

**TRIBUNAL NACIONAL DE
ÉTICA MÉDICA**

**GACETA JURISPRUDENCIAL
JULIO DE 2015**

CARDIOVASCULAR

No. 17

© 2015 Tribunal Nacional de Ética Médica

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32
Centro Comercial Futuro
Bogotá, Colombia
Teléfonos: (571) 627 9975 - 627 9983
Fax: (571) 627 9587
Pagina web: www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
E-mail: tnetmed@outlook.com

ISSN 0123-0832

Diagramación: Giro Graphos Impresores SAS.
Preparación litográfica e impresión:
Giro Graphos Impresores SAS.
Carrera 69K No. 70-40 Of. 204.
Telefono: (571) 262 2518
Cel.: 3164914886
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.

© 2015

JULIO DE 2015
CARDIOVASCULAR
No. 17

MAGISTRADOS 2015

Dr. Germán Gamarra Hernández (Presidente)

Dr. Francisco Javier Henao Pérez

Dr. Fernando Guzmán Mora

Dr. Juan Mendoza Vega

Dr. Francisco Pardo Vargas

Asesor Jurídico

Dr. Edgar Saavedra Rojas

Abogada Secretaria

Dra. Martha Lucía Botero Castro



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

Línea de atención al Cliente Nacional: 01 8000 111 210
Línea de atención al Cliente Bogotá: (57-1) 4199299
► www.4-72.com.co

El servicio de **envíos**
de Colombia



Permiso de Tarifa Postal Reducida. Servicios Postales Nacionales S.A.
No. 2015.137.4-72, Vence 31 de Dic. de 2015



Pag.

INDICE

EDITORIAL. Dr. Fernando Guzmán Mora. Magistrado del Tribunal Nacional de Etica Médica	11
Proceso No.1433 Tribunal Seccional de Etica Medica de Bogotá. Magistrado Ponente Dr. Diego Andrés Roselli Cock Providencia No. 43-2004 Infarto Miocardio Agudo Nulidad	17
Proceso No. 522 Tribunal Seccional de Etica Medica del Atlántico Magistrado Ponente Dr. Efraím Otero Ruíz Providencia No. 02-2013 Error en diagnóstico - Infarto Miocardio Confirma sanción 3 meses	28
Proceso No.279 Tribunal Seccional de Etica Medica de Norte de Santander Magistrado Ponente Dr. Efraím Otero Ruíz Providencia No. 20-2005 Infarto Miocardio Agudo Resolución inhibitoria	33
Proceso No.2367 Tribunal Seccional de Etica Medica de Cundinamarca Magistrado Ponente Dr. Efraím Otero Ruíz Providencia No. 37-2013 Chagas en parto- Muerte Confirma Sanción	37



	Pag.
Proceso No.358 Tribunal Seccional de Etica Medica de Risaralda Magistrado Ponente Dr. Efraím Otero Ruíz Providencia No. 46-2004 Anticoagulación- amputación Confirma Sanción	43
Proceso No.2801 Tribunal Seccional de Etica Medica de Bogotá Magistrado Ponente Dr. Efraím Otero Ruíz Providencia No. 51-200 Hemangioma y varices Revoca sanción	50
Proceso No. 1803 Tribunal Seccional de Etica Medica de Antioquia Magistrado Ponente Dr. Efraím Otero Ruíz Providencia No.97-2011 Anciano Infarto Miocardio Agudo Demanda injusta- archivo queja	58
Proceso No.4697 Tribunal Seccional de Etica Medica de Bogotá Magistrado Ponente Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia No.04-2015 Homeópata- ejerciendo como cardiólogo Confirma Sanción 2 meses	61
Proceso No. 1918 Tribunal Seccional de Etica Medica de Cundinamarca Magistrado Ponente Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia No. 48-2009 Cardiopatía dilatada muerte paciente Revoca sanción y Absuelve	80
Proceso No.42 Tribunal Seccional de Etica Medica del Huila Magistrado Ponente Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia No. 85-2014 Pseudoplástico broncoaspiración Sanción cinco años	102

Pag.

Proceso No. 1318 Tribunal Seccional de Etica Medica de Antioquia	129
Magistrado Ponente Dr. Fernando Guzmán Mora	
Providencia No. 111-2011	
Error anestésico	
Decreta nulidad	
Proceso No. 417 Tribunal Seccional de Etica Medica del Atlántico	136
Magistrado Ponente Dr. Fernando Guzmán Mora	
Providencia No. 115-2011	
Cardiopatía congénita-muerte paciente	
Confirma sanción- imputación objetiva	
Proceso No.691 Tribunal Seccional de Etica Medica de Caldas	155
Magistrado Ponente Dr. Francisco Pardo Vargas	
Providencia No. 38-2013	
TEP- Muerte	
Indubio Pro Reo -revoca sanción	
Proceso 1093 Tribunal de Ética Médica de Meta	161
Magistrado Ponente: Doctor Francisco Pardo Vargas	
Providencia No.78-2014	
Prescripción de acción disciplinaria	
Proceso No. 430 Tribunal Seccional de Etica Medica del Atlántico	164
Magistrado Ponente Dr. Germán Peña Quiñones	
Providencia No. 23-2011	
Paciente joven arritmia -Muerte	
Confirma sanción	
Proceso No. 530 Tribunal Seccional de Etica Medica del Atlántico	175
Magistrado Ponente Dr. Germán Peña Quiñones	
Providencia No. 94-2011	
Cardiopatía congénita-muerte	
Revoca sanción y absuelve	

	Pag.
Proceso No.426 Tribunal Seccional de Etica Medica de Norte de Santander	181
Magistrado Ponente Dra. Guillermina Schoonewolff de Loaiza	
Providencia No. 87-2009	
Infarto Miocardio Agudo -post operatorio	
Preclusión	
Proceso No.960 Tribunal Seccional de Etica Medica del Meta	191
Magistrado Ponente Dr. Juan Mendoza Vega	
Providencia No. 01-2013	
Infarto del Miocardio Agudo -muerte	
Resolución inhibitoria	
Proceso No. 1402 Tribunal Seccional de Etica Medica de Antioquia	195
Magistrado Ponente Dr. Juan Mendoza Vega	
Providencia No. 47-2010	
Safeno-varicectomía - lesión femoral	
Resolución inhibitoria	
 	200
Proceso No.435 Tribunal Seccional de Etica Medica de Tolima	
Magistrado Ponente Dr. Juan Mendoza Vega	
Providencia No. 77-2010	
Tromboflebitis TEP -Muerte	
Revoca y ordena abrir investigación	
Proceso No.989 Tribunal Seccional de Etica Medica del Meta	204
Magistrado Ponente Dr. Juan Mendoza Vega	
Providencia No.84.2013	
Infarto del Miocardio Agudo	
Resolución inhibitoria	
Proceso No.1117-08 Tribunal Seccional de Etica Medica del Valle del Cauca	208
Magistrado Ponente Dr. Luis Alberto Blanco Rubio	
Providencia No. 03-2011	
Escleroterapia	
Resolución inhibitoria	

	Pag.
Proceso No.1993 Tribunal Seccional de Etica Medica de Cundinamarca	213
Magistrado Ponente Dr. Luis Alberto Blanco Rubio	
Providencia No. 27-2010	
Disección aorta	
Confirma sanción	
 Proceso No.2416 Tribunal Seccional de Etica Medica de Cundinamarca	 220
Magistrado Ponente Dr. Luis Alberto Blanco Rubio	
Providencia No. 63-2011	
Error en Infarto del Miocardio Agudo	
Confirma sanción	
 Proceso No.354 Tribunal Seccional de Etica Medica del Tolima	 225
Magistrado Ponente Dr. Luis Alberto Blanco Rubio	
Providencia No. 87-2011	
Infarto del Miocardio Agudo	
Sanción leve	
 ARTÍCULO. OBEDIENCIA AL DERECHO. Dres. FERNANDO GUZMÁN MORA. SARA EDITH MORENO MAZO.	 230
 ARTÍCULO. ETICA KANTIANA: EL DEBER POR EL DEBER. Dres. FERNANDO GUZMÁN MORA. SARA EDITH MORENO MAZO.	 240
 ARTÍCULO. LA REVOLUCIÓN FRANCESA. Dres. FERNANDO GUZMÁN MORA. SARA EDITH MORENO MAZO Y MAURICIO HENAO BOHORQUEZ	 245

Editorial

QUE ES CIRUGIA?

FERNANDO GUZMÁN MORA, MD, MSCi, Asp Phd
Cirujano Cardiovascular
Magistrado. Tribunal Nacional de Ética Médica.

La palabra Cirugía viene del griego Kheirourgia, que significa “El arte de trabajar con las manos”. Pero el acto operatorio no es más que la continuación de un juicio clínico y una parte de la terapéutica que requiere intervención directa sobre los tejidos humanos para contribuir a aliviar la enfermedad.

Los objetivos básicos de la cirugía han sido, en resumen: Extirpar (Tumores, órganos destruidos); Evacuar (Abscesos, colecciones); Restaurar (Heridas de órganos); Reconstruir (Derivaciones); Corregir (Malformaciones); Crear fisiología nueva (Simpatectomía); Reemplazar (trasplantes, órganos artificiales); y asistir (cuidados postoperatorios e intensivos).

A estos se suman las funciones de estudiar, investigar, enseñar, publicar y buscar permanentemente soluciones a los problemas del ser humano en su totalidad, por medio de los actos de curar, aliviar, consolar y solidarizarse con quien sufre los rigores de la enfermedad y la muerte.

El cirujano debe tener habilidad, ciencia, disposición de ánimo y conocimientos claros, para poder utilizar las manos y los instrumentos con el objeto de modificar o eliminar la enfermedad o la mal función orgánicas, para prolongar la vida y mejorar su calidad y dignidad. Y a pesar de las dificultades, debemos borrar las dudas en el momento de tomar decisiones cruciales para el enfermo. Quien se dedica a la cirugía no puede tener una personalidad contemplativa o indecisa. Debe ser claro de propósitos, definitivo en el juicio, decisivo en la autoridad y autoritario con su propia vida, lo cual implica poseer los más altos niveles de responsabilidad y compasión humanas.

Ciertamente, la función esencialmente técnica del cirujano es cuestión del pasado. Nosotros somos, ante todo, médicos. Y médicos de altísima sofisticación, pues nuestra profesión tiene varias dimensiones: Intelectual por el permanente estudio; técnica porque la habilidad es esencial a nuestro oficio; artesanal por nuestro trabajo con las manos; y, por encima de todo, humana, porque nuestros pacientes son los más graves en todos los capítulos de la medicina.

EL APRENDIZAJE DEL OFICIO QUIRURGICO

Aprender es, en esencia, establecer nuevas conexiones interneuronales para elaborar y almacenar porciones de conocimiento que, una vez asimiladas, entran a formar parte de la estructura individual en la respuesta a interrogantes, problemas y análisis de conductas.

El período de entrenamiento quirúrgico es duro. En él se intenta acumular el máximo de experiencia y aprendizaje posible para poder dar al cirujano un criterio básico de manejo de los problemas en el menor tiempo posible. En este período no se aprende mediante actitudes pasivas o teóricas basadas en dogmas o preceptos arbitrarios, sino a través del ejercicio de una mente creativa en las salas de cirugía, en los laboratorios de investigación, en los pabellones hospitalarios y en la misma casa. Por lo tanto, la residencia es apenas el comienzo de toda una vida de estudio.

Aparte del bagaje científico, teórico y práctico, deben aprenderse los pasos básicos del arte de utilizar las manos y otros instrumentos sofisticados para el acto mismo de operar. Probablemente algunos de los intangibles que se aprenden en esas largas horas de entrenamiento incluyen la identificación de la consistencia de los tejidos, sus cambios con la enfermedad y el tipo de manipulación que debe dárseles para lograr adquirir lo que los británicos han bautizado como 'el toque de las manos'. Aquello que confiere al simple movimiento su toque de arte.

La velocidad en las salas de cirugía no debe ser un objetivo sino un logro que se consigue con el tiempo. Jamás debe ser una meta en la formación de un cirujano. Debe recordarse que ser simplemente un buen operador no significa ser un buen cirujano. Tiene más mérito el médico disciplinado capaz de tolerar con el mismo aplomo una demora en el tiempo operatorio, que quien se desespera porque las cosas no han salido en el lapso calculado

y trata de ganar minutos no cruciales a través de ‘proezas quirúrgicas’. Esto no quiere decir que la habilidad quirúrgica no sea indispensable dentro de ciertos rangos. Por supuesto que lo es! Infortunadamente unos son menos veloces que otros, pero todo buen cirujano debe ser hábil por la esencia artesanal del acto operatorio en si mismo. A este respecto, E Dunphy decía que “a no ser que los profesores de cirugía sean realmente cirujanos capaces, la estructura de la cirugía está amenazada con su hundimiento”. En esto incluía la habilidad manual de los cirujanos.

A todo lo anterior se suma la aparición y el dominio obligatorio de la nueva tecnología, cuyo conocimiento debe estar a la orden del día, con el objetivo esencial de no dejarse arrastrar innecesariamente en uso, sea porque es innecesaria (métodos más simples son suficientes); no exitosa (la condición de base del enfermo no se altera con ella); insegura (las complicaciones pesan más que los beneficios); inhumana (la calidad de vida lograda no es aceptable); o inoportuna (desvía enormes cantidades de dinero de objetivos más importantes y prioritarios).

Paralelamente, la estructura teórica del cirujano debe ser similar a la del mejor clínico. Su conocimiento anatómico debe ser impecable. Su experiencia táctil debe ser exquisita. En resumen, debe saber cómo utilizar su arte, cuándo aplicarlo, por qué utilizarlo y en quién hacerlo.

