el error y se solicitarán las pruebas para demostrarlo. Se tramitará como incidente.

El dictamen rendido como prueba de las objeciones no es objetable, pero dentro del término del traslado, las partes podrán pedir que se aclare, se adicione o se amplíe.

SI NO PROSPERA LA OBJECCIÓN, EL FUNCIONARIO APRECIARÁ CONJUNTAMENTE LOS DICTÁMENES PRACTICADOS. SI PROSPERA AQUELLA, PODRÁ ACOGER EL PRACTICADO PARA PROBAR LA OBJECCIÓN O DECRETAR DE OFICIO UNO NUEVO, QUE SERÁ INOBJETABLE, PERO DEL CUAL SE DARÁ TRASLADO PARA QUE LAS PARTES PUEDAN PEDIR QUE SE ACLARE, ADICIONE O AMPLÍE.

ARTICULO 256. COMPARECENCIA DE LOS PERITOS A LA AUDIENCIA. LOS SUJETOS PROCESALES PODRÁN SOLICITAR AL JUEZ QUE HAGA COMPARECER A LOS PERITOS, PARA QUE CONFORME AL CUESTIONARIO PREVIAMENTE PRESENTADO, EXPLIQUEN LOS DICTÁMENES QUE HAYAN RENDIDO Y RESPONDAN LAS PREGUNTAS QUE SEAN PROCEDENTES; EL JUEZ PODRÁ ORDENARLO OFICIOSAMENTE.

ARTICULO 257. CRITERIOS PARA LA APRECIACIÓN DEL DICTAMEN. Al apreciar el dictamen se tendrá en cuenta la idoneidad del perito, la fundamentación técnico-científica que sustenta el dictamen, el aseguramiento de calidad aplicado, el sistema de cadena de custodia registrado y los demás elementos probatorios que obren en el proceso.

ARTICULO 258. IMPEDIMENTOS Y RECUSACIONES. Los peritos están impedidos y son recusables por las mismas causas que los funcionarios judiciales.

Del impedimento o recusación conocerá el funcionario que haya dispuesto la prueba y resolverá de plano. (Lo destacado no lo es en el texto).

Como se puede observar, en los apartes destacados en precedencia, en la Ley 600 la prueba pericial era una prueba eminentemente manejada y gobernada por el funcionario judicial y es obvio que las partes no tenían iniciativa probatoria, excepto por las evidencias aportadas o por la petición probatoria que hicieran al funcionario de conocimiento.

Ese sistema probatorio cambió fundamentalmente con la vigencia de la Ley 906 de 2004, porque con la implantación del sistema acusatorio la iniciativa probatoria y la producción de los medios de convicción es responsabilidad individual de cada uno de los dos grandes protagonistas del proceso acusatorio: la acusación y la defensa, no por nada ha recibido el calificativo de sistema adversarial, porque se trata de dos oponentes que se enfrentan como verdaderos adversarios, cada uno en la búsqueda de sus personales intereses procesales.

A pesar de que esta Corporación en reiterada jurisprudencia ha sostenido que los vacíos legislativos existentes en la Ley 23 de 1981 deben

ser llenados con las previsiones del Código de Procedimiento Penal, por remisión expresa de la normatividad, es claro concluir que de conformidad con ella, se debe hacer remisión a la Ley 906, Código Procesal actualmente vigente, puesto que el anterior, Ley 600, fue derogado expresamente, excepto en lo relacionado con el trámite de los procesos que por fuero se tramitan ante la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia.

Pero pese al anterior reconocimiento, también ha sostenido esta Corporación, que por tratarse de dos sistemas procesales disímiles, el uno escrito de tendencia inquisitiva y el otro oral y de tendencia acusatoria, era importante precisar que por esa profunda diferencia estructural existente entre los dos sistemas procesales era indispensable destacar que había instituciones de la Ley 906 que eran inaplicables a un proceso escrito y de tendencia inquisitiva como lo es el procedimiento disciplinario de ética médica.

En tales condiciones, de manera excepcional, es indispensable remitir al Código Único Disciplinario que es igualmente escrito y tendencia inquisitiva, para llenar los vacíos que se pudieran presentar en la normatividad procesado de los procesos de ética médica.

En las circunstancias precisadas con anterioridad, es entonces trascendente concluir que la iniciativa probatoria está en cabeza del funcionario disciplinario y que las partes, y concretamente la defensa, no pueden ordenar y practicar la prueba pericial, sino que es indispensable que la misma debe ser solicitada al juez instructor, para que éste si lo considera pertinente la decrete.

La actividad probatoria en el Proceso Único Disciplinario está dirigida y gobernada integralmente por el funcionario de conocimiento y es así como aparece regulada en la Ley 734 de 2002:

“ARTÍCULO 128. NECESIDAD Y CARGA DE LA PRUEBA. Toda decisión interlocutoria y el fallo disciplinario deben fundarse en pruebas legalmente producidas y aportadas al proceso por petición de cualquier sujeto procesal o en forma oficiosa. **LA CARGA DE LA PRUEBA CORRESPONDE AL ESTADO.**

ARTÍCULO 129. IMPARCIALIDAD DEL FUNCIONARIO EN LA BÚSQUEDA DE LA PRUEBA. EL FUNCIONARIO BUSCARÁ LA VERDAD REAL. PARA ELLO DEBERÁ INVESTIGAR

CON IGUAL RIGOR LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEMUESTREN LA EXISTENCIA DE LA FALTA DISCIPLINARIA Y LA RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADO, Y LOS QUE TIENDAN A DEMOSTRAR SU INEXISTENCIA O LO EXIMAN DE RESPONSABILIDAD. PARA TAL EFECTO, EL FUNCIONARIO PODRÁ DECRETAR PRUEBAS DE OFICIO.

ARTÍCULO 130. MEDIOS DE PRUEBA. Son medios de prueba la confesión, el testimonio, la peritación, la inspección o visita especial, y los documentos, los cuales se practicarán conforme a las normas del Código de Procedimiento Penal en cuanto sean compatibles con la naturaleza y reglas del derecho disciplinario.

Los indicios se tendrán en cuenta al momento de apreciar las pruebas, siguiendo los principios de la sana crítica.