EL PRECIO DEL OFICIO

Alguno de los viejos profesores de cirugía me decía una vez, frente a un fracaso: “Si quiere vivir con la Cirugía tiene que aprender a vivir con la tragedia y la angustia”. Nada más cierto. Los cirujanos vivimos dentro de una permanente angustia por lo crítico de nuestros procedimientos. Estos periodos de angustia son, desafortunadamente, esenciales para madurar al cirujano e imbuirle la disciplina mental de perseverar a pesar de una aplastante adversidad. Curiosamente, la capacidad cognoscitiva e intelectual se afecta relativamente poco después de una noche de trabajo intenso y ausencia de sueño entre cirujanos en entrenamiento.

Sin embargo, el precio de dicha angustia en los quirófanos se puede medir. La frecuencia cardiaca promedio en casos de cirugía abdominal es de 114/min. en los cirujanos. Esta se ha equiparado a la de quien monta en bicicleta por largos periodos de tiempo. El consumo de oxígeno se encuentra por

encima de lo normal. La excreción de albúmina, índice del aumento del tono simpático, en cirujanos con buena función renal, se aumenta tres veces por encima de lo normal. Se ha comparado ésta excreción con quienes trabajan en consulta externa, teniéndola estos últimos en límites normales. La máxima excreción de albúmina se encuentra en residentes jóvenes. Comparando parámetros como la frecuencia cardíaca del cirujano cardiotorácico y la del respectivo anestesiólogo, la del operador es 25% más alta que la del anestesiólogo durante un procedimiento de rutina.

Midiendo el estrés entre abogados y médicos se encuentran datos curiosos: El abogado tiene 2 veces más tolerancia a la frustración. La respuesta al fracaso en abogados es una disminución en la actividad. La de los médicos es un aumento en la misma. Los cirujanos somos en esencia compulsivos. El 80% somos excesivamente compulsivos y el 20% rayamos casi en enfermedad compulsiva. El especialista quirúrgico joven se comporta casi como un enfermo durante los primeros dos años de su ejercicio. Se vuelve obsesivo, trabajador en exceso, buscador de éxito a cualquier costo, pierde casi por completo su sentido del humor y pierde fácilmente el control en casos de complicaciones intraoperatorias.

En el aspecto familiar el problema es mucho más serio. En los Estados Unidos se encuentra un mayor índice de divorcio y malos matrimonios que en otras especialidades. Comparado con la población general, casi 50% de los matrimonios de cirujanos están en vías de fracaso o ya fracasaron. Hay además mayor índice de adicción y alcoholismo (64% por encima del índice general). Incluso la enfermedad psiquiátrica es 50% mayor que entre la población general. El dilema de balancear las exigencias académicas con las necesidades familiares demanda un esfuerzo extra en favor de la familia. Sin embargo, se encuentra que entre las familias de cirujanos hay problemas serios entre los cónyuges y un problema importante de comunicación.

El peso del trabajo hace que la familia ocupe una distante segunda prioridad y el individuo mismo una remotísima tercera. Esto lleva a adquirir un exagerado sentido de la responsabilidad, una incapacidad para relajarse y una sensación de jamás haber alcanzado lo suficiente. Se planea entonces el tiempo de trabajo pero muy poco el tiempo de la familia. La intimidad matrimonial comienza a afectarse perdiéndose progresivamente la comunicación.

Probablemente, el exceso de trabajo se origina en la necesidad de ser necesitado. La mayoría de las esposas de cirujanos jóvenes afirman que: La cirugía es una amante con la cual es casi imposible competir.

EL CIRUJANO A LA LUZ DE LA ANTROPOLOGÍA Y LA ÉTICA DE KANT

El ser humano tiene una representación consciente de sí mismo. Esta autoconciencia puede derivar en egoísmo porque el individuo a menudo confunde el acto de conocerse con el de valorarse. Kant clasificó el egoísmo así: lógico (que no somete su juicio al efecto comparativo de otras opiniones por considerarlas innecesarias); estético (que continúa con sus preferencias, aún por encima de las críticas de los otros); y moral (para quien no hay más valor que lo que a él le produce provecho). Desde este plano, el cirujano en su ejercicio no puede sufrir ninguna de las tres clases de egoísmo kantiano: siempre somete su juicio a la confrontación de otras opiniones, critica sus preferencias de acuerdo con sus propios resultados y los de otros y, por último, trabaja la mayor parte del tiempo en provecho de los demás, muchas veces a costa del suyo personal.

La conciencia de las propias representaciones también esta sometida a la depuración por medio de una autocrítica severa. No puede ser ignorante, pues debe aprender lo necesario para saber su oficio y no puede ser de entendimiento estrecho, porque debe pensar por su cuenta, aún habiendo tenido buena escuela. De acuerdo con esto, el cirujano posee, más que un sentido común (conocer las normas en los casos de aplicación), un sentido científico (conocer las normas por sí mismas y antes de cualquier aplicación).

Para el cirujano, la sensibilidad y el uso de sus propios sentidos es indispensable. En el momento de tomar una decisión crítica, debe partir de la base que sus sentidos no lo confunden. Más bien, ellos se colocan al servicio de su entendimiento y no lo engañan.

De otro lado, el cirujano no mira entonces exclusivamente la felicidad sino que obra buscando sólo hacer el bien. En él se cumplen literalmente dos principios de supremacía kantiana: el amor a la vida y el amor a la especie. Si la norma ética que rige la actividad médica fuera el principio de la felicidad y del placer, el médico y con mayor razón el cirujano, tendrían legítimo derecho a no efectuar procedimientos que a pesar de prolongar la

vida aumentarán el sufrimiento del enfermo. En este plano, se daría cabida a fenómenos como la eutanasia y el suicidio asistido.

Si le fuera permitido guiar su actividad profesional por el sentimiento, podría rehusarse a operar a un enemigo. Pero resulta obvio que, ante el espectáculo de un ser humano cuya vida corre peligro, el cirujano debe intervenir, sin otra consideración distinta de su mandato interno. No el placer, no la felicidad, no el gusto; ni el del médico, ni el del paciente, ni el de nadie. El deber. Juró poner su conocimiento al servicio de la humanidad porque sí. Sin motivo o requisito alguno. Porque quiso ser médico.

En el momento de decidir alternativas de tratamiento, obra la libertad del paciente; el cirujano no es libre de escoger en lo que sería un ‘abanico’ de éticas. El dueño de las cartas es el enfermo pues, aparte de cualquier consideración trascendental o religiosa, es el único dueño de su vida. El cirujano solamente debe cumplir con su deber de preservar la especie.

Si consideramos al ser humano que tenemos en las manos como un fin, y ejerciendo nuestra libertad obramos con la voluntad excelente de hacer el bien, colocando de nuestra parte todos los elementos posibles para ello, el acto quirúrgico será la manifestación de una ética universal que no admite contradicción. Hay que buscar el bien del paciente; hay que operar bajo el gobierno de la razón; hay que buscar calidad en el proceso y en el resultado; hay que perseguir excelencia en la ejecución, manteniendo el principio de no hacer un daño mayor. Son presupuestos de una ética kantiana, que mira no a la felicidad, sino al deber.

Bogotá, Agosto 24 del año 2004

**SALA PLENA SESIÓN No.796 DEL VEINTICUATRO
(24) DE AGOSTO DEL AÑO 2004**

REF: Proceso No. 1433 del Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Denunciantes: J.P.S.C.
Denunciado: Dr. C.A.B.R.

Magistrado Ponente: Doctor DIEGO ANDRÉS ROSSELLI COCK
Providencia No.43 -04

VISTOS

El 22 de junio de 2001 el señor J.P.S.C. presenta una queja ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá en la que manifiesta inconformidad por el tratamiento recibido por su señora madre A.C.C. en el servicio de Urgencias de la Clínica Médico Quirúrgica Calle 100 por parte del médico general de planta C.A.B.R.

En la Sala Plena, sesión número 316 del 27 de junio de 2001 del Tribunal de Ética Médica de Bogotá se dio lectura a dicha queja y se designó como Magistrado al Dr. GABRIEL ORTEGA LAFAURIE.

Después de allegar las pruebas correspondientes, de revisar la respectiva historia clínica y de escuchar en declaración libre al médico Dr. C.A.B.R. (la paciente A.C.C. no pudo concurrir a la declaración, dado que vive en Yopal), el Tribunal de Ética Médica de Bogotá, el 17 de septiembre de 2003 dispuso citar al Dr. C.A.B.R. para recibir de él declaración juramentada.

El 2 de diciembre de 2003, el apoderado del Dr. C.A.B.R., el abogado J.G.M.C. solicita la nulidad de todo lo actuado.

El 28 de enero de 2004, el Tribunal de Ética Médica de Bogotá resolvió negar la nulidad solicitada. El 5 de febrero de 2004 el abogado J.G.M.C. interpuso recurso de reposición y en subsidio de apelación. El 9 de junio de 2004, el Tribunal de Ética Médica de Bogotá resolvió negar el recurso de reposición y concedió la apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. El proceso fue remitido al Tribunal Nacional el 2 de julio de 2004 y en sesión del 27 de julio fue asignado mediante sorteo al Dr. DIEGO ANDRÉS ROSSELLI COCK.

HECHOS

La paciente A.C.C., de 62 años, fue llevada al servicio de Urgencias de la Clínica Médico Quirúrgica Calle 100 como usuaria de Salud Colpatria a las 8 a.m. del 15 de junio de 2001 por su hijo J.P.S.C. por presentar “fuerte dolor torácico y adormecimiento de la mano izquierda”. Allí fue atendida por el médico general de turno, Dr. C.A.B.R., quien consignó en la historia clínica:

Paciente quien ingresa con hiperventilación refiriendo ahogo, palidez mucocutánea y frialdad asociado dolor tipo punzada en hemitórax derecho. [...] TA 160/100 [...] IDX Dolor hemitórax derecho, costochondritis, síndrome de ansiedad.

Ordena diclofenac 50 mg IM y captopril 25 mg.

Más adelante consigna: “Mejoría de sintomatología, se da salida con fórmula.”

En nota que remite el Dr. G.S.C., cardiólogo intensivista de la Fundación Cardio-Infantil, a donde fue llevada la paciente a la mañana siguiente, afirma que ella:

“se encuentra hospitalizada en la Unidad de Cuidado Coronario de esta institución desde el día 16 de junio de 2001 con diagnóstico de 1. Infarto agudo del miocardio anterolateral 2. Enfermedad coronaria de 1 vaso. Arteria descendente anterior Angioplastia más Stent”

Según la declaración del señor J.S.C. la señora ACC duró una semana en la UCI, 3 días en piso y 6 meses de terapia. Cuando se le pregunta a él “cuál es el motivo preciso de la queja contra el Dr. B.” responde:

La queja la formulo debido a que si él le hubiera hecho el electrocardiograma a tiempo el infarto de mi madre no hubiera progresado hasta este punto, lo que considero que el médico comete un error de procedimiento para ese caso.

En la diligencia de versión libre el Dr. C.A.B.R. dice:

La paciente refiere un dolor tipo punzada a nivel de hemitórax derecho sin referir irradiación a algún otro sitio del cuerpo o tórax asociado a exacerbación de la sintomatología con los movimientos del miembro superior derecho, negando además agudización del cuadro con actividad física [...] en tórax [encuentro] dolor a la palpación de articulaciones costocondrales derechas exacerbadas con la movilización de miembro superior ipsilateral [...] después de un tiempo prudencial nuevamente se valora evidenciando mejoría completa de su sintomatología [...] motivo por el cual decido dar indicaciones específicas sobre su patología dando orden de valoración por su médico de atención inmediata en su EPS. [...] La paciente es valorada siete horas posterior a la consulta inicial por su médico de atención inmediata quien al parecer no evidencia patología cardíaca inminente, ya que de lo contrario la solicitud de electrocardiograma y rayos X por él hubiera sido inmediata y no hubiera dado espera a una valoración 14 horas después de la suya, en la Fundación Cardio-Infantil, institución donde ingresa refiriendo un cuadro de 24 horas de evolución de dolor en hemitórax derecho que cede a la administración de antiinflamatorios y captopril presentando asintomatología durante todo el día, refiriendo (según evaluación cardiológico de urgencias de la Fundación) un cuadro de 2 horas de evolución de dolor opresivo en hemitórax izquierdo irradiado a cuello y miembro superior izquierdo, lo cual cambia dramáticamente el enfoque de la paciente, presentando posiblemente un evento posterior (casi 24 horas después) de un cuadro compatible a infarto agudo de miocardio. [...] Con todo lo anterior es claro que la patología por la cual ingresó a la Clínica Médico Quirúrgica Calle 100 definitivamente no correspondía a un infarto agudo de miocardio.

En su solicitud de nulidad, el abogado defensor J.G.M.C aduce las siguientes causales de nulidad:

En primer lugar se debe tener en cuenta honorable magistrado, que el señor J.P.S., en su escrito visto a folios 1 y 2 del expediente, nunca formuló

QUEJA alguna contra mi procurado, para comprobar mi versión remito al texto mismo del escrito y en especial a los siguientes apartes:

Como podrá observar y el motivo de dirigirme a Usted es que se me informe él porque (sic) de ese procedimiento médico del doctor en cuestión, si los procedimientos en estos casos son descartar un infarto por medio de un electrocardiograma.

Más adelante en el mismo escrito (folio No. 2)

La anterior información la suministro con el fin que se sirvan informarme de manera escrita si los procedimientos éticos utilizados por el doctor en cuestión son los acertados ó si por lo contrario el haber realizado el electrocardiograma a tiempo mi madre no hubiera llegado a ese estado de riesgo en el que se encontró.

En segundo lugar, al no existir queja alguna que tramitar, y el Honorable Tribunal, entender que si existe queja (sic), sin lugar a dudas de una parte, no se responde el pedimento que hace S.C., y de otra parte, se esta (sic) contrariando todo el ordenamiento Procesal Penal, por cuanto el Tribunal Ético Médico, sin tener en cuenta que estamos frente a una solicitud de información, que no, de un Derecho de Petición Artículo 23 Constitución Nacional, y sin presentarse prueba sumaria alguna del acto que se considera reñido con la Ética Médica (inciso 4º del artículo 74 ley 23 de 1981), en Sala Plena, mediante acta No. 316, el Honorable Tribunal tiene el escrito visto a folios 1 y 2 como una queja presentada por el señor J.P.S.C., contra el doctor C.A.B.R., y se designa como Magistrado Instructor a su Señoría.

[...] Es a partir de esta actuación que encontramos al folio 8º del expediente, en donde se empieza a vulnerar el debido proceso que le asiste a mi patrocinado, razón y causa de la nulidad deprecada, veamos:

En Sala Plena 316, de junio 27 de 2001 se dispone, previa designación del doctor GABRIEL ORTEGA LAFAURIE, como Magistrado Instructor, lo siguiente:

Una vez adelantada la instrucción preliminar y determinado si hay lugar a iniciar el proceso ético disciplinario, proceda a determinar

si hay lugar o no al ejercicio de la acción disciplinaria, para lo cual podrá adelantar las actuaciones necesarias tendientes a esclarecer si ocurrió el hecho del que se ha tenido conocimiento y del que presuntamente se acusa al (los) denunciado(s) si corresponde a violación de la ética profesional y si procede jurídicamente (...)

Todo lo anterior en armonía con el artículo 80 del estatuto disciplinario, procedimiento que fue TOTALMENTE DESCONOCIDO.

Como señalan los artículo 78 y 79 de la Ley 23 de 1981, el Honorable Magistrado, antes de vincular mediante diligencia de indagatoria al doctor C.A.B.R., debe presentar y como lo pregona el artículo 79 un INFORME DE CONCLUSIONES, informe que “brilla por su ausencia” en el expediente referenciado.

Por ser ésta una actuación procesal, su desconocimiento no es más que la violación al debido proceso, hoy conocido como Principio de Legalidad, consagrado en artículo 6° del Código de Procedimiento Penal, es decir el Honorable Magistrado no observó a plenitud las formas propias de cada juicio, en nuestro caso, las formas propias del proceso disciplinario.

Quiere decir lo anterior que el Proceso Disciplinario, sustanciado contra el doctor C.A.B.R., no se está adelantando en la forma y términos de la Ley 23, sencillamente se declara abierta la instrucción el 17 de septiembre de 2003, sin haberse dado cumplimiento, pasando por alto, al artículo 80 del Ordenamiento Disciplinario.

De haberse desarrollado y presentado el informe de conclusiones, como lo ordena la ley, en primer lugar, el Honorable Magistrado hubiera podido constatar que no estamos frente a una queja, pero fundamentalmente en ejercicio del derecho de defensa, y con la ampliación rendida por el señor J.P.S.C., el 13 de febrero de 2002 (folios 18 y 19) el Honorable Magistrado sustanciador había corroborado precisamente por el señor S.C., de una parte, que el doctor B.R., le recomendó que la señora A.C.C. fuera observada y diagnosticada por su médico de cabecera. Igualmente se hubiera podido constatar en el informe de conclusiones que el propio S.C., en manifestación de singular importancia, cuando confiesa que. [...]

[...] el doctor G. [...] me solicita de carácter urgente realizarle [el electrocardiograma].

[...] el Honorable Magistrado debe tener en cuenta la confesión que hace S.C., quien sin lugar a dudas es el directo responsable, con su actitud negligente al no practicar el electrocardiograma, tal como se lo recomendó su médico personal [...]

Todo lo anterior son argumentos jurídicos que hacen que el procedimiento realizado por el Honorable Tribunal sea nulo, teniendo en cuenta para ello que estamos frente a una comprobada existencia de irregularidades sustanciales que afectan el debido proceso, regulado en este caso por los artículos 74 y ss de la Ley 23 de 1981, consecuente con lo anterior, sin lugar a equivocaciones se presenta la violación al Derecho a la defensa que le asiste a mi procurado [...]

Al declarar la nulidad invocada, solicito comedidamente al Honorable magistrado se subsane el proceso disciplinario, como consecuencia precisamente de la declaratoria de Nulidad, se presente el informe de conclusiones que nos señala los artículos 78 y 79, y una vez estudiado y evaluado por el Tribunal el respectivo informe se declare que no existe mérito para formular cargos por violación de la Ética Médica en contra del doctor C.A.B.R. [...].

En su sesión del 28 de enero de 2004, el Tribunal de Ética Médica de Bogotá resuelve negar la Nulidad solicitada, con las siguientes consideraciones:

Sea lo primero enunciar, para dar respuesta al desconocimiento que dice el Señor Defensor tiene su defendido acerca de los motivos de queja que el profesional reconoció en su diligencia de Versión Libre y espontánea [...] saber para qué fue citado ante esta Corporación y por tal razón relató de forma extensa y con detalles su participación en el manejo médico dispensado a la paciente Sra. A.C.C.

De la misma forma explicó que después de la presentación de la queja por parte del familiar de la paciente, recibió un documento de parte de la Unidad Médico Quirúrgica de la “100”, en el cual se le notificaba de la queja y a razón de lo anterior, dio respuesta el 21 de junio de 2001.

Finalmente, es importante señalar que el hecho de poner en conocimiento por cualquier medio una posible vulneración a la ética médica ante la autoridad competente, en este caso los Tribunales de Ética Médica, obliga a adelantar la correspondiente investigación ético disciplinaria [...]

La vinculación formal del indagado, la defensa técnica con la que ha contado a todo lo largo del instructivo, el estado actual del proceso – fase investigativa – dentro de la cual puede, sin ninguna cortapisa seguir haciendo su defensa mediante los mecanismos consagrados en la ley, como lo ha venido haciendo; hacen que la Corporación entienda que no se vislumbra ningún cercenamiento al derecho a la defensa y menos que prueba alguna recogida en el expediente pueda ser objeto de inexistencia o nulidad en su recaudo.

En su recurso de reposición y en subsidio apelación, el abogado defensor J.G.M.C. alega:

No se observa, dentro de las consideraciones que tuvo su señoría para negar la causal de nulidad, que se haya (sic) tenido en cuenta y valorados mis argumentos en todas sus partes en lo que guarda relación con la aplicación del debido proceso.

Cuando el señor J.P.P.S. acudió a esa alta corporación [...] lo hizo en ejercicio del Constitucional derecho de Petición [...] pero su intención nunca fue la de formular una queja o cargo alguno en contra del profesional de la medicina [...]

No se discute en ninguno de los apartes que contiene el pedimento de nulidad, si se ha garantizado o no el derecho a la defensa, el objeto del incidente de nulidad está relacionado única y exclusivamente con el procedimiento que se dio al Derecho de Petición, más relieve (sic) NO DE UNA QUEJA cuyo trámite se inició en contravía a lo dispuesto en el capítulo II del Proceso Disciplinario Ético Médico de que trata la ley 23 de 1981.

En el plenario se observa, y brilla por su ausencia, que el Magistrado doctor GABRIEL ORTEGA LAFAURIE haya presentado un informe de conclusiones dentro del término no superior a quince días hábiles

consagrado en el artículo 75 del Estatuto de Ética Médica.

Tampoco se observa que, vencido el anterior término el Honorable magistrado haya solicitado ampliación del término que nos señala el artículo 78 para rendir su “informe de conclusiones”.

Tampoco se observa que el Honorable Tribunal de Ética Médica se haya reunido para estudiar y evaluar el “informe de conclusiones para haber tomado en derecho una de las dos decisiones que se señala en los literales a) y b) del artículo 80 de Estatuto Médico.

El debido proceso fue transgredido cuando se profirió resolución y/o auto que declara abierta la instrucción y cita a mi procurado doctor C.A.B.R a diligencia de indagatoria [...] sin existir dentro de éste el ya mencionado informe de conclusiones y sin haber declarado alguna de las circunstancias citadas en los literales a) y b) del artículo 80.

En respuesta a este recurso de reposición y en subsidio apelación el Tribunal de Ética Médica de Bogotá hace las siguientes consideraciones:

Asombra al recurrente que este proceso haya tenido como cabeza del mismo un memorial presentado por el Sr. J.P.S. en calidad de hijo de la Sra. A. C. C dentro del cual pone en conocimiento de esta Corporación los hechos de todos conocidos. Al respecto es necesario destacar que las acciones ético disciplinarias consagradas en la Ley 23 de 1981 son de orden público y como obvia consecuencia de oficiosidad en el adelantamiento de la investigación y juzgamiento de los profesionales de la medicina que caen bajo el rigor sustancial de la norma, siendo por ello indiferente que la averiguación y consecuente investigación se abra mediante cualquier mecanismo que simplemente tenga la Corporación conocimiento de tales eventos. [...]

Forma parte de los derechos fundamentales y específicamente de los principios rectores del derecho Procesal Penal, el debido proceso, que como muy bien lo sitúa el recurrente se haya inmerso en el Artículo 29 Constitucional y que profusamente ampara todos los demás principios, entre ellos el de legalidad, la presunción de inocencia, la tipicidad, la antijuridicidad y la culpabilidad, el principio de la doble instancia, el derecho de defensa, etc. Pero en este caso concreto, bástenos únicamente en

concretar que la inconformidad aducida por el representante legal del disciplinado se refiere como muy bien se lee a Fl. 70 numeral 4 de su alegato que la inconformidad es única y exclusivamente "... con el procedimiento que se dio al derecho de petición" [...] Debe por fuerza del texto anterior remitírsele al recurrente la exposición que ya se hizo cuyo referente principal es la oficiosidad que impulsa este tipo de procesos.

Hecha de menos el Señor Apoderado del disciplinado la existencia del Informe de Conclusiones, acta procesal que no ha sido posible dictarse justamente por las dilaciones a las que ha sido sometido este proceso bien por el mismo disciplinado como por su apoderado, ora mediante el derecho de petición calendarado 31 de julio de 2001 como por la solicitud de nulidad y posterior impugnación a la que nos hemos venido refiriendo, pues este diligenciamiento es subsiguiente a las diligencias que se han venido practicando como lo señala la Ley 23 de 1981 luego por esas potísimas razones no se ha producido el respectivo Informe de Conclusiones que debe estar precedido, como es apenas obvio, del estudio y evaluación de las pruebas por cuenta de esta Corporación.

Finalmente debe destacarse que las ritualidades que se dicen fueron omitidas al dar un tratamiento diferente de un derecho de petición y/o queja, han sido resueltas ya que es precedente de oportunidad cuando se dijo por este Despacho que sea una u otra la forma como el Tribunal tenga conocimiento de hecho que debe investigarse de oficio, como es en este caso, debe proceder a imprimir procedimiento no solo en la Ley 23 de 1981 sino en el Código de Procedimiento Penal que a virtud del principio de integración es de forzosa aplicación en este tipo de trámites.

Con estas consideraciones, el Tribunal de Ética Médica de Bogotá niega la reposición y concede la apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

De conformidad con las prohibiciones del art 169¹ del Código de Procedimiento Penal las providencias que se pueden expedir en el proceso son:

¹ Art. 169. Las providencias que se dicten en la actuación se denominarán Resoluciones, autos y sentencias y se clasifican así..... (..)

Sentencias

Autos interlocutorios

Autos de sustanciación

Resoluciones de sustanciación o interlocutorias si las dicta el Fiscal.

Los autos interlocutorios son aquellos que resuelven un incidente o aspecto sustancial dentro del proceso.

Es evidente que la solicitud de nulidad parcial o total de procesos de alguna de sus diligencias o pruebas es un aspecto sustancial que puede afectar la estructura, supervivencia, y validez del proceso; en tales circunstancias se trata de un aspecto que debe resolverse de conformidad con un auto interlocutorio que debe corresponder en su estructura a lo descrito en el artículo 171² del Código de Procedimiento Penal.

De conformidad con lo anterior y tratándose de una decisión interlocutoria de un Tribunal Colegiado la decisión debe ser tomada por la mayoría absoluta de los votos de quienes integran la Corporación. (artículo 172³)

En el caso que se analiza se observa que el auto del 28 de enero del 2004 es dictado solo por el magistrado sustanciador, lo que contraviene gravemente las normas citadas en precedencia.

Lo anterior nos lleva a concluir que la decisión de no nulidad fue tomada por medio de un auto de sustanciación, y por consiguiente a la conclusión de que se está en presencia de una providencia inexistente porque la misma no contiene los requisitos esenciales de una decisión de esta naturaleza para pueda tener validez y pueda producir efectos jurídicos dentro del proceso.

² Atr.171. redacción de las providencias. Las providencias interlocutorias contendrán una breve exposición del punto que se trata, los fundamentos legales, la decisión que corresponda y los recursos que proceden contra ella.

En la sustanciación que deban notificarse se señalarán los recursos procedentes.

³ Art. 172. Providencias de Juez colegiado. Los autos de sustanciación serán dictados por el magistrado ponente, los autos interlocutorios y las sentencias serán proferidas por la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia y la Sala de decisión Penal de los Tribunales.

Las decisiones se tomarán por la mayoría absoluta de votos. El magistrado desidente tiene la obligación de salvar su voto, dentro de los días siguientes a la firma de, tanto respecto de la parte motiva como de la resolutive de la providencia.

Siendo la decisión inexistente de conformidad con las disposiciones del artículo 305 del C.P.P. la corporación se abstendrá de conocer de la apelación concedida de manera subsidiaria y en consecuencia se ordenará devolver el proceso para que la decisión que sea menester sea tomada de conformidad al mandamiento constitucional del debido proceso (artículo 29⁴), es decir el cumplimiento de las formas propias de cada proceso

En las condiciones precedentes la Sala, en uso de las atribuciones que le confiere la Ley

RESUELVE

Artículo Único - Abstenerse de conocer de la apelación interpuesta y devolver el expediente al Tribunal de origen para que se proceda de conformidad con lo dicho en las consideraciones de esta providencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. JUAN MENDOZA-VEGA, Presidente; DIEGO ANDRES ROSSELLI COCK, Magistrado Ponente; CARLOS ALBERTO GAVIRIA NEIRA, Magistrado; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado; EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico, MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaria.

⁴ Art.29. Debido Proceso. El debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas...(..)

Bogotá, Enero quince (15) del año dos mil trece (2013).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1160 DEL QUINCE (15)
DE ENERO DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

REF: Proceso No. 522 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico.