Los medios de prueba no previstos en esta ley se practicarán de acuerdo con las disposiciones que los regulen, respetando siempre los derechos fundamentales.

ARTÍCULO 131. LIBERTAD DE PRUEBAS. La falta y la responsabilidad del investigado podrán demostrarse con cualquiera de los medios de prueba legalmente reconocidos.

ARTÍCULO 132. PETICIÓN Y RECHAZO DE PRUEBAS. Los sujetos procesales pueden aportar **Y SOLICITAR LA PRÁCTICA DE LAS PRUEBAS que estimen conducentes y pertinentes. SERÁN RECHAZADAS LAS INCONDUCTENTES, LAS IMPERTINENTES Y LAS SUPERFLUAS Y NO SE ATENDERÁN LAS PRACTICADAS ILEGALMENTE.**

ARTÍCULO 133. PRÁCTICA DE PRUEBAS POR COMISIONADO. **EL FUNCIONARIO COMPETENTE PODRÁ COMISIONAR PARA LA PRÁCTICA DE PRUEBAS A OTRO SERVIDOR PÚBLICO DE IGUAL O INFERIOR CATEGORÍA** de la misma entidad o de las personerías distritales o municipales.

En la decisión que ordene la comisión se deben establecer las diligencias objeto de la misma y el término para practicarlas.

El comisionado practicará aquellas pruebas que surjan directamente de las que son objeto de la comisión, siempre y cuando no se le haya prohibido expresamente. Si el término de comisión se encuentra vencido se solicitará ampliación y se concederá y comunicará por cualquier medio eficaz, de lo cual se dejará constancia.

Se remitirán al comisionado las copias de la actuación disciplinaria que sean necesarias para la práctica de las pruebas.

El Procurador General de la Nación podrá comisionar a cualquier funcionario para la práctica de pruebas, los demás servidores públicos de la Procuraduría sólo podrán hacerlo cuando la prueba deba practicarse fuera de su sede, salvo que el comisionado pertenezca a su dependencia.

ARTÍCULO 134. PRÁCTICA DE PRUEBAS EN EL EXTERIOR. La práctica de las pruebas o de diligencias en territorio extranjero se regulará por las normas legalmente vigentes.

En las actuaciones disciplinarias adelantadas por la Procuraduría General de la Nación, **EL PROCURADOR GENERAL PODRÁ, DE ACUERDO CON LA NATURALEZA DE LA ACTUACIÓN Y LA URGENCIA DE LA PRUEBA, AUTORIZAR EL TRASLADO DEL FUNCIONARIO QUE ESTÉ ADELANTANDO LA ACTUACIÓN,** previo aviso de ello al Ministerio de Relaciones Exteriores y a la representación diplomática acreditada en Colombia del país donde deba surtirse la diligencia.

ARTÍCULO 135. PRUEBA TRASLADADA. Las pruebas practicadas válidamente en una actuación judicial o administrativa, dentro o fuera del país, podrán trasladarse a la actuación disciplinaria **MEDIANTE COPIAS AUTORIZADAS POR EL RESPECTIVO FUNCIONARIO** y serán apreciadas conforme a las reglas previstas en este código.

ARTÍCULO 136. ASEGURAMIENTO DE LA PRUEBA. **EL FUNCIONARIO COMPETENTE DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES DE POLICÍA JUDICIAL, TOMARÁ LAS MEDIDAS QUE SEAN NECESARIAS PARA ASEGURAR LOS ELEMENTOS DE PRUEBA.**

Si la actuación disciplinaria se adelanta por funcionarios diferentes a los de la Procuraduría General de la Nación, podrán recurrir a esta entidad y a los demás organismos oficiales competentes, para los mismos efectos.

ARTÍCULO 137. APOYO TÉCNICO. EL SERVIDOR PÚBLICO QUE CONOZCA DE LA ACTUACIÓN DISCIPLINARIA PODRÁ SOLICITAR, GRATUITAMENTE, A TODOS LOS ORGANISMOS DEL ESTADO LA COLABORACIÓN TÉCNICA QUE CONSIDERE NECESARIA PARA EL ÉXITO DE LAS INVESTIGACIONES.

ARTÍCULO 138. OPORTUNIDAD PARA CONTROVERTIR LA PRUEBA. Los sujetos procesales podrán controvertir las pruebas a partir del momento en que tengan acceso a la actuación disciplinaria.

ARTÍCULO 139. TESTIGO RENUENTE. Cuando el testigo citado sea un particular y se muestre renuente a comparecer, podrá imponérsele multa hasta el equivalente a cincuenta salarios mínimos diarios vigentes en la época de ocurrencia del hecho, a favor del Tesoro Nacional, a menos que justifique satisfactoriamente su no comparecencia, dentro de los tres días siguientes a la fecha señalada para la declaración.

La multa se impondrá mediante decisión motivada, contra la cual procede el recurso de reposición, que deberá interponerse de acuerdo con los requisitos señalados en este código.

Impuesta la multa, el testigo seguirá obligado a rendir la declaración, para lo cual se fijará nueva fecha.

Si la investigación cursa en la Procuraduría General de la Nación, podrá disponerse la conducción del testigo por las fuerzas de policía, siempre que se trate de situaciones de urgencia y que resulte necesario para evitar la pérdida de la prueba. La conducción no puede implicar la privación de la libertad.

Esta norma no se aplicará a quien esté exceptuado constitucional o legalmente del deber de declarar.

ARTÍCULO 140. INEXISTENCIA DE LA PRUEBA. LA PRUEBA RECAUDADA SIN EL LLENO DE LAS FORMALIDADES SUSTANCIALES o con desconocimiento de los derechos fundamentales del investigado, SE TENDRÁ COMO INEXISTENTE.

ARTÍCULO 141. APRECIACIÓN INTEGRAL DE LAS PRUEBAS. Las pruebas deberán apreciarse conjuntamente, de acuerdo con las reglas de la sana crítica.

En toda decisión motivada deberá exponerse razonadamente el mérito de las pruebas en que ésta se fundamenta.

ARTÍCULO 142. PRUEBA PARA SANCIONAR. No se podrá proferir fallo sancionatorio sin que obre en el proceso prueba que conduzca a la certeza sobre la existencia de la falta y de la responsabilidad del investigado.