Contra: Dra. Y.R.G.

Demandante: Sra. A.P.M.

Providencia No. 02-2013

Magistrado ponente: Dr. Efraím Otero Ruiz.

VISTOS

Mediante fallo del 5 de septiembre de 2012 el Tribunal de Ética Médica del Atlántico decidió no reponer y conceder en subsidio el recurso de apelación contra el fallo del 12 de julio de 2012, mediante el cual dicho Tribunal decidió sancionar a la Dra. Y.R.G. por violación a la ley 23 de 1981 en la atención de urgencia dispensada el 10 de diciembre de 2009 a la sra. N.M.M. quien falleció de infarto agudo del miocardio sin que se ordenara la evaluación y atención cardiológica correspondiente. Recibida la apelación en el Tribunal seccional el 8 de agosto de 2012 fue enviada al Tribunal Nacional donde se recibió el 27 de septiembre. Puesta para reparto en Sala Plena del 2 de octubre, correspondió por sorteo al Magistrado Efraim Otero Ruiz.

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

HECHOS

El 10 de diciembre de 2009 a las 11 am la Sra. N.M.M., de 41 años fue llevada a la Fundación Nueva Clínica Campbell (EPS Humanavivir) de Barranquilla quejándose de severo dolor precordial de 3 días de duración.

Allí fue atendida por la Dra. Y.R. quien, sin ordenar otros exámenes ni valoración cardiológica, hizo el diagnóstico de osteocondritis, le ordenó diclofenaco y sulfato ferroso y le dio salida una hora después. Poco después de llegar a su casa la paciente presentó nuevo dolor precordial agudo y falleció por insuficiencia respiratoria aguda e infarto de miocardio según el certificado de defunción expedido por urgencias del Hospital General de Barranquilla, a donde llegó muerta.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En el expediente que consta de un cuaderno de 145 folios, se aportan los siguientes documentos aducidos como pruebas :

1. Queja enviada el 11 de marzo de 2010 al Tribunal seccional por la Sra. A.P.M., hija de la paciente (Folios 2 y 3)
2. Copia de la historia clínica solicitada por el Tribunal seccional de la paciente sra. N.M.M. en la Fundación Nueva Clínica Campbell incluyendo el certificado de defunción expedido por Urgencias del Hospital General de Barranquilla (folios 4 a 14). Esta copia se encuentra por duplicado (folios 20 a 28).
3. Diligencia de ampliación juramentada de la denuncia rendida ante el Tribunal seccional el 10 de febrero de 2011 por la demandante sra. A.P.M. en que repite, como lo hace la historia clínica inicial, que el único antecedente de importancia en la paciente era la inhalación crónica de humo de leña por su oficio como vendedora callejera de fritanga. Relata además cómo, 2 horas después de regresada a su casa, la paciente señalando el pecho gritaba “me quemo, me quemo”, tosía por falta de aire, se despojó de la ropa, perdió el control de esfínteres y se desplomó. Llevada inmediatamente a Urgencias del Hospital General de Barranquilla fue declarada muerta. Insiste en que durante la atención inicial en la Clínica Campbell “la Dra. Y.R. no la atendió adecuadamente, no le hicieron exámenes en el momento que la llevé , no le hicieron exámenes, solamente le colocaron medicamento para el cosquilleo que tenía en las manos”. (Folios 38 y 39).
4. Versión libre y espontánea rendida ante el Tribunal seccional el 2 de mayo de 2011 por la Dra. Y.M.R.G., médica general asignada al servicio

de urgencias de la Clínica Campbell, donde refiere que la paciente “ingresó por sus propios medios al servicio de Triage, donde me encontraba en se momento ubicada. Refiere dolor en el pecho que se irradiaba a miembro superior derecho, tras cargar objeto pesado (‘taza con agua’ sic, en sus descargos al final se aclara que era una “taza de ropa”, probablemente llena de ropa húmeda)) días atrás y que por ello había acudido al Hospital General donde la ordenaron analgésicos que no tomó... Al examen físico actual la encontré con signos vitales estables : pulso de 80/minuto, TA de 130 x 80 mm, frecuencia respiratoria de 20/min., leve palidez mucocutánea sin dificultad respiratoria. A la auscultación ruidos cardíacos rítmicos sin soplo, pulmones ventilados sin sobre agregados, a la digitopresión en el tórax dolor a la palpación, abdomen blando depresible con panículo adiposo, extremidades eutróficas, SNC sin déficit... Por lo que descarto en el momento alguna patología cardíaca procedo a colocar analgésico, el cual mejoró dolor, se re-interroga a la paciente refiere que se sentía bien, por lo que decido dar de alta con analgésicos (diclofenaco) y sulfato ferroso por su palidez y antecedente de sangrado vaginal para reponer pérdidas”. Al ser interrogada si en la citada clínica existía la disponibilidad de la atención del especialista en medicina interna y/o cardiología, contestó afirmativamente, y al ser interrogada por qué no utilizó sus servicios contestó : -“No requerí la valoración por la condición estable de la paciente y lo referido por ella”. (Folios 47-48).

5. Declaración juramentada rendida ente el Tribunal seccional el 3 de junio de 2011 por la Dra. J.R., Directora Médica de la Clínica Campbell en el momento de sucedidos los hechos. Al ser interrogada si allí, dentro de los protocolos o guías existía lo concerniente al manejo del dolor torácico respondió afirmativamente. Y ante la pregunta de si existía la disponibilidad de realizar EKG y tomar muestra de laboratorio para enzimas cardíacas, contestó que sí, añadiendo después que “los médicos que atienden urgencias no tenían ninguna limitación para (ordenar) EKG, CK total y CKMB”. Al final añadió : “Podría agregar que la Dra. Y.R., atendió a esta paciente aplicando sus conocimientos médicos de acuerdo a lo que la paciente le manifestó al momento de realizar la historia clínica y el examen físico, teniendo en cuenta además la observación médica y la mejoría de la paciente después de la atención”. (Folios 58-59).

6. Declaración juramentada rendida ante el Tribunal seccional el 3 de junio de 2011 por la sra. A.V., auxiliar de enfermería, quien fue la encargada de aplicar 75 mg de diclofenaco vía i.m. observando mejoría de la paciente del agudo dolor precordial que sentía y que la hacía agarrarse el pecho, mejorando del mismo poco tiempo después. Al ser interrogada si era usual tomar EKG y muestras para enzimas cardíacas en pacientes que acudían a urgencias por presentar dolor torácico o precordial contestó que “sí lo hacían, porque a mí me tocaba ir al laboratorio para solicitar la toma de muestra”. Agregó que aunque el internista acudía por las tardes, por la mañana sí había un médico que asumía sus funciones (Folios 60-61).

7. Informe de conclusiones rendido el 21 de marzo de 2012 por el Magistrado instructor Dr. Nazario Hani Abugattas en que solicita al Tribunal elevar pliego de cargos contra la Dra. Y.M.R.G. por infracción a los artículos 3 y 10 de la Ley 23 de 1981. (Folios 91 a 103).

8. Diligencia de descargos rendida el 30 de mayo de 2012 ante el Tribunal seccional por la Dra. Y.M.R. G., en que acepta que no ordenó los estudios cardiológicos “por el cuadro clínico de la usuaria y su estado sin ninguna alteración de los signos vitales sólo presentaba dolor a la dígitopresión en tórax como signo de inflamación tras cargar un objeto pesado (taza de ropa) en días anteriores”. (Folios 118 a 119).

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En su decisión final, el Tribunal seccional resolvió aceptar los descargos referentes a la violación del artículo 3 (“el médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite”) por considerar que dicha atención si fue prestada oportunamente por la acusada, sin que mediara descuido o negligencia de su parte. En cambio no aceptó los descargos referentes a la violación del artículo 10 (“el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para evaluar su salud y ordenar los exámenes correspondientes...”) justamente por no haber ordenado los exámenes que hubieran podido mejorar el pronóstico de la paciente.

Esta superioridad está de acuerdo con el fallo y los motivos que llevaron a la sanción impuesta, aunque considera que en la discusión ha debido debatirse más en detalle si el error fue a causa de impericia, descuido o negligencia.

Descartadas los dos últimos, el error parece haberse debido a una falsa interpretación de la realidad originada en impericia, que se da cuando el conocimiento no se asimila a la estructura intelectual del individuo, tal como lo ha señalado ampliamente el Magistrado Fernando Guzmán Mora en la Providencia No. 562011 de junio de 2011 de este Tribunal Nacional. Pero aquí también habría de entrar a juzgarse la responsabilidad de la EPS, que encarga del servicio de urgencias a una médica joven, sin en el entrenamiento adecuado para este tipo de situaciones. Por esta razón creemos que debe enviarse copia de este fallo a la Superintendencia Nacional de Salud para los fines pertinentes.

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 - Confirmar, como en efecto confirma, la sanción de noventa (90) días de suspensión en el ejercicio profesional por violación al artículo 10 de la Ley 23 de 1981 impuesta a la Dra. Y.M.R.G. **Artículo Segundo** - Enviar copia de este fallo a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente. **Artículo Tercero** - Contra esta providencia no procede recurso alguno. **Artículo Cuarto** - Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

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

Bogotá, Mayo diecisiete (17) del año dos mil cinco (2005)

**SALA PLENA SESIÓN No.825 DEL DIECISIETE (17)
DE MAYO DEL AÑO DOS MIL CINCO (2005)**

REF: Proceso No. 279 del Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander
Contra el doctor E.C.R.
Denunciante: R.T.de S.
Asunto: Recurso de apelación.

Magistrado ponente: Dr. Efraim Otero Ruiz
Providencia No.20-2005

VISTOS

Por decisión de febrero 16 de 2005 el Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander se abstuvo de abrir investigación contra el doctor E.C.R., por presuntas violaciones a la ética médica en la atención del paciente L.E.S.P. quien falleció de un infarto agudo del miocardio. La demanda fue interpuesta por su esposa señora R.T.de S. quien, una vez notificada del fallo del Tribunal seccional el 10 de marzo, interpuso recurso de apelación, recusando al tiempo al Magistrado doctor R.F.; este fue negado por el Tribunal seccional mediante providencia del 29 de marzo de 2005, procediendo a enviarlo al Tribunal Nacional donde fue recibido el 6 de abril. Llevado a Sala Plena del 19 de abril, correspondió por sorteo al Magistrado Dr. Efraim Otero Ruiz.

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

HECHOS

El día 6 de abril de 2002 a las 10 pm. la quejosa llevó a su esposo L.E.S.P, de 67 años y con antecedentes de enfermedad coronaria, a la sección de

urgencias de la Clínica San José de Cúcuta con un cuadro de asfixia y severa opresión precordial que hacían sospechar un ataque cardíaco. Dice en su queja que fue atendida por el doctor E.C.R., quien le manifestó que su esposo, afiliado al Seguro Social, no podría ser atendido allí por no tener la institución contrato con el Seguro; que, por reglamento de la Clínica, si se hospitalizaba como particular debería pagar por anticipado la suma de ocho millones de pesos. El doctor R.F., amigo de la familia, pasó casualmente por allí, se responsabilizó del caso e hizo que lo trasladaran a la unidad de cuidados intensivos donde, a pesar de todas las medidas de emergencia, entró en asistolia y falleció a las 11:50 pm. En su queja de mayo 6 de 2002 la señora R.T.de S. solicita se investigue al Dr. C.R., por haber demorado la atención de urgencia de su esposo, infringiendo el artículo 23 de la Ley 23 de 1981, que a la letra dice : “En caso de urgencia, la asistencia médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios profesionales”. Recibida la queja en junio 11 de 2002 el Tribunal Seccional designó como Magistrado ponente al doctor Jaime Manuel Mercado, quien dispuso abrir investigación previa. Para el efecto se allegaron los siguientes documentos:

1. Declaración juramentada de la señora R.T.de S. ampliando la queja inicial (Folios 24 a 30).
2. Copia de la historia clínica de la clínica San José de Cúcuta correspondiente al señor L.E.S.P., (folios 31 a 34). La nota de epicrisis (folio 31) hace un resumen muy completo de las condiciones del paciente desde el momento de su admisión a la unidad de cuidados intensivos hasta su muerte.
3. Declaración no juramentada del doctor E.C.R., (folios 44 a 49).
4. Declaración juramentada del doctor L.C.S, cardiólogo del paciente, quien estuvo presente en la unidad de cuidados intensivos (folios 98 y 99).
5. Declaración juramentada de la señora A.M.M.C., enfermera del servicio de urgencias de la clínica San José de Cúcuta (folios 101 a 103).
6. Declaración juramentada del señor C.A.D., celador y camillero de urgencias de la clínica San José de Cúcuta (folios 105 y 106).

7. Declaración juramentada del doctor R.F., neurocirujano amigo de la familia, quien aparentemente aceleró el traslado del paciente a la unidad de cuidados intensivos (folios 108 a 110).

(Mientras se allegaron los anteriores documentos, por cambios acaecidos en la integración del Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander, el Magistrado ponente pasó a ser el Dr. Rubén Pinto Pérez).

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Del estudio de la documentación aportada, el Tribunal seccional concluye que el paciente fue atendido oportunamente, que tan pronto fue visto por el doctor E.C.R., éste ordenó su inmediato traslado a la unidad de cuidados intensivos y que en ese momento el neurocirujano doctor F., amigo de la familia, reconoció al paciente y se apersonó del caso acompañándolo hasta dicha unidad, donde fue admitido sin que se estableciera ningún condicionamiento previo. Y que no existe constancia alguna de que la supuesta discusión sobre el requerimiento de honorarios previos (la cual es negada en su declaración por el doctor E.C.R.,) hubiera demorado en lo más mínimo la atención del paciente. Que el tiempo transcurrido, de aproximadamente diez minutos, entre el ingreso del paciente y su atención en cuidados intensivos, es el intervalo normal para cualquier paciente atendido de urgencia en dicha clínica. Por lo demás dicha atención en presencia de su cardiólogo, doctor C.S., se llevó a cabo de acuerdo con la *lex artis* pero desafortunadamente desembocó en la muerte del paciente. En su sentencia el Tribunal seccional afirma : “Pretender decir que el paciente permaneció más de una hora en el servicio de urgencias no se ajusta a la verdad cronológica que se deriva del análisis de la prueba recaudada. Su traslado a la unidad de cuidados intensivos fue casi inmediata a su ingreso allí, debido a la decisión del médico que las atendía y por la misma sugerencia del doctor F.. La atención en la Clínica San José fue integral respecto a las dos secciones a donde fue llevado, siendo la última la más indicada dada la dolencia que aquejaba al señor S, pues se trataba de una urgencia vital”.