Como se puede observar, en éste procedimiento, escrito y de tendencia inquisitiva, al igual que sucede en el procedimiento implementado por la Ley 600, el dominio de la ordenación y práctica de las pruebas es del funcionario, por tanto, las partes solo están autorizadas para aportar evidencias o pruebas, pero no pueden decretar pruebas como la pericial, que es competencia exclusiva del funcionario, sin descartar si, que las partes puedan solicitar la práctica de la misma.

Lo anterior es entendible, porque en los sistemas procesales de tendencia inquisitiva la iniciativa investigativa la tiene fundamentalmente el funcionario instructor, mientras que en los procesos de tendencia acusatoria, esa iniciativa está en cabeza de las partes.

Con fundamento en las consideraciones precedentes habrá de concluirse, que la prueba pericial fue iniciativa de la defensa y no del funcionario competente y por ser un proceso de tendencia inquisitiva las partes no tienen tal tipo de competencias, ni de autorizaciones probatorias.

De allí que sea razonable que el Tribunal de primera instancia no haya considerado una prueba que no fue practica por iniciativa del funcionario competente, sino de la defensa, contraviniendo de tal manera la filosofía que orienta éste tipo de procedimientos y por lo tanto esta Superioridad no acepta sus argumentos del Recurso en apoyo a su solicitud de decretar

la nulidad del proceso ético disciplinario en cuestión y en tal sentido se pronunciará en la resolución respectiva.

2.SOLICITUD DE ABSOLUCIÓN DE LOS MÉDICOS ENCARTADOS

El abogado defensor presenta en el recurso de apelación “algunos puntos que no se tuvieron en cuenta dentro del fallo de primera instancia” con una presunta demora de los médicos tratantes en practicar en forma inmediata el tratamiento quirúrgico tendiente a reducir sin demora la hernia inguinal que presentaba desde hacía varios días el señor R.A.H. Sin embargo, un análisis cuidadoso del cuadro clínico encontrado por los médicos que lo atendieron desde su ingreso a la Clínica Valledupar, aclara de manera objetiva su complejidad y permite valorar imparcialmente su evolución. En primer término deben definirse dos aspectos a saber: el estado general del paciente y el tipo de hernia que presentaba.

Estado general del paciente. Se trataba de un hombre de 74 años con una crisis hipertensiva que cedió con medicación antihipertensiva y con antecedente de revascularización miocárdica mediante Bypass coronario de resultados plenamente satisfactorios, hemodinámicamente estable, sin signos de peritonismo y con tumefacción inguinal derecha dolorosa causada por un hernia encarcelada que no se pudo reducir con maniobras manuales. Es atendido por uno de los encartados, el doctor R.R.M., quien corrobora el diagnóstico de hernia encarcelada y la conducta de practicar herniorrafia previa valoración del médico internista y toma de exámenes de laboratorios prequirúrgicos y ayuno. Insiste el implicado que no se trataba de una intervención de urgencia dado el estado del paciente y presenta literatura que lo apoya (“diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales – Guías Médicas de México F552”). Para el Tribunal Seccional el doctor R.R.M. “no tuvo el debido cuidado con el paciente ni fue diligente en la solución de su problema”; pero se ignoró la explicación que este dio al hecho de no haber intervenido de urgencia teniendo en cuenta la ausencia de un cuadro agudo y las malas condiciones del paciente dados los altos riesgos de complicaciones de sus órganos diana (corazón, cerebro y riñones) que podría llevarlo a la muerte en el transoperatorio y postoperatorio; y como no había ningún síntoma de abdomen agudo ni estado séptico, cumpliendo en lo establecido en el artículo 15 de la Ley 23 de 1.981 de no exponer al paciente a riesgos injustificados, consideró indispensable solicitar el concurso del internista para valorar el riesgo quirúrgico, conducta que

comparte plenamente esta Superioridad. Otra cosa es que la interconsulta se demorara hasta el 29 de abril a las 3.00 pm que concluyo: “paciente puede intervenir quirúrgicamente riesgo quirúrgico ASA III. En lo posible evitar hipotensión” (F493). Basado en este concepto el otro médico denunciado doctor J.R.C., que había valorado al paciente en horas de la mañana lo interviene a las 4:00 pm del mismo 29 de abril según descripción del acto quirúrgico ya transcrito en el acápite de los hechos cuya evolución se complicó hasta provocarle la muerte. Ante la ausencia de necropsia que podría haber allegado datos concluyentes sobre la causa de muerte del señor Á., surge toda clase de posibilidades diagnósticas que solo tienen como base los hallazgos encontrados por el cirujano R.C. cuya parte esencial es la descripción del contenido del saco herniario compuesto principalmente por el íleo terminal con área de isquemia que mejora de manera importante con el estímulo local por lo que se decide no resecar y se corrige el defecto herniario colocando malla de Prolene. Confirma esta descripción el diagnóstico de hernia encarcelada y excluye de tajo la hernia estrangulada con compromiso de necrosis, complicación que sí habría requerido una cirugía de urgencia, caso diferente a la lesión encarcelada que permitía una valoración prequirúrgica para disminuir complicaciones trans o postoperatoria, todo lo cual avala la conducta de los médicos encartados.

Lo que llama la atención es que en el posoperatorio inmediato el paciente entra en shock séptico que en ausencia de lesión intestinal según pudo comprobar el cirujano R.C., sólo podría explicarse en opinión del cirujano que recibió en su turno al paciente, doctor J.F.F.P., por una bacteriemia dada por entero patógenos que podría ella sola explicar este cuadro de choque profundo del paciente por falla multiorgánica refractaria a todas las medidas tomadas en la UCI. Además contrasta la gravedad de la complicación con lo anotado por el cirujano R.C. en la descripción del acto quirúrgico ya mencionado: “paciente tolera el procedimiento. No complicaciones”. Pero al ingresar el paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos a las 7:00 pm del día 29 de abril el especialista en medicina crítica doctor J.D.P. lo encuentra con alto riesgo de sepsis abdominal, falla ventilatoria que requiere intubación orotraqueal, monitoreo hemodinámico y antibióticoterapia; en control del 30 de abril a las 10:00am anota: “cuadro actual muy grave con falla de múltiples órganos, falla respiratoria con datos radiológicos y ventilatorios de distress respiratorio agudo, con soporte ventilatorio mecánico, y datos de hipoperfusión marcada” (FS494 y 495). Ante tan grave situación es difícil entender la actitud del cirujano R.C. que al ser interrogado por el Magistrado Instructor si había permanecido atento a la situación de su paciente en tan crítico estado, tuvo una respuesta inexplicable así: “yo terminé de