Por las consideraciones anteriores, el Tribunal seccional determinó que la conducta denunciada por la señora R.T.de S. no es constitutiva de infracción a la ética médica y por lo tanto se abstuvo de abrir investigación contra el doctor E.C.R.,.

En su apelación la quejosa, aunque no aporta nada nuevo respecto a las pruebas anteriores, recusa al doctor R.F., Magistrado del Tribunal seccional, por su declaración como testigo en las diligencias previas en que afirma que “sí se prestó el servicio de urgencia”. Dice que el doctor F. “al suscribir o firmar la decisión apelada como magistrado de dicha corporación está valorando su propio dicho, es decir, es testigo y juez a la vez, lo que va contra la imparcialidad que deben tener jueces y magistrados”.

Mediante providencia del 29 de marzo de 2005 el Tribunal seccional rechaza dicha recusación diciendo que “la Sala no acepta que la simple narración de unos acontecimientos se convierta en una objeción legal y de conciencia. Aquí no hay preconcepto o parecer del doctor R.F. para formarse una opinión. Es un relato llano de lo que presencia en ese momento. Sin perjuicio de que después, en Sala, al decidirse sobre si se abría investigación o nó, haya tenido una posición basada en las pruebas recogidas y el debate planteado. Posición que le es permitida por la ley porque se hacía en Sala, escenario donde se toman las determinaciones. Se hace dentro del proceso y sin que esto le convierta en juez y parte”. Esta última providencia no aparece firmada por el Magistrado doctor F.

Después de analizados los documentos y providencias anteriores, el Tribunal Nacional está de acuerdo con la sentencia del Tribunal seccional en que se abstiene de abrir investigación contra el doctor E.C.R., lo mismo que con su rechazo a la recusación del magistrado doctor R.F., quien se limitó a narrar los hechos mencionados en su queja inicial por la señora R.T.de S.. Por las consideraciones anteriores el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus atribuciones legales,

RESUELVE

Artículo Primero - Confirmar, como en efecto confirma, el auto inhibitorio del Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander en que se abstiene de abrir investigación contra el doctor E.C.R.. **Artículo Segundo** - Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia.

NOTIFÍQUESE Y DEVUÉLVASE

FDO. JUAN MENDOZA VEGA, Presidente; EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado; JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO, Magistrado y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Junio once (11) del año dos mil trece (2013)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1180 DEL ONCE (11)
DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

REF: Proceso No. 2367 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca
Contra : Dr. G.R.G.C.
Denunciante : Procuraduría Regional de Boyacá

Providencia No. 37-2013

Magistrado ponente: Dr. Efraím Otero Ruíz

VISTOS

Mediante providencia del 12 de febrero de 2013 el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca decidió no reponer y conceder la apelación al fallo del 27 de noviembre de 2012 mediante el cual dicho Tribunal resolvió sancionar al Dr. G.R.G.C. con amonestación privada por fallas en la ética médica durante la atención prestada el 8 de noviembre de 2009 en el Hospital San Antonio de Soatá a la sra. H.B.C., primípara de 25 años de edad quien después de dar a luz a un bebé normal sin complicaciones falleció 35 días después en dicho Hospital, de complicaciones cardiopulmonares post-puerperio. La queja contra médicos del Hospital San Antonio fue presentada por la Procuraduría regional el 26 de enero de 2010 después de la presentada entre otros por el Sr. Á.M.R., esposo de la paciente, y erróneamente enviada al Tribunal de Ética Médica de Bogotá el cual después la re-envió al de Cundinamarca. La apelación fue recibida en este Tribunal Nacional el 20 de febrero de 2013. Puesta para reparto en Sala Plena del 26 de febrero correspondió por sorteo al Magistrado Efraim Otero Ruiz .

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

HECHOS

El 7 de noviembre de 2009 la paciente, primípara de 25 años con antecedentes de hipertensión y mareos, fue remitida del Centro de Salud de Chita al Hospital de Soatá donde fue atendida oportunamente en un parto por vías naturales después de breve inducción, del que nació una niña de 48 cm y 2350 g de peso, sin complicaciones inmediatas. El 9 de noviembre se le dio salida en buenas condiciones. 34 días después, el 13 de diciembre, reingresó al Hospital por cuadro de 1 semana de evolución consistente en dolor torácico intenso, fiebre alta, malestar general, náuseas y vómito donde fue atendida, entre otros por el Dr. G.R.B.C.. Se hizo el diagnóstico correcto de neumonía complicada y se estableció el tratamiento antibiótico adecuado con mejoría siendo dada de alta el día 16 para ser controlada por consulta externa.

El día 18 fue hospitalizada de nuevo por recidiva del cuadro inicial complicado al parecer por falla cardíaca y colangitis y a pesar de las medidas adoptadas y la intención de remitirla al Hospital de Duitama, de tercer nivel, a 3 horas de distancia por carretera la paciente falleció cerca de la media noche del 19 de diciembre. En su queja el esposo de la paciente afirmó que “a los 8 días de salida del Hospital de Soatá la señora tuvo síntomas de vómito, dolor de cabeza y desaliento, por lo cual la llevé al Centro de Salud de Chita, le recetaron unas pastas y le ordenaron reposo, situación que llevamos al pie de la letra pero a los 3 días más o menos se complicó por lo cual la llevé nuevamente al Centro de Salud y le hice el reclamo al médico de urgencias y el me adujo que él había estudiado 10 años y el sabía cuando remitir un paciente a Soatá. Posteriormente sí la remitieron” (Folio 233). De acuerdo con el informe de conclusiones presentado el 12 de junio de 2012 por el Magistrado instructor, Dr. Forero Villamil, el Tribunal seccional, aunque aceptó los descargos presentados por el Dr. G.C. en cuanto a posible infracción del artículo 34, resolvió amonestarlo por no haber seguido y remitido oportunamente la paciente al hospital de tercer nivel, configurándose así una infracción al artículo 10 de la Ley 23 de 1981 (“el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario...y ordenará los exámenes...etc).

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En el cuaderno único de 280 folios se adjuntan los siguientes documentos aportados como pruebas :

1. Copia de la historia clínica del Hospital San Antonio de Soatá, correspondiente a la sra. H.B.C. (Folios 21 a 110 y 112 a 168 del expediente).
2. Versión libre rendida ante el Tribunal seccional el 20 de marzo de 2012 por el Dr. G.R.G.C. (folios 171 a 173).
3. Copia de la historia clínica del Centro de Salud de Chita correspondiente a la sra. H.B.C. (Folios 179 y 180) .
4. Versión libre rendida ante el Tribunal seccional el 9 de mayo de 2012 por la Dra. M..J.C.R., médica general del servicio de urgencias del Hospital San Antonio, quien atendió a la paciente al reingresar por las complicaciones cardiopulmonares anotadas (Folios 181 y 182).
5. Versión libre rendida ante el Tribunal seccional el 5 de junio de 2012 por el Dr. P.M.V., médico general asignado al servicio de urgencias, quien también atendió a la paciente por sus complicaciones (Folios 184 y 185).
6. Informe de conclusiones presentado el 12 de junio de 2012 por el Magistrado ponente Dr. Carlos Augusto Forero Villamil, en el cual solicita se formulen cargos al Dr. G.C., por violación a los artículos 34 (“la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud...”) y 10 de la Ley 23 de 1981 (Folios 188 a 197).
7. Fallo del 23 de junio de 2012 mediante el cual el Tribunal seccional decide formular cargos al Dr. G.C., por violación a los artículos arriba anotados (Folios 198 a 207)
8. Diligencia de descargos rendida el 28 de agosto de 2012 ante el Tribunal seccional por el Dr. G.R.G.C., médico general del Hospital San Antonio de Soatá, asistido por su apoderada Dra. Lizbeth Karina Navarro Santamaría en que, frente a la acusación de haber violado el artículo 34, afirma que, como lo dijo en su versión libre, la anotación de la evolución en la historia clínica sí se realizó pero que, por razones que desconoce, ella no fue incluida en la historia clínica sistematizada impresa que fue enviada al Tribunal seccional. En cuanto a la transgresión del artículo 10, sostiene que, para el día 19 de diciembre de 2009, “mis funciones como médico general en el Hospital San Antonio eran la consulta externa ambulatoria cuyo horario entre semana se realiza de

7 de la mañana a 12 del mediodía y de 2 a 5 de la tarde y que ese fin de semana me correspondió la evolución del piso de hospitalización así como la disponibilidad en sala de partos, ayudantías quirúrgicas y ambulancias medicalizadas...El día 19 probablemente a las 12:45 pm estudié y atendí la paciente, quien presentaba además prueba de Rorña positiva para enfermedad de Chagas...A las 5 de la tarde ella fue valorada por cirugía general descartándose la intervención para su cuadro hepatobiliar... y quedando al cuidado de la misma...Por otra parte, no realicé una valoración más periódica de la paciente puesto que se cumplía el criterio de T.A. límite que se establece con una tensión arterial media de 70 mm –que requiere controles tensionales cada 20 minutos- puesto que la T.A. media de la paciente era de 85 mm. Por tal motivo ordené monitorización continua con equipos electrónicos y avisar cambios a médico de turno de urgencias pues, en ese momento, y luego de evolucionar entre las 2 y las 2:54 de la tarde el último paciente, terminaba mi turno en el piso. De hecho en horas de la tarde ya habiendo terminado de hacer todas las evoluciones y mientras estuve en 2 procedimientos quirúrgicos más con ginecología entre las 3:40 y las 4:40 pm y aun luego de haber abandonado el hospital a las 5 pm. no se conoció de llamados de enfermería por complicaciones o deterioro de la paciente”. Esta afirmación fue sustentada por la defensora quien allegó la documentación referente a las otras pacientes atendidas. (Folios 210 a 218).

Los descargos en lo referente al artículo 34 fueron aceptados por el Tribunal seccional; no así los referentes al artículo 10, argumentando dicho Tribunal que “el argumento esgrimido por la defensa en cuanto a que “la paciente había quedado al cuidado de cirugía general es inexacto puesto que dicho servicio actuaba como interconsultante y como tal dio un concepto descartando alguna patología quirúrgica (sic) en ese momento”. En cuanto al comentario de que “no hubo llamados de enfermería que señalaran que la paciente se estaba deteriorando” hay que decir que el trabajo de las auxiliares de enfermería es muy importante en el apoyo del cuidado de los pacientes; sin embargo el cuidado de una paciente en un estado tan delicado como el de la Sra. B.C no se puede delegar totalmente en ese personal que, como es lógico, no tiene los conocimientos suficientes para poder establecer una evolución clínica. Es el médico que la evolucionó inicialmente quien conoce el estado real de la paciente y quien debe establecer los parámetros de mejoría a los cambios que realiza en el esquema del tratamiento.

Por su parte en su apelación la defensa, además de insistir en los argumentos presentados en la diligencia de descargos, añade que el antecedente de enfermedad de Chagas desconocido en ese momento era suficiente para acelerar el deceso de la paciente por más medidas que se hubieran tomado. Al rechazar este argumento el Tribunal seccional considera además que “la paciente presentaba una cardiomegalia muy importante; campos pulmonares con infiltrados parahiliares y paracardíacos; derrame pleural derecho, ascitis y colangitis que indiscutiblemente reflejaban un compromiso muy importante de sus sistemas cardíaco y pulmonar.

Siendo una paciente joven con un antecedente de una neumonía que no respondió al manejo médico sino por el contrario mostró un deterioro progresivo y con una prueba de Chagas negativa se establecía una imperiosa necesidad de reevaluar el diagnóstico y por consiguiente el tratamiento recibido. Por esta razón y por los antecedentes satisfactorios del profesional implicado el Tribunal seccional decidió imponer la sanción mínima de amonestación privada.

Por su parte, este Tribunal Nacional considera que en su apelación la defensa no aporta nada nuevo a los argumentos anteriormente esgrimidos y que fueron tan cuidadosamente analizados por el Tribunal seccional. Por su parte, vuelve a insistir ante este y ante todos los Tribunales seccionales la imperiosa necesidad de legajar los expedientes en la forma adecuada, colocando las perforaciones y los ganchos metálicos correspondientes en el margen izquierdo del documento, de suerte que puedan abrirse las páginas de izquierda a derecha como se hace durante la lectura de un libro de texto o manual corriente.

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 - Confirmar, como en efecto confirma, la decisión del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca dentro del proceso No. 2367, mediante el cual decidió sancionar con amonestación privada al Dr. G.R.G.C. por infracción al artículo 10 de la Ley de Ética Médica durante la atención prestada a la Sra. H.B.C. **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; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, agosto 31 del año 2004

**SALA PLENA SESIÓN No.797 DEL TREINTA Y UNO
DE AGOSTO DEL AÑO 2004**

REF: Proceso No. 358 del Tribunal de Ética Médica de Risaralda
Contra el doctor V.A.C.M
Denunciante: M.G.de C.
Asunto: Recurso de apelación

Magistrado Ponente: Dr. Efraim Otero Ruiz
Providencia No.46-2004

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío en Sala Plena del dos (2) de marzo del 2004 impuso sanción consistente en censura escrita pero privada al doctor V.A.C.M, por violación del artículo 10 de la Ley 23 de 1981 por omisiones ocurridas en el manejo de efectos adversos y complicaciones surgidas con el tratamiento anticoagulante con warfarina a la sra. M.G.de C. para trombosis venosa profunda del miembro inferior derecho. La demandante había presentado su queja, la cual fue aceptada por el Tribunal Seccional el 25 de febrero de 2003, y habiendo sido repartida, correspondió al doctor Alberto Orduz Suárez como Magistrado ponente; en Sala Plena del 10 de noviembre de 2003 el Tribunal seccional decidió abrir pliego de cargos contra el doctor V.A.C.M, representado por el abogado Eduardo Franco Delgadillo; al no aceptar los descargos del demandado el Tribunal decidió imponer la censura escrita pero privada. Con fecha 18 de mayo de 2004 el Tribunal seccional negó el recurso de reposición y concedió el de apelación, el cual fue enviado al Tribunal Nacional el 8 de junio de 2004; en Sala Plena de este último fue repartido, habiendo correspondido por sorteo al Magistrado Efraim Otero Ruiz, quien solicitó aplazamiento de su estudio por haber presentado ausencia justificada de 30 días durante el mes de julio.

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

HECHOS

En el mes de octubre de 2002 la quejosa, mujer de 73 años de edad, solicitó los servicios del doctor V.A.C.M., especialista vascular de la Clínica Los Rosales de Pereira, por presentar dolor intenso en el pie derecho. Según la historia clínica de dicha institución presentaba también equimosis severa debida a trauma contuso a nivel de la pierna y se diagnosticó trombosis de miembro inferior con compromiso de todo el sistema venoso profundo. Los medicamentos formulados fueron Clexane 40 mg cada 12 horas seguido de warfarina sódica (Coumadin) por vía oral; luego de ingerirlo por espacio de 8 días presenté mareos y pérdida de conocimiento. Le hice saber al doctor V.A.C.M el efecto que me estaba produciendo el medicamento y me respondió que esto no tenía nada que ver con él. El 17 de noviembre a las 7:30 de la noche, estando en el comedor, sufrí un mareo con pérdida del conocimiento y me caí de la silla, lastimándome la pierna izquierda, es decir, la contraria; en dicha pierna se me hizo un hematoma y de inmediato mis hijos me trasladaron a la Clínica Los Rosales donde se me practicaron una serie de exámenes; se llamó al doctor V.A.C.M desde la misma clínica y respondió que fuera al día siguiente; el 18 de noviembre me mandó Fraxiparina de 40 mg. El día siguiente, ante el intenso dolor que presentaba en la pierna que tenía el hematoma fui hospitalizada en la misma Clínica hasta el 22 de noviembre de 2002, porque el doctor V.A.C.M no me estaba prestando asistencia médica y con el correr de los días la pierna presentaba más deterioro y el médico no asumía, ni siquiera pagándole, ninguna responsabilidad. Mis hijos, al ver que la enfermedad iba progresando y no se detenía decidieron acudir a Servi-Risaralda, donde me encuentro afiliado (sic) y de esta manera fui trasladada a la Clínica del Seguro Pío XII, donde los médicos que me atendieron sabiamente decidieron que debía ser trasladada a la Clínica del Rey David en Cali, porque su diagnóstico era que tenía necrosis (sic) con riesgo de pérdida del miembro. Allí, después de varias operaciones para salvar la pierna, se efectuó la amputación (supracondílea) el 7 de diciembre de 2002. Finalmente expresa : “Formulo denuncia contra el médico V.A.C.M, porque en ningún momento, como era su deber, me explicó ni me advirtió de los efectos colaterales adversos que tenían los medicamentos que me mandó y fue por esto que durante el tratamiento empecé a tener sangrado vaginal por lo que recurrí a un uró-

logo y al ginecólogo para averiguar la causa; el urólogo me explicó que mi abundante hemorragia era efecto colateral del anticoagulante (warfarina). Además, porque no me practicó oportunamente la prueba de Doppler venoso para poder saber qué medicamento me debía formular; no atendió mis quejas de mareos y pérdida de conocimiento que se me presentaron el 17 de noviembre de 2002 y que le fueron comunicados oportunamente. Cuando se le hizo saber la lesión que había sufrido no asumió la responsabilidad de seguir paso a paso el desenlace de las reacciones que tenía el medicamento que me había formulado y en la Clínica Los Rosales no me prestó ninguna atención médica y sin embargo cobró honorarios como si lo hubiera hecho. Que durante la crisis y en forma posterior se le han hecho reclamaciones para que de alguna manera responda por las omisiones que incurrió en el tratamiento y de manera desconsiderada e inhumana se ha negado a afrontar su responsabilidad. Por lo anterior solicito se hagan las investigaciones del caso y se apliquen los correctivos del mismo, con el fin de evitar que otras personas sufran las consecuencias que yo he sufrido por la actitud irresponsable de una persona que juró salvar vidas y velar por la salud de la comunidad a la que presta sus servicios”(Folios 1 a 3).

Para el perfeccionamiento de la investigación se adelantaron y allegaron las siguientes pruebas :

- 1.Copia de la historia clínica de la Clínica Los Rosales de Pereira (folios 4 a 25).
2. Copia de la historia clínica de la Clínica Rey David de Cali (folios 26 a 42 y 51 a 66).
- 3.Auto de apertura de la investigación preliminar llevada a cabo por el Tribunal seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío (folio 44).
- 4.Ratificación juramentada de la denuncia de la señora M.G.de C. (folio 47 rto. y rev.)
- 5.Declaración juramentada de 3 de abril de 2003 del doctor J.M.M.C., médico que atendió a la quejosa en el servicio de urgencias del Seguro Social de Pereira (folios 67 a 68)

6. Declaración juramentada de 27 de marzo de 2003 del doctor V.A.C.M., (folios 69 a 71).

7. Copia de la historia clínica de consultas externas del consultorio privado del doctor V.A.C.M., entre octubre 19 y noviembre 18 de 2002 con copias de las fórmulas expedidas (folios 73 a 83).

8. Copia de la historia clínica de la atención de urgencias a la quejosa por parte de la Clínica Los Rosales entre el 7 y el 17 de noviembre del 2002 (folios 84 a 88 y 128 a 147)

9. Copia de la investigación preliminar (Expediente No. 358)-sin fecha llevada a cabo por el Magistrado Alberto Orduz Suárez en que concluye que existe mérito para abrir proceso ético-disciplinario contra el demandado por violación del artículo 10 de la Ley 23 de 1981. (Folios 89 a 98)

10. Copia de la diligencia de descargos de 26 de enero de 2004 del doctor V.A.C.M., asesorado por su abogado doctor Eduardo Franco Delgadillo (folios 115 a 127 y 148 a 149) y acompañada por abundante bibliografía sobre el uso de warfarina y sus posibles complicaciones.

11. Respuesta (no aceptación) a los descargos presentados por el doctor V.A.C.M e imposición de la sanción de censura escrita pero privada por el Tribunal seccional el 9 de febrero de 2004 (folios 150 a 170).

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

De los documentos anteriores y de la abundante bibliografía aportada tanto por el magistrado ponente del Tribunal seccional como por el demandado se concluye que la paciente, de 73 años de edad, con hipertensión arterial, hipotiroidismo y un sistema vascular seguramente afectado de antemano por esos factores, fue tratada adecuadamente tanto para su trombosis venosa profunda como para las complicaciones resultantes. El demandado Dr. V.A.C.M., de 42 años de edad, es egresado de la Universidad de Caldas en cuyo hospital se entrenó en cirugía general, completando después su especialización en cirugía vascular en Barcelona, España y en el Royal Liverpool Hospital y el St. Mary's Hospital de Londres, Inglaterra. El Tribunal seccional está de acuerdo en que el tratamiento del miembro inferior

derecho fue completo y se llevó a cabo de acuerdo con la *lex artis*. El sangrado descrito como vaginal por la quejosa fue en realidad por la vejiga, pues ella había sido sometida a histerectomía años atrás. Lo mismo en lo referente al accidente traumático que ocasionó la lesión en el miembro inferior izquierdo, aceptando que pudo deberse inicialmente a efectos adversos y complicaciones presentadas por el uso de la warfarina; y que a pesar de múltiples tratamientos, realizados en otras clínicas y por diferentes especialistas, terminó en amputación supracondílea del miembro. En su fallo el Tribunal seccional anota que, a pesar de que la paciente fue trasladada por sus familiares a la Clínica los Rosales y después a la Pío XII, no hay constancia de que el 21 de noviembre hubiera sido visitada por el Dr. V.A.C.M y que no dedicó el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico, por no haber anotado en la historia esa visita sino aparecer como una anotación posterior.

La consideración que hace el Tribunal seccional en su fallo, es de que en conclusión, uno de los principios básicos de la medicina es: “Si alguien solicita un servicio hay que responderle proporcionándoselo”. La medicina ha sobrevivido como profesión más que por la validez de este postulado de cumplimiento que por el éxito de sus teorías científicas o de sus prácticas que en última instancia dependen de esta acción esencial. Por lo expuesto anteriormente la Sala se ratifica en la violación por parte del doctor V.A.C.M del artículo 10 de la Ley 23 de 1981 y por lo tanto no se le aceptan los descargos, resolviendo imponer una sanción consistente en censura escrita pero privada. En el mismo sentido se manifestó después al negar el recurso de reposición.

Sin embargo en éste, a través de su abogado defensor, el acusado arguye que el Tribunal seccional llegó a una conclusión equivocada, puesto que sí hay constancia de la visita del doctor V.A.C.M a la paciente el día 21 de noviembre. Y agrega textualmente: “Si el Tribunal considera que la copia de la Historia Clínica aportada por el doctor V.A.C.M es falsa, será necesario que la justicia penal lo investigue...por el supuesto delito de falsedad en documento privado”.

En realidad, la discusión esta centrada en la fotocopia de una hoja única de la historia de la clínica Los Rosales, que aparece en el folio 4 sin la nota del Dr. V.A.C.M, la cual sí aparece en la fotocopia del folio 136.

Ello hizo pensar al magistrado ponente que la nota habría sido agregada posteriormente. Y se la cita como única prueba escrita de la supuesta falta de atención a la paciente pues las demás –como lo anota el abogado defensor-, sólo se basan en suposiciones, como cuando la quejosa afirma que el médico V.A.C.M no se presentó a atenderla personalmente la noche del 17 de noviembre, aun cuando sí la remitió a la clínica para su hospitalización; o cuando supone que el médico de turno del servicio de urgencias debió informarle de los resultados del laboratorio al Dr. V.A.C.M, sin que existan pruebas de que ello haya ocurrido.

Este Tribunal Nacional, al estudiar cuidadosamente el expediente, las historias clínicas allegadas y las reflexiones sobre el tratamiento que hace el Tribunal Seccional, encuentra que no puede concluirse sólidamente que haya habido descuido o errores en la atención a la paciente. Que se trató indudablemente de un caso complejo, con complicaciones debidas no sólo a los medicamentos empleados sino a la misma edad y al estado del sistema vascular periférico de la paciente, complicaciones –posiblemente agravadas también por infección intrahospitalaria sobreagregada- que llevaron a la amputación del miembro inferior izquierdo, realizada en institución diferente y por otro grupo de médicos.

Sin embargo está de acuerdo en que la nota sobre la visita a la paciente el 21 de noviembre (folio 136) sí parece agregada posteriormente, por tanto, está de acuerdo con la sanción impuesta por el Tribunal Seccional. Se advierte entonces la posibilidad de una alteración en el documento; por tanto, se compulsarán copias con destino a la Fiscalía para que esta determine si es del caso o no abrir investigación.

Por las consideraciones anteriores, el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus atribuciones legales

RESUELVE

Artículo Primero - Confirmar, como en efecto confirma, la sanción consistente en censura escrita pero privada impuesta al Dr. V.A.C.M., **Artículo Segundo** - Una vez en firme la presente providencia, devolver el proceso al Tribunal de primera instancia para lo de su competencia. **Artículo Tercero** - Compulsar en las copias ordenadas.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. JUAN MENDOZA-VEGA, Presidente; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado Ponente, CARLOS ALBERTO GAVIRIA NEIRA, Magistrado; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; DIEGO ANDRES ROSSELLI COCK, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Junio quince (15) del año dos mil diez (2010)

**SALA PLENA SESIÓN No.1047 DEL QUINCE (15)
DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010).**

REF: Proceso No. 2801 del Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Contra: Dr. G.G.T.
Demandante: Sr. F.A.R.

Magistrado ponente : Efraim Otero Ruiz
Providencia No. 51-2010

VISTOS

Por providencia del 23 de octubre de 2010 el Tribunal de Ética Médica de Bogotá resolvió no reponer y conceder el recurso de apelación por el fallo de Sala Plena del 4 de noviembre del 2009 mediante el cual resolvió imponer sanción de censura escrita y pública al Dr. G.G.T., por presuntas fallas a la ética médica (artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981) en el tratamiento quirúrgico (varicosafenectomía) practicado el 6 de septiembre de 2006. Presentado el recurso de apelación el 23 de abril de 2010, este fue concedido y enviado al Tribunal Nacional, donde fue recibido el día 30. Puesto para reparto en Sala Plena del 8 de mayo, correspondió por sorteo al Magistrado Efraim Otero Ruiz.

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

HECHOS

Según la historia clínica y las declaraciones que se adjuntan a este expediente, el Sr. F.A.R., de 22 años quien presentaba un hemangioma congénito del miembro inferior derecho complicado con várices y úlcera varicosa

consultó en marzo de 2005 al Hospital de Fómez donde determinaron que requería cirugía venosa de alta complejidad y riesgo y por tanto fue remitido al Hospital La Samaritana de Bogotá. Allí fue valorado por el Dr. G.G., cirujano vascular, quien encontró dilataciones varicosas de color violáceo que se extendían desde la región glútea hasta el pie, configurando el diagnóstico de síndrome de Klippel-Trenaunay. Un Dúplex arterial fue normal, sin trombosis, pero con incompetencia del sistema superficial a nivel de safena interna derecha por debajo de rodilla, ramas superficiales incompetentes en cara posterior y externa de muslo y pierna, perforantes dilatadas e incompetentes que se marcan por debajo de la piel”, y un Doppler venoso realizado poco después mostró “signos de insuficiencia en toda la estructura venosa...hipertrofia de todo el miembro inferior y extenso hemangioma superficial que compromete la región lumbar y todo el miembro inferior derecho”.