operar a las 5:00 pm. y me fui para mi casa porque había terminado mi misión”. Le asiste plena razón al Instructor cuando ante tan desconcertante respuesta anota: “la misión del cirujano no termina justo con el acto quirúrgico, entonces quien debe responder por el postoperatorio?”. Si bien es cierto que el cirujano, previendo una evolución accidentada ordenó trasladar inmediatamente el paciente a la UCI, es imperdonable que estuviera ajeno a la evolución de su paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Así como esta Superioridad le ha reconocido al doctor R.C. una conducta acorde con los dictados de la Lex Artis al solicitar una valoración del internista demostrando con ello prudencia en el manejo de su paciente, vulnera de manera clara lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 23 de 1.981 que impone al médico el deber de dedicar a su paciente el tiempo necesario y por tal motivo se hará merecedor de una sanción disciplinaria.

Bastan las anteriores consideraciones para que el Tribunal Nacional de Ética Médica en uso de sus atribuciones legales:

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: No decretar la nulidad de lo actuado en el proceso ético disciplinario contra los doctores R.R.M. y J.R.C., por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Revocar la sanción impuesta por el Tribunal de Ética Médica del Magdalena de suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de dos meses al doctor R.R.M. y en cambio absolverlo de toda culpa. **ARTÍCULO TERCERO:** Revocar la sanción impuesta por el Tribunal de Ética Médica del Magdalena de suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de tres meses al doctor J.M.R.C y en cambio imponerle la sanción de censura escrita y pública por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra esta resolución no procede recurso alguno. **ARTÍCULO QUINTO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO.GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado-Presidente; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado Ponente, FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, quince (15) Julio del año dos mil catorce (2014)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1232 DEL QUINCE (15)
DE JULIO DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014)**

REF: Proceso No. 594, Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico

Contra: doctores E.B.P. y J.C.B

Denunciante: W.O.R.

Asunto: Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega

Providencia No.76-2014

VISTOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, en Sala Plena del 30 de Abril de 2014, resolvió imponer al doctor E.B.P. o la sanción de amonestación privada, y al doctor J.C.B., la sanción de censura escrita y pública, dentro del proceso número 594 abierto contra ellos por la queja presentada por el señor W.O.R.

La abogada defensora del disciplinado E.B.P., interpuso y sustentó recurso de apelación contra la decisión mencionada; por providencia del 19 de mayo de 2014, el tribunal seccional concedió la apelación impetrada, por lo que envió las diligencias a este Tribunal Nacional para lo de competencia.

Recibido el expediente el 10 de Junio de 2014, fue puesto para reparto en Sala del 17 de Junio y correspondió por sorteo a la magistrada Lilian Torregrosa; como la doctora Torregrosa no fue nombrada como integrante del nuevo Tribunal que tomó posesión el 24 de Junio, el expediente fue puesto de nuevo para reparto y correspondió por sorteo al magistrado Juan Mendoza Vega.

Cumplidos los términos, se procede a resolver de acuerdo con los siguientes:

HECHOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico recibió el 9 de Febrero de 2011, la queja presentada por el señor W.O.R. contra los médicos que, en la Clínica Saludcoop de Barranquilla, Atlántico, atendieron a la señora C.G.A. a partir del día 4 de Agosto de 2010.

De acuerdo con la queja, la señora G.A., esposa del quejoso, fue intervenida quirúrgicamente para realizar Colectomía como consecuencia de previa cirugía con resección intestinal por apendicitis aguda, sufrida cuatro meses antes. A la recién operada le dieron salida el día 8 de Agosto, pero fue necesario hospitalizarla de nuevo ese mismo día y reintervenirla el 9 de Agosto, al parecer por “coágulos de sangre en el abdomen”; en los días siguientes fue sometida a nuevas intervenciones pero finalmente falleció el 10 de Septiembre de 2010, “por peritonitis” que en concepto del quejoso “fue debido a una mala cirugía ya que al momento de realizarle la cirugía de colectomía no fue bien practicada”.

El tribunal seccional aceptó la queja y abrió la investigación correspondiente, en el curso de la cual recabó y estudió copias de las historias clínicas correspondientes a la occisa C.G.A., en las cuales se identificaron los médicos que participaron en su atención y se los llamó a rendir testimonio juramentado.

De estas diligencias, el tribunal seccional obtuvo información suficiente para identificar como médicos tratantes de la señora G.A. a los cirujanos generales J.A.C.B., W.A.O.A., V.J.D. L.E.S.S. E.J.B.P., Á.A.L. J.I. y J.E.R.P., a quienes se llamó para declarar bajo juramento. Igualmente recibió ratificación juramentada de la queja por parte del señor W.O.R.

Con base en las diligencias de la averiguación preliminar, el tribunal seccional consideró necesario iniciar investigación formal sobre el caso; los médicos E.J.B.P., W.A.O.A., V.J.D.B. y J.R.P., fueron debidamente notificados y se les llamó a rendir versión sin juramento.

Cumplidas esas diligencias, el tribunal de primera instancia consideró que la conducta de los doctores O.A.B y R.P., no constituyó violación de normas

éticas ni de la *Lex artis ad hoc*; en cambio, ordenó vincular al proceso al doctor J.A.C.B. y llamarlo a versión libre, después de la cual planteó pliego de cargos contra él por presunta falta contra los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1981, y contra el doctor E.J.B.P., por presunta falta contra el artículo 10 de la misma Ley. Las diligencias de descargos se llevaron a cabo en debida forma, con la presencia de los abogados defensores de los disciplinados, y el tribunal seccional en decisión de Sala Plena del 30 de Abril de 2014 resolvió no aceptar los descargos de los doctores B. y C., procediendo a sancionarlos con Amonestación Privada al doctor B.P. y con Censura Escrita y Pública al doctor C.B.