Según el Tribunal seccional, basado en la historia clínica, “después de valoración preanestésica el paciente fue intervenido el 6 de septiembre de 2009 por el Dr. G.G. junto con la Dra. N.M. (residente I de cirugía) en una intervención, que duró 15 horas por haberse complicado a las 3 horas con sangrado profuso y en capa de 1500 c.c. que luego requirió, 3 horas después de terminada la cirugía y por depleción hemática e hidroelectrolítica hidratación rápida, vendaje compresivo y hemotransfusión de 2 unidades de glóbulos rojos. Valorado a las 21 horas había leve dolor en área quirúrgica y ausencia de sangrado; a las 8 am del día siguiente se encontró vendaje compresivo con sangrado moderado y pie edematizado. El hematocrito fue reportado como 29% y la hemoglobina en 10.4 g. La evolución ulterior fue satisfactoria por lo cual se firmó el egreso. En el control por consulta externa el registro de la historia mostró un curso normal, de forma que el 26 de octubre la misma Dra. M. le dio de alta al paciente por cirugía, asistiendo éste a control en el Hospital de Fómez casi 2 meses después donde consultó porque ‘no tenía fuerza en el pie y tropicaba’, requiriendo de muletas para deambular. Fue remitido a ortopedia donde se le informó que tenía una lesión nerviosa. Regresó al Hospital Universitario de La Samaritana el 12 de diciembre donde los médicos tratantes confirmaron lesión del nervio ciático solicitando valoración por terapia física y neurología. El diagnóstico electromiográfico mostró una lesión parcial severa del peroneo común y del tibial posterior (pérdida axonal del 96% y 60% respectivamente) considerándose que la lesión se originó en el nervio ciático. El 10 de abril de 2006 el paciente consultó por úlcera en la región

maleolar en la cual presentó previamente infección que fue tratada en nivel II. La doctora M. solicitó nuevo dúplex. El paciente estaba cansado e insatisfecho con el resultado de la infección en su extremidad y entró en conflicto con la médica”.

En su queja ante la Personería Municipal de Fómeque el Sr. F.A.R. afirma que “debo manifestar que el Dr. G.G., durante mi estadía en el hospital después de operarme no me hizo ningún control, la que estaba ahí era la Dra. N.” Y al final pide “que se investigue la conducta del cirujano pues él me garantizó que quedaría bien y lo que pasó fue que quedé peor, pues me afectaron la movilidad de mi pie derecho, perjudicándome enormemente pues ya no puedo trabajar y sí me ha tocado gastar a raíz de las consecuencias de la cirugía”.

Entre documentos y declaraciones que pueden ser aducidos como pruebas se adjuntan los siguientes documentos :

1. Queja verbal bajo juramento presentada el 22 de marzo de 2006 ante la Personera Municipal de Fómeque por el Sr. F.A.R. (folios 4 a 6 reverso).
2. Envío erróneo de la queja (folio 1) al Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca; reenvío de la misma al Tribunal de Bogotá, recibida el día 6 de abril (folio 17).
3. Copia de la historia clínica del Sr. F.A.R. en el Hospital La Samaritana desde el 14 de octubre de 2005 hasta el 26 de octubre de 2006, anexada por el paciente en su queja inicial (folios 7 a 15).
4. Reenvío de la misma –solicitada por el Tribunal de Bogotá el 28 de julio de 2006- en forma más completa, anexando una lista de los médicos que atendieron al paciente durante los hechos (folios 23 a 68). Incluye copia del consentimiento informado, firmado el 16 de septiembre de 2005 por el Dr. G.G. y el paciente (Nota : este Tribunal Nacional puede observar que la fecha aparece anotada con la misma letra del paciente) - (folio 55)
5. Certificación expedida el 14 de octubre de 2005 por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Bogotá

a solicitud del quejoso, en que concluye que “no se encuentran fallas en los servicios de salud prestados al quejoso...pero en cita dos meses después del procedimiento encuentran al paciente con limitación funcional del miembro inferior derecho...lesiones que pueden ser secundarias al procedimiento quirúrgico...Lo que no concuerda es que durante los dos controles postoperatorios no hay déficit neurológico, lo cual debió presentarse en el postoperatorio inmediato si hubiera sido causado en forma traumática durante el procedimiento”. Y envían copia al Tribunal de Bogotá. (folios 72 a 74)

6. Resolución del 28 de diciembre de 2007 mediante la cual la Dirección de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital vuelve a analizar los hechos y, en consecuencia, exime de culpa y ordena cesar el procedimiento al Hospital La Samaritana, pero agrega : “ no ocurriendo lo mismo respecto del acto médico...En consecuencia, dada la competencia contenida en la ley 23 de 1981 se procederá a enviar copia al Tribunal de Ética Médica, para que este decida lo que sea del caso” (Folios 78 a 89)

7. Versión libre rendida el 5 de noviembre de 2008 por la Dra. N.M.P., acusada por el demandante en su queja inicial, en que al ser interrogada por el Magistrado instructor (folio 105) sobre si “dentro del programa de entrenamiento está el que el R1 actué (sic) como cirujano en el tratamiento de várices”, contestó : “La varicosafenectomía es uno de los procedimientos que puede realizar el residente de primer año en compañía del instructor”. Y al reinterrogarla que si “¿aun en un caso especial como este?”, contestó “Siempre en la programación es el instructor quien toma la decisión si uno actúa como cirujano o como su primer ayudante en el procedimiento.” Y al revirar el Magistrado que “al revisar la historia clínica se encuentra que en múltiples oportunidades usted realizó la consulta de control al Sr. F.A.R. sin que conste la presencia del instructor, contestó: “En cada uno de los casos se contó con la supervisión de un instructor de cirugía general, en este caso es el Dr. J.D.”. (Folios 105 y 106).

8. Versión libre rendida ante el Tribunal de Bogotá el 19 de noviembre de 2008 por el Dr. G.G.T., en que describe en detalle la atención prestada al paciente. Al ser interrogado sobre la fecha tardía del consentimiento informado, afirma (folio 110) : “Tratándose de un caso que re-

cuerdo bastante bien recuerdo haber llenado el documento de mi puño y letra en la consulta preoperatoria y al final agrega : “Sí, leyendo la queja del paciente es fácil entender; no es infrecuente que algunas de estas autorizaciones para intervención e incluso algunos documentos que entrega uno al paciente, se refundan.

Es el procedimiento usual en la institución que el Consentimiento Informado se entregue al paciente junto con lo que llamamos la hoja de ruta, que no es otra cosa que la solicitud de sala de cirugía y la cita con el anesthesiólogo. Con estos tres documentos el paciente sale del consultorio. De manera que este documento que encuentro acá no corresponde al que yo de puño y letra llené en el consultorio. Y más adelante agrega (folio 110 rev.): “ Sí, leyendo la queja del paciente es fácil entender que seguramente malinterpretó las cosas; jamás damos garantías sobre resultados y es un término que no usamos. De cualquier manera, si bien es cierto que tenemos una situación de lesión nerviosa, como dije antes sin una clara relación causa efecto, en relación con el procedimiento quirúrgico, los últimos controles que hemos realizado en el paciente y que hemos documentado en forma fotográfica, existe una franca mejoría de su patología venosa y de la complicación de úlcera maleolar que el paciente presentaba”.

9.Informe de conclusiones presentado por el Magistrado instructor, Dr. Alberto Barreto V. (folios 115 a 118) en que sugiere no existen méritos para formular cargos contra la Dra. M. y en cambio declarar que sí existen para formularle cargos al Dr. G.G. por presunta violación a los artículos 10, 15 y 16 de la Ley 23 de 1981.

10.Declaración juramentada rendida ante el Tribunal seccional el 23 de septiembre de 2009 por la Dra. S.A.C., al que asistió como invitado el defensor Dr. Husshein Aguas, quien la solicitó, en que explica su participación en la atención del paciente. Al final, al ser interrogada : “En razón de su desempeño como cirujano de urgencias, es usual o inusual que el Dr. G.G. tuviera que ausentarse de la consulta, contestó : “No es usual. El horario de urgencias era aparte del horario de consulta. Cuando el estaba en consulta, sólo era consulta”. (Folios 151 a 152). El Dr. D. A., también citado como testigo, nunca se presentó

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En su fallo definitivo el Tribunal seccional, ante los sólidos argumentos de la defensa, acepta absolver al Dr. G.G. de los cargos por presunta violación al artículo 10, pero persiste en los cargos por la violación de los artículos 15 (*el médico no expondrá a sus paciente a riesgos injustificados*) y 16 (*la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de el al paciente, a sus familiares y allegados*) basándose únicamente en la declaración del quejoso de que él no entendió bien la información suministrada por el médico. Textualmente afirma que “en el presente caso resulta llamativo el hecho que ninguno de los implicados incluyendo el testigo citado en la etapa de descargos, mencionen preguntas por parte del joven F.A.R.. Se puede inferir entonces la confianza plena que generó el hospital y el médico en el paciente, confianza que como se dijo, no implica que hubiera recibido la información adecuada. Igualmente se puede colegir entonces una actitud benéfica, a la antigua usanza, de parte del médico, donde no se considera importante informar al paciente, siendo el facultativo quien toma las decisiones”.

Frente al argumento de la defensa de que “el paciente, de acuerdo a la lógica, sabía que su operación implicaba riesgos” (como lo dice en su queja inicial, cuando refiere que por los mismos fue referido de Fómeca a la Samaritana, observa este Tribunal Nacional) y firmó el formato institucional de “autorización para intervenciones quirúrgicas, anestesia y otros procedimientos especiales” citando como refuerzo las declaraciones de las Dras. M. -quien según el Magistrado mismo tuvo amplia participación en el caso- y C., de que “es política institucional que todos los pacientes entren a cirugía con el formato de Consentimiento Informado diligenciado”, concluye que “las expresiones de las médicas dejan más bien la impresión que conciben el “consentimiento informado” como un formalismo más de la institución, sin el cual no es posible programar al paciente”.

Por estas razones pasa a declarar, citando el caso Schlondorff –Cardozo de 1914, sobre la autonomía del paciente, (que no es aplicable, decimos nosotros, pues dice que “el cirujano que realiza una operación sin el consentimiento de su paciente comete un asalto del cual es responsable por daños” ya se había aceptado por el Tribunal Seccional que hubo consentimiento previo firmado). Lo mismo, creemos que el “colegir una actuación

beneficente, a la antigua usanza” por parte del médico tratante, y la impresión sobre aquellas médicas, “que conciben el consentimiento informado como un formalismo más de la institución”, son meras impresiones subjetivas que no aportan ningún argumento lógico en contra del acusado. Como lo dice la defensa, citando numerosas referencias actualizadas sobre el consentimiento informado tácito y escrito y diciendo (folios 4 y 105) que según consta en la historia el 5 de septiembre el Dr. G.G. le dio las indicaciones al paciente, ordenando la operación, valoración por anestesia para realizar la varicosafenectomía y explicando al paciente la cirugía a realizar, explicando que se trata de un procedimiento ambulatorio, según consta en la queja misma del paciente (folio 4), y que en la orden de admisión para cirugía se reservaron 2 unidades de glóbulos rojos, “reserva que fue reiterada al paciente por el Dr. J.A.R. en su valoración preanestésica”. Finalmente concluye la defensa: “Reiteramos (que) la conducta del paciente en ningún momento fue indicativa de que no conociera y asumiera la realización de la cirugía.

Se programó para la intervención con varios días de antelación y su comportamiento fue indicativo de que su intención fue siempre que se le practicara la cirugía, asumiendo los riesgos que se le explicaron en dos instituciones; así las cosas la confianza expresada por el paciente influyó en forma suasoria hasta el punto de convencerlo de que está (sic) satisfecho con la información realizada; por supuesto sin pretender que las manifestaciones tácitas reemplacen la manifestación expresa de la voluntad del paciente, pero sin dudar que es un indicio que debe ser tenido en cuenta al momento de reconsiderar la decisión”. Estamos de acuerdo con lo planteado por la defensa; y por otra parte, decimos nosotros, la queja del paciente, así se trate de un campesino supuestamente iliterato, no está del todo exenta de la sospecha del dolo (de orden objetivo: maniobras engañosas, mentira, silencio, ocultar documentos, según el art. 63 del Código Civil) por la ambición de beneficiarse financieramente con la demanda. Al respecto el tratado sobre Responsabilidad Ética Médica Disciplinaria s del Magistrado Fernando Guzmán y col. dice textualmente en la pág. 1057 del Tomo II : “ Es lógico pensar que pueden existir excesos y actitudes de mala fe por parte de los enfermos y por lo tanto (se deben) tomar precauciones contra denuncias temerarias. Por ejemplo, cuando un cirujano emprende una operación, aun habiendo advertido al paciente de la necesidad de la resección ampliada de un órgano, puede encontrarse con situaciones que cambien el planteamiento inicial y que solamente el profesional, en

su acto quirúrgico, está en capacidad de determinar hasta dónde pueden definir la supervivencia y calidad de vida de quien se ha colocado en sus manos, cambiando por consiguiente la estrategia a seguir. Aun así, se enfrenta a la queja del paciente, a pesar de las explicaciones preoperatorias y la situación en la misma cirugía”.

Bastan las consideraciones anteriores, que coinciden también con la presentación hecha por este Magistrado ponente en el reciente foro de Tribunales de Ética Médica, el 4 de junio de 2010, para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de las atribuciones que le confiere la Ley,

RESUELVA

Artículo Primero - Revocar, como en efecto revoca, el fallo del Tribunal de Ética Médica de Bogotá, mediante el cual se decidió sancionar con censura escrita y pública al Dr. G.G. por presuntas violaciones a los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981. **Artículo Segundo** - Devolver el presente expediente al Tribunal de origen, para lo de su competencia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. FERNANDO GUZMÁN MORA Magistrado - Presidente RAÍM OTERO RUIZ Magistrado Ponente; GERMÁN PEÑA QUIÑONES, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Octubre dieciocho (18) del año dos mil once (2011).