Dentro de términos, la abogada Eyleen Elena Díaz Pérez, en su condición de abogada defensora del doctor E.J.B.P., presentó recurso de apelación contra la decisión mencionada, el cual fue concedido por el tribunal seccional y se resuelve mediante la presente providencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Para sustentar el recurso de apelación, arguye la abogada Díaz Pérez que no hay congruencia entre la formulación de cargos y la resolución sancionatoria, porque en ésta se habrían consignado como causas para la sanción “tópicos que no le fueron enrostrados en la formulación de cargos ni en los descargos”, por ejemplo “la falta de fundamento para emitir una presunción diagnóstica”, cuando en la misma providencia se había manifestado por parte del tribunal seccional que “hay que creerle al encartado que lo que consignó en la historia clínica fue lo que encontró al examen de la paciente en ese momento” y que además “inferido del cuadro clínico que encontró el inculpado, debe aceptarse que en ese momento no era necesario ordenar exámenes complementarios de diagnóstico”.

Igualmente, la recurrente explica con detalles cómo el acusado no incurrió en violación del artículo 10 de la Ley 23 de 1981, que a la letra dice:

“...ARTÍCULO 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. **PARÁGRAFO:** El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos

o quirúrgicos que no se justifiquen...”; en efecto, la historia clínica contiene las notas del doctor B. sobre su consulta de urgencias, en las cuales aparecen todos los datos de aquello que encontró en el examen clínico y la interpretación que de tales datos hizo, así como las disposiciones que sobre ellos mismos tomó.

Es necesario aceptar que son razonables los argumentos de la recurrente, a la luz de los cuales el médico disciplinado no incurrió en falta contra lo dispuesto por el artículo 10 de la Ley 23 de 1981 porque como evidentemente se comprueba registrado en la historia clínica que obra en el expediente, el doctor B.P., sí examinó cuidadosamente a la señora C.G.A., en la única oportunidad en que la atendió, dejó constancia completa de sus hallazgos en tal historia clínica y le formuló medicamentos adecuados para el diagnóstico que planteó como hipótesis de trabajo, sin ordenarle exámenes complementarios porque en ese momento y como el tribunal seccional lo anota, no era necesario hacerlo, pero sí dando instrucciones para vigilancia y nueva consulta en caso de persistencia de síntomas o agravación de los existentes, lo que evidentemente llevó a la consulta veinte horas después de la primera, cuando sí encontró otro médico de turno signos sugerentes de abdomen agudo quirúrgico. Apoyan este punto de vista las declaraciones juramentadas del doctor Wilder Sandoval Forero y del doctor Fabián Meza Sierra, especialistas de experiencia, quienes coinciden en afirmar que el cuadro clínico descrito en la nota de su consulta de urgencias por el doctor B., no permitía pensar en “abdomen quirúrgico” como primer diagnóstico y en cambio muestra un acto médico adecuado a la realidad que presentaba la paciente en ese momento de su evolución.

El diagnóstico inicial que plantea un médico frente a un enfermo es, en la inmensa mayoría de los casos, solamente una hipótesis de trabajo que se apoya en los hallazgos clínicos obtenidos por el profesional en su examen y analizados por él mediante sus conocimientos y buen juicio; con los resultados de tal proceso intelectual, toma el galeno las medidas que considera adecuadas, incluyendo las órdenes de exámenes complementarios si parece necesario o, en otros casos, el consejo de prolongar la observación y volver a consultar algún tiempo después para ver si la evolución del cuadro aclara la situación y permite concretar un diagnóstico más firme. Ante esa consulta inicial, sólo es procedente desde el punto de vista ético-disciplinario exigir que sea realizada con el necesario cuidado, sin pasar por alto ningún aspecto del examen clínico,

tomando todo el tiempo que para ello se requiera y haciendo buen uso de los conocimientos, habilidades y destrezas que el médico debe tener según su nivel de preparación. No es ni puede ser exigible la precisión absoluta en el diagnóstico, salvo en poquísimas ocasiones en que éste es de tal modo notorio que resultaría imposible pasarlo por alto. En el caso que se examina, el propio tribunal de primera instancia admite que en el momento del examen realizado por el doctor B. no encontró él signos abdominales que indicaran urgencia quirúrgica, los cuales solo vinieron a aparecer en el examen de control realizado por otro médico veinte horas más tarde; esta clase de situación es muy frecuente en Medicina y sobre todo en problemas abdominales como la apendicitis cuando el apéndice tiene situación anatómica retrocecal; es pertinente entonces la deducción de la recurrente en el sentido de que el acto médico realizado por el disciplinado “fue conforme a la *lex artis*” y en consecuencia no hubo transgresión de lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 23 de 1981 que se le enrostró y por lo cual se le sancionó.

Resuelto lo anterior, la solicitud de nulidad impetrada en el mismo recurso no será considerada por este Tribunal.

Bastan las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus facultades legales,

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar, como en efecto revoca, la decisión tomada por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, en el proceso 594, en la cual se sancionó al doctor E.J.B.P., con amonestación privada, y en cambio absolver al doctor B.P., de los cargos que se le imputaron, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

ARTÍCULO SEGUNDO: Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado-Presidente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado Ponente; FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, veinticuatro (24) de Enero del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1351 DEL VEINTICUATRO (24)
DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

REF: Proceso No. 3051 del Tribunal Seccional de Ética Cundinamarca

Denunciante: Sr. J.A.F.C.

Contra Drs. C.E.R.C., G.D.G.C., L.A.C.B. y S.A.P.

Providencia No. 08-2017

Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney

VISTOS

El Señor J.A.F.C. presentó queja el 12 de febrero de 2015 por presunto error diagnóstico y atención inadecuada en el cuidado de su menor hijo N.E.F.D.

Mediante providencia del 13 de octubre de 2015, el Tribunal Seccional de Cundinamarca declaró que existen méritos para formular cargos contra los doctores C.E.R.C., G.D.G.C., L.A.C.B., S.A.R., L.C.N y C.D.M.A., providencia que fue notificada por correo electrónico a los médicos implicados el 16 de octubre de 2015.

El 10 de noviembre de 2015 rindieron diligencia de descargos los doctores G.D.C. y C.E.R.C. y el 26 de enero de 2016 los doctores L.C.N., S.A.P y C.D.M.A.

Mediante providencia del 5 de julio de 2016 el Tribunal Seccional aceptó los descargos de los Doctores S.A.P. y L.C.N. No se aceptaron los descargos presentados por los doctores C.E.R.C. y le impuso sanción de censura Escrita y Pública; al Doctor G.D.G.C., lo sancionó con censura Escrita pero Privada, a la Doctora L.A.C.B. con censura Escrita, pero Privada y al Doctor C.D.M.A. sanción de Censura Escrita y Pública.

La providencia fue notificada a los implicados mediante correo electrónico del 7 de julio de 2016.

Mediante providencia del 8 de noviembre de 2016, el Tribunal Seccional no repuso la decisión de julio 5 de 2016 y concede el recurso de apelación.

El 21 de noviembre se recibe el expediente y le correspondió al Magistrado Gabriel Lago Barney.

HECHOS

El niño N.E.F.D. de 13 años de edad para el momento de los hechos fue llevado a consulta el jueves 25 de abril de 2013 a las 7:29 a.m. a la IPS CLÍNICA BOYACÁ siendo atendido por el médico P.F.H. DE L. por presentar dolor abdominal en la madrugada de ese día. En la historia clínica obrante en el expediente se encontró paciente con signos vitales normales y examen abdominal, de pelvis y genitourinario normales; se elaboró el diagnóstico de dispepsia y se prescribió metilbromuro de hioscina, metoclopramida, dieta líquida y se indicaron signos de alarma.

El sábado 27 de abril de 2013 fue llevado nuevamente a la Clínica al servicio de urgencias por presentar inflamación y dolor en el testículo izquierdo; en ésta ocasión fue atendido por el Doctor C.E.R.C. a las 16:13 horas quien registró como motivo de consulta y enfermedad actual: *“Cuadro de tres días de evolución de dolor tipo cólico en epigastrio irradiado (sic) a hipocondrio derecho, deolor (sic) en fosa ilíaca izquierda, dolor en el testículo aparentemente aumentado de volumen. Fue valorado por médico, se manejó con dipirone y metoclopramida con mejoría temporal.”* Al examen físico se encontraron signos vitales normales, abdomen normal y en pelvis-genitourinario se registró: *“Testículo izquierdo aumentado de volumen, duro, lobulado, doloroso, canal inguinal (sic) libre.”* Como diagnóstico se anotó: *“Otros dolores abdominales y los no especificados, y dolor abdominal.”* En las fórmulas y solicitud de exámenes se registró como diagnóstico “Orquitis”. Prescribió naproxeno 250 mg cada 8 horas y acetaminofén 500 mg cada 6 horas en la fórmula, pero en la historia escribió diclofenaco sódico, y dipirone; solicitó ecografía testicular bilateral y valoración por cirujano pediatra para el lunes siguiente (29 de abril a las 2 p.m. con el Doctor R.)

Por persistencia del dolor consultó a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA el 28 de abril a las 00:41 recibiendo la atención médica de parte del Doctor G.D.G.C. quien registró como motivo de consulta: *“Dolor de estómago e inflamación de testículo.”* En la enfermedad actual anotó: *“Pte(sic) de 13 años con cc (sic) de 2 días de dolor abdominal, asociado a dolor testicular izquierdo, refiere que ha consultado a (sic) en 2 episodios a Clínica Boyacá quien fue manejado dipirona (sic) Refiere el padre que investigó y podría cursar con torción (sic) testicular.”* Al examen físico encontró paciente con signos vitales normales, examen abdominal normal y al examen genito urinario describió: *“Aumento del tamaño de testículo izquierdo dos veces, dolor a la palpación de epididimo izquierdo y dolor a la suspensión.”* En el análisis consideró descartar patología quirúrgica testicular o infecciosa recomendando ecografía testicular o remisión para valoración por urólogo. Dentro del plan terapéutico indicó dieta normal, hioscina, ibuprofeno, doxiciclina, hemograma, PCR, parcial de orina y ecografía testicular o remisión a tercer nivel para consulta con urólogo. Como diagnósticos anotó: *“1. Trastorno del testículo y del epididimo en enfermedades clasificadas en otra parte; 2. Torsión del testículo y ;3. Orquitis, epididimitis y orquiepididimitis sin absceso.”* Indicó traslado del paciente a urgencias de pediatría.

A las 1:20 horas, la auxiliar de enfermería NANCY CAROLINA JIMÉNEZ GOYENECHE asistente de referencia y contrarreferencia registró en la historia clínica: *“Se comenta paciente con HOSPITAL SAN RAFAEL de Tunja. Paciente no aceptado por el Doctor M. Él informa que el paciente no tiene ninguna torsión testicular que tiene una epididimitis y que hay que tomarle una ecografía para volverlo a comentar.”*

A las 8:13 horas del 28 de abril de 2013, la Doctora L.A.C.B., encontró un paciente quien refirió disminución del dolor, pero presentaba un cuadro clínico de edema y dolor testicular que atribuyó a cuadro infeccioso de epididimitis; consideró pertinente esperar la ecografía y la valoración por urología. Registró los resultados del hemograma, con valores dentro de lo normal y la PCR informada en 2.3 mg; continuó manejo antibiótico y analgésico. No modificó los diagnósticos. Durante el turno, que duró 12 horas, no realizó nuevas anotaciones en la historia clínica.

A las 23:55 del mismo día 28 de abril, la Doctora S.A.P., registró que el paciente refería dolor testicular izquierdo sin fiebre ni otra sintomatología;

al examen encontró persistencia del dolor a la palpación del testículo izquierdo, sin cambios en el color. Como concepto consideró pertinente la realización de la ecografía y la valoración por urólogo. Como diagnóstico registró orquitis, epididimitis y orquiepididimitis sin absceso. Prescribió hioscina más dipirona.

El lunes 29 de abril, el Doctor L.C.N. evolucionó al paciente a las 9:04 horas registrando la persistencia del dolor testicular izquierdo en ausencia de fiebre u otra sintomatología. Logró la realización de la ecografía testicular y la valoración por urólogo, mantuvo el diagnóstico y prescribió analgésico.

A las 9 a.m. el paciente fue llevado a ecografía testicular (folio 236 cuaderno 1) la cual fue realizada por el Doctor D.R.L., médico radiólogo, quien encontró hallazgos sugestivos de torsión testicular izquierda, indicando que el testículo derecho estaba normal.

El paciente fue valorado por el Doctor H.T.O., médico urólogo, a las 10:40 a.m. encontrando un paciente con dolor testicular izquierdo, sin fiebre ni sintomatología urinaria. Al examen no se encontraron signos de irritación peritoneal; el escroto presentaba dolor, calor y edema, doloroso, aumentado de tamaño y turgente con lo que hizo el diagnóstico de un síndrome inguinoescrotal agudo en testículo izquierdo para el momento de aproximadamente 48 horas de evolución y la posibilidad de una torsión del cordón espermático con posible necrosis del testículo. El paciente se pasó a salas a las 2 p.m. por no contar con el tiempo de ayuno y se encontró la torsión testicular sin vitalidad del mismo por lo que se realizó orquidectomía izquierda y se fijó el testículo contralateral. La pieza quirúrgica fue enviada a patología. El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio.

RESULTANDOS Y CONSIDERACIONES

Con relación a la actuación del Doctor C.E.R.C., éste fue negligente. Argumentó en sus descargos que atendió al menor paciente a las 18:10 minutos y no a las 16:13 lo cual podría tener implicaciones en el pronóstico. Igualmente, que el caso lo comentó con el Doctor R., cirujano pediatra, que sin ver al paciente, según lo manifestado en los descargos, sugirió la presencia de una masa testicular y se ofreció a valorarlo con el resultado de la ecografía, recurso con el que el galeno endilgado sabía no contaba por tratarse de un fin de semana. Aceptando esta

hipótesis y la bibliografía aportada por el médico encartado, que hace referencia al diagnóstico diferencial de las masas escrotales, ésta misma referencia bibliográfica recomienda el reconocimiento temprano de la lesión y el tratamiento para preservar el testículo, conducta que no adoptó el Doctor R. (Folio 165 Cuaderno 1). Se pregunta este Tribunal, porqué si no había testículo que manifestara los signos patognomónicos del escroto agudo producido por torsión del cordón, estos no se anotaron en forma negativa, no se le mencionó nada al paciente ni a su padre y se insistió en la realización de la ecografía y remisión del paciente? Tampoco queda claro, porqué se hizo el diagnóstico de dolor abdominal si se trataba de una masa testicular y se remitió en forma ambulatoria al Doctor R. el lunes siguiente anotando como diagnóstico Orquitis en dicha remisión. De igual manera, si el Doctor R. se puso a su disposición, ante la imposibilidad de realizar la ecografía, no le requirió para que valorara personalmente al paciente, en su calidad de cirujano pediatra (Lo cual, según la tesis del Doctor R.C., indica que si se contaba con especialista) En la variada bibliografía aportada al proceso todas hacen referencia a la importancia de la clínica en el diagnóstico del escroto agudo por encima de cualquier ayuda diagnóstica, se recomienda actuar de manera urgente para verificar el estado del testículo y consideran a la torsión testicular como la primera causa del escroto agudo en un paciente de 13 años como en el caso en comento. Es por lo anterior que este Tribunal no puede aceptar los argumentos presentados por el Doctor R.C., pues tenía varias posibilidades para descartar las causas del escroto agudo lo que indica que no le dedicó el tiempo suficiente a su paciente y se limitó a esperar una ecografía y valoración días después, exponiéndolo a riesgos injustificados que se concretaron con la extirpación del testículo izquierdo.

Con relación al Doctor G.C., éste hizo un diagnóstico correcto, pero tomó una conducta dilatoria, pues como lo manifestó al Magistrado Instructor, si existía una posibilidad del 10% de salvar el testículo debió haber agotado todas las opciones a su alcance. No se explica este Tribunal porqué si dentro de las posibilidades diagnósticas estaba la torsión testicular, si había recibido la sugerencia del padre del paciente en que sospechaba dicho diagnóstico y, según su criterio, era menester realizar una ecografía y remitir, no fue lo suficientemente diligente para lograr dicha remisión, ni acudió a otro recurso institucional, como pudo ser el cirujano general. Al no ser sido diligente expuso a su paciente a riesgos injustificados que se concretaron en la orquidectomía y el padecimiento del dolor de su paciente.

La Doctora L.A.C., por su parte, se limitó, ante la sospecha diagnóstica de una torsión testicular, a esperar que se realizara la ecografía y el urólogo valorara al paciente, lo cual denota que no dedicó el tiempo suficiente a su paciente y lo mantuvo expuesto a los riesgos que condujeron a la extirpación del testículo. (10 y 15)

Como bien lo dijo la señora M.D.C., madre del menor paciente, en declaración que rindió en la Personería de Duitama al pedirle si tenía algo más que agregar manifestó: *“...la demora en la sección de urgencias tanto en la CLÍNICA BOYACÁ, como en el HOSPITAL REGIONAL fue excesiva, considero que pudo haber sido importante ese tiempo que tuvimos que esperar, así como considero importante que el médico que lo atendió lo hubiera remitido a un especialista o que nos hubiera dado una opinión médica más exacta sobre la gravedad de los síntomas para buscar ayuda en un centro médico de mayor nivel en otra ciudad, porque aquí lo que estaba en riesgo era la integridad de mi hijo y lo hubiéramos llevado a donde fuera para que le brindarán la atención de calidad, ya que no es lo mismo que le digan a uno tómese esta ecografía y esperemos a ver que es, a que digan que es grave y hay que actuar de inmediato.”* (Folio 84, Cuaderno 2) La claridad manifestada por la señora D.C. en su relato sobre la forma correcta de actuar en casos como el sub examine, deja entrever una comunicación insuficiente con los médicos que no permitió a los padres comprender la magnitud del problema de salud, o la dilación en la toma de una conducta que debió tomarse, privando al paciente de alternativas que los padres le podían brindar y el sistema de salud no lo hizo.

En lo que respecta al Doctor C.D.M.A., en las historias clínicas, tanto en la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA como del HOSPITAL SAN RAFAEL de Tunja, hay elementos probatorios que indican que el día de los hechos estaba de turno en el servicio de urgencias y se comentó el paciente recibiendo la negativa de remisión por parte de éste. Los hechos se fundamentan en la coherencia de los relatos de las personas que estuvieron a cargo del sistema de referencia y contra referencia de ambas instituciones en que sale a relucir el nombre del Doctor M. y el motivo para no aceptar la remisión.

Obrante a folio 9 del cuaderno 2 del expediente existe copia de un *“Formato de respuesta a solicitud de remisiones por FAX”* del Hospital San Rafael de la ciudad de Tunja en que el 28 de abril de 2013 a la 1:10 horas

se recibió solicitud respondida a las 1:25 horas proveniente del municipio de Duitama en que se solicita remisión del paciente N.E.F., de 13 años de edad, identificado con Como IPS remitente aparece E.S.E. Hospital de Duitama con aseguramiento en UNISALUD. En el acápite de “Proceso Médico” se solicita el concurso de la especialidad de urología y como diagnóstico de remisión anotaron “Epididimitis, evolución 2 días dolor testicular.” Firma del Médico: Dr. M., evento POSS con una x en adecuada y dentro del aparte de “Proceso Administrativo” se encuentra una x en negado. Motivo de negación o del pendiente: “Radiólogo de turno Dr. R., vive en Duitama.” En observaciones se anotó: “Se debe enviar reporte de ecografía –ilegible-.” Es de anotar que el nombre y la identidad corresponden al paciente. Este escrito fue elaborado por la Señora CECILIA WILCHES CAMARGO quien se desempeñaba como trabajadora técnica del área de referencia y contra referencia. En testimonio que rindió ante el Tribunal Seccional de Cundinamarca confirmó haber elaborado el documento y haber comentado el caso con el Doctor C.M., quien para el momento de los hechos actuó como médico general de apoyo al servicio de referencia. (Folios 90 y 01 del cuaderno 2)

Al no realizar las actuaciones conducentes a lograr la atención del menor paciente exponiéndolo a riesgos injustificados que se concretaron con la pérdida del testículo y prolongación del dolor en el paciente, el Doctor M. actuó de manera negligente.

En el escroto agudo en niños, la primera causa que debe sospecharse es la torsión la torsión del cordón o de la hidátide de Morgagni, las dos con implicaciones quirúrgicas.

Dentro del escroto agudo existen unos signos clínicos de ayuda en caso de carecer de las ayudas diagnósticas como son el signo de Prehn el cual se considera positivo para torsión testicular, cuando al elevar el testículo afectado disminuye el dolor; éste aumenta cuando el cuadro es inflamatorio (Epididimitis). Igualmente, pudo explorar la presencia del signo de Gouverneur en que el testículo comprometido se localiza más alto que el contralateral y asume una posición horizontal con el epidídimo en posición anterior. Del mismo modo, el signo de Angell en que se presenta una localización horizontal del teste contralateral no afectado. Finalmente, con el signo de Ger se pudo observar una depresión u hoyuelo en la piel del escroto afectado. Su valor diagnóstico se circunscribe a las horas previas

a la aparición del edema escrotal y así tengan baja sensibilidad y especificidad son mejor que nada y pudieron ayudar en el esclarecimiento del diagnóstico en este paciente.

Teniendo en cuenta la falta de ayudas diagnósticas, pero la existencia de recursos para realizar un diagnóstico clínico teniendo en cuenta la edad del paciente, la frecuencia de esta patología en los adolescentes y la sintomatología del paciente, amén de la sugerencia dada por el padre del niño, se trataba de un paciente con un síndrome de escroto agudo en que dos de sus posibilidades eran quirúrgicas, la torsión del cordón y la hidátide de Morgagni, optando por la más benigna sin haberla estudiado en su totalidad. Esta actitud asumida conlleva una gran dosis de negligencia y como lo manifestó el Magistrado Instructor del caso, de indolencia. Las actuaciones posteriores se limitaron a acompañar el curso natural de la enfermedad administrando analgésicos en espera de la realización de una ayuda diagnóstica como es la ecografía y la remisión para valoración por urólogo, ya fuera en otra institución o en otro momento, lo cual es a todas luces inaceptable en un paciente en quien se sospechó torsión testicular.

Igualmente, en los relatos surgieron varias opciones, la del Doctor R., según el Doctor R.C., la disponibilidad de un cirujano general en el HOSPITAL, indagar con la familia, opciones, y de remitir en cuanto se trataba de una urgencia, o por lo menor tomarse la molestia de hablar directamente con el médico del HOSPITAL donde se pretendía remitir, acciones todas estas que no se llevaron a cabo en el paciente.

No puede pasar por alto esta Corporación la lenidad de las sanciones impuestas frente a la gravedad del caso y de las consecuencias negativas para la vida del paciente. Lamentablemente en casos como este la segunda instancia está impedida de agravar la pena por la existencia de la prohibición constitucional de la *reformatio in pejus* (artículo 31).

El juez en el momento de hacer la tasación de la pena debe tener en cuenta particulares circunstancias respecto a la gravedad de la conducta, al daño ocasionado, a la víctima y a las consecuencias permanentes o temporales que el daño le puede ocasionar en el curso de su vida. Si la Corporación de primera instancia hubiese tenido en cuenta estos factores tenemos la certidumbre que la pena impuesta hubiera sido mucho más grave, si hubiera considerado los factores anteriores en el presente caso.

Son suficientes las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica en uso de sus atribuciones legales

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma las sanciones impuestas por los miembros del Tribunal Seccional de Cundinamarca a los doctores C.E.R.C. de sanción de censura Escrita y Pública; al Doctor G.D.G.C., con censura Escrita pero Privada, a la Doctora L.A.C.B con censura Escrita, pero Privada y al Doctor C.D.M.A. sanción de Censura Escrita y Pública. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta decisión no proceden recursos. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado -Presidente; GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado Ponente; FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

FERNANDO GUZMÁN MORA
Magistrado Presidente

JUAN MENDOZA VEGA
Magistrado Ponente

FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ
Magistrado

FRANCISCO PARDO VARGAS
Magistrado

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Magistrado

EDGAR SAAVEDRA ROJAS
Asesor Jurídico

MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO
Secretaría