**SALA PLENA SESIÓN No.1108 DEL DIECIOCHO (18)
DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011)**

REF: Proceso No. 1803 del Tribunal de Ética Médica de Antioquia.
Contra: Médicos de la Clínica León XIII
Denunciante: Sra. N.B. DE M.

Providencia No. 97-2011

Magistrado ponente: Efraim Otero Ruiz.

VISTOS

Mediante fallo de septiembre 13 de 2011 el Tribunal de Ética Médica de Antioquia decidió conceder la apelación por el fallo interlocutorio del 25 de mayo de 2011 mediante el cual decretó archivar la queja contra los médicos de la Clínica León XIII de Medellín por presuntas infracciones a la ética médica durante la atención del 3 al 8 de diciembre de 2009 al Sr. R.S.B.T., en la Clínica León XIII de Medellín por síndrome coronario agudo tratado con hemodiálisis, revascularización coronaria y recambio valvular mitral con bioprótesis, que desembocaron en la muerte del paciente. La apelación fue presentada y recibida en el Tribunal Nacional el 20 de septiembre de 2011. Puesto el expediente para reparto en Sala Plena del 27 de septiembre correspondió por sorteo al Magistrado Efraim Otero Ruiz.

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

HECHOS

El Sr. Rubén Darío Berrío Tamayo, de 70 años de edad, con un diagnóstico de enfermedad coronaria con revascularización, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica severa, enfermedad aterosclerótica de

corazón, angina inestable, hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica terminal por nefropatía diabética en lista de espera para trasplante renal, consultó a la Clínica León XIII por haber sido remitido por un cardiólogo particular por presentar angina inestable de 3 años de evolución la cual desde 6 meses antes se tornó gravitativa, con reverberación de los síntomas, disnea de pequeño esfuerzo y ortopnea. Según la queja la remisión era para la realización de un cateterismo pero se le hizo interconsulta en nefrología la cual se realizó el 4 de julio. Allí se determinó que el paciente debería ser sometido a hemodiálisis antes y después del cateterismo. El día 5 de diciembre le fue realizada una arteriografía coronaria la cual mostró severa enfermedad coronaria aterosclerótica plurivascular no revascularizable con compromiso de 2 vasos principales y 4 secundarios. La ecografía mostró eyección reducida de 34% razón por la cual, según los especialistas, el paciente requería manejo quirúrgico de puentes aortocoronarios, habiendo sido evaluado por cirugía cardiovascular y programado para revascularización coronaria con alto riesgo de muerte súbita. El 8 de diciembre el paciente presentó cuadro clínico de edema agudo de pulmón con síndrome coronario agudo, el cual requirió reanimación y tratamiento médico intensivo. El día 9 de diciembre le fue practicada una hemodiálisis, revascularización coronaria y recambio valvular mitral con bioprótesis. Luego de la cirugía el paciente entró en estado crítico, con falla derecha aguda, shock cardiogénico, falla renal e hipoxemia severa; pese a la ventilación mecánica y el soporte cardiovascular el paciente falleció ese mismo día.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En su queja la hermana del occiso, Sra. N.B. DE M. afirma que el paciente “había rechazado la diálisis” y que además “le habían realizado una cirugía de corazón abierto sin estar suficientemente preparado para ello”. Sin embargo, la cuidadosa revisión de la historia clínica, también realizada por este Tribunal Nacional (folios 1 a 55, cuadernos 2 y 3) no muestra ninguna evidencia que permita sustentar dichas afirmaciones. Por el contrario, en su fallo el Tribunal seccional concluye que “el tratamiento instaurado, los diferentes procedimientos realizados y el empeño que pusieron los distintos galenos en recuperar la salud del enfermo señalan que se cumplió con el protocolo indicado para la patología del paciente y de acuerdo con la evolución de su enfermedad. En consecuencia, este Tribunal pone de presente que dicho tratamiento fue desplegado de forma razonada y razonable y, por lo tanto, no se expuso al paciente a riesgos injustificados”.

Por las consideraciones anteriores el Tribunal seccional dispuso el archivo de la investigación, fallo con el que se halla de acuerdo el Tribunal Nacional. En su apelación la sra. N.B. DE M., por su parte, se muestra inconforme con el mismo, considerando que “este caso merece se analice más detenidamente” pero sin allegar nuevos datos ni aportar nada nuevo distinto a los argumentos anteriormente planteados.

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 - Confirmar, como en efecto confirma, el fallo del Tribunal de Ética Médica de Antioquia mediante el cual resolvió archivar la queja interpuesta por la sra. N.E.B de M. contra médicos de la Clínica León XIII por presuntas violaciones a la ética médica en la atención del Sr. R.D.B.T. **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. FERNANDO GUZMÁN MORA Magistrado- Presidente; EFRAÍM OTERO RUÍZ Magistrado- Ponente; LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Febrero tres (03) del año dos mil quince (2015)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1257 DEL TRES (03)
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015).**

REF: Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogota
Proceso: 4697-RO
Denunciante: Sra. Claudia Osorio Rodriguez
Denunciado: Dr. J.C.P.B.

Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora
Providencia No.04-2015

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá, en sala plena de Octubre 15 de 2014, declaró que el Dr. J.C.P.B., identificado con cédula de ciudadanía número expedida en la ciudad de, incurrió en violación de los artículos 15 y 44 de la Ley 23 de 1981.

En consecuencia decidió sancionar al acusado con suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de dos meses.

Dentro de términos legales, el médico condenado elevó recurso de apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. Repartido por sorteo el 25 de noviembre, correspondió al magistrado FERNANDO GUZMAN MORA, quien procede a resolver el recurso con base en los siguientes:

HECHOS

La señora C.H.O.R., identificada con cédula de ciudadanía númerode ...a, elevó queja ante la Superintendencia Nacional de Salud en contra de la entidad de atención en salud ANDAR, por los servicios prestados a su

señora madre A.C.R. DE O. (cc de ...) de 76 años, por parte del doctor J.C.P.B., de profesión médico, adscrito a esa IPS e identificado con la cédula de ciudadanía número ... de... y registro médico ... de la Secretaría de Salud e Bogotá.

La paciente en mención había sido vista por medicina general en la respectiva EPS, pero por razones múltiples la orden de remisión al especialista en cardiología se encontraba vencida y debía volver a pasar por el filtro médico básico, acudiendo entonces al médico J.C.P.B., quien expresó que la condición de la paciente era estable y que en su criterio no había necesidad de enviarla al cardiólogo.

En cambio, trajo a mención la “medicina homeopática” y la invitó a que visitara su consultorio, en donde le ofrecería un tratamiento mas integral para su condición clínica.

En prueba documental obrante a folio 6 del cuaderno principal, se encuentra de puño y letra del médico J.C.P.B., la hoja en que se anota la dirección de su consultorio y la mención de dos medicamentos especificados como: “Suero” y Sales Schussler”, con los cuales iniciaría el “tratamiento integral” de la paciente de tercera edad, indicando que el suero seria preparado por él mismo en su oficina.

Es de anotar que la paciente estaba siendo tratada por un cardiólogo de escuela en el Hospital Mederi de Bogota por antecedentes de riñón único, hipertensión arterial, doble lesión valvular aortica y enfermedad coronaria. Además se anota que le habían efectuado tres cateterismos cardiacos, cuyos resultados no se conocían. Estaba tomando Dinitrato de isosorbide, metoprolol, lovastatina, amiodarona, furosemida, ASA y omeprazol.

La quejosa, hija de la paciente, llamó a la oficina del galeno J.C.P.B. y preguntó por el costo de los medicamentos homeopáticos indicados anteriormente y la secretaria “B.” le informo que el suero costaba “setenta mil pesitos” y las sales Schussler tenían un costo de “cincuenta mil pesitos”. Procedió entonces a poner la queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, la cual la remitió al Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogota, en donde se recibió y se procedió a efectuar la respectiva investigación con base en el siguiente material probatorio:

- Ratificación de la queja por parte de la señora C.O.R., en donde confirma los hechos que motivaron su denuncia, en particular la negativa del doctor J.C.P.B. a remitir la paciente al cardiólogo, formular una serie de sustancias que él denomina medicamentos, unos preparados de manera personal y otros de naturaleza “homeopática”, los cuales podría adquirir en su oficina personal.
- Versión libre del médico encartado, en donde confirma que NO remitió directamente a la paciente al especialista en cardiología por razones “administrativas”, que la apreció y examinó de manera “holística” y la formuló para mejorar su “condición inmunológica” con su visión de “médico homeópata”
- Informe de conclusiones del Magistrado Instructor y elevación de Pliego de Cargos en contra del ciudadano J.C.P.B. por trasgresión de los artículos 15 y 44 de la Ley 23 de 1981, por no tener en cuenta la grave condición de salud de la paciente A.C.R, con enfermedad coronaria, hipertensión arterial y enfermedad valvular cardíaca, considerando que se encontraba “en condición clínica estable”, demorando su manejo terapéutico adecuado a sus lesiones cardiovasculares y formulando una serie de sustancias que nada tenían que ver con su estado clínico. Además, de direccionarla a su “consultorio” particular de homeópata, en donde podría adquirir las sustancias “homeopáticas” que mejorarían su condición “inmunológica” general, varios preparados de manera directa por el encartado.
- Descargos del ciudadano J.C.P.B., sustentados por su abogado defensor, en donde se intenta desvirtuar el pliego de cargos atacando el fundamento de antijuridicidad y culpabilidad de su conducta. Adicionalmente, tachando a la quejosa de “testigo de oídas” y exigiendo que quien efectuara la denuncia y su sustentación fuera la paciente misma, la cual debido a su condición de salud es oxígeno dependiente en forma permanente.
- Solicitud y auto que define la practica de unas pruebas solicitadas por la defensa de J.C.P.B., la mayor parte de ellas inconducentes e inútiles para la respectiva investigación ético disciplinaria.

Con base en lo anterior, el tribunal de primera instancia decidió sancionar al médico investigado con SANCION DISCIPLINARIA DE SUSPENSION

DE DOS MESES EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA, con base en consideraciones muy bien fundamentadas respecto de los siguientes aspectos:

- La gravedad de la enfermedad coronaria en una persona de la octava década de la vida.
- El actuar negligente e imprudente del investigado en relación con la paciente A.C.R., a quien demoró la remisión al médico especialista en cardiología, con la consiguiente elevación del riesgo que de por sí tenían sus enfermedades.
- Utilización indebida de la institución a la cual se encontraba prestando sus servicios de médico general y no de Homeópata.
- Direccionamiento indebido de paciente institucional hacia su consulta particular

El abogado MIGUEL ANTONIO CUESTA REY, quien se identifica con TP número ..., elevó RECURSO DE APELACION en contra de la providencia de primera instancia, basado en los siguientes argumentos:

- 1-Ausencia de antijuridicidad en la conducta del condenado
- 2-Ausencia de culpabilidad en dicho actuar
- 3-Falta de apreciación e interpretación errónea de las pruebas
- 4-Falta de apreciación de los hechos en función de su merito
- 5-Falsa conclusión de infracción de los artículos 15 y 44 de la ley 23 de 1981
- 6-La condena basada únicamente en pruebas de referencia
- 7-Conducta del médico acorde con la norma y ausencia de culpabilidad
- 8-Ausencia de autocuidado como fundamento de la responsabilidad de la paciente en el presente caso
- 9-Ausencia de lesividad efectiva al no haberse ocasionado un daño real en la enferma

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

I-SOBRE LOS ARGUMENTOS DE LA DEFENSA EN SU APELACION

Es necesario analizar cada uno de los argumentos del apelante en defensa del médico condenado en primera instancia, para fundamentar la decisión de esta superioridad de manera sólida y poder tomar una decisión en Derecho.

1-Ausencia de antijuridicidad en la conducta del condenado

Este argumento no es de recibo por este Tribunal Nacional.

Cuando la persona desarrolla una conducta y es típica, esa conducta es antinormativa. Pero no siempre la tipicidad implica antijuridicidad.

Si la conducta es desaprobada por el Legislador, se habla de antijuridicidad y va de la mano con el principio de lesividad, en donde se encuentran dos de tres elementos: Lesión, poner en peligro y sin justa causa.

Cuando una conducta cumple el requisito de antijuridicidad y tipicidad, nace el concepto de Injusto. Sus componentes esenciales son el desvalor de acción (se refiere al autor y consiste en la desaprobación que hace el Legislador) y el desvalor de resultado (Relacionado con los hechos y hace referencia al reproche).

Existe al respecto la tesis monista que dice que para que haya injusto únicamente se requiere del desvalor de acción. Y la tesis dualista plantea el doble desvalor, de acción y resultado, porque ambos tienen ingredientes subjetivo: desvalor de acción y otro objetivo: desvalor de resultado.

Los elementos de la antijuridicidad se agrupan en dos tipos:

FORMAL. Hace relación al no cumplimiento de la norma penal.

MATERIAL. Viene dada por la lesión o la puesta en peligro del bien jurídico tutelado.

La antijuridicidad es un juicio negativo que se hace de la conducta. Las normas pueden ser mandatos, prohibiciones y facultativas. Las normas

mandato se relacionan con los tipos omisivos (No se cumplen los mandatos). Las prohibiciones se relacionan con los tipos de acción o comisivos (es una identificación con la prohibición). La antijuridicidad tiene que ver con la primera parte de las normas facultativas.

La antijuridicidad es un juicio negativo puesto que faculta a los sujetos para realizar conductas. Cuando una conducta es típica pero está respaldada por una facultad, esa conducta no es antijurídica.

Como se aprecia en este caso, varios bienes jurídicos fueron puestos en peligro en la paciente, entre ellos la vida y la integridad personal, por la negativa del médico a remitir adecuadamente a la señora al especialista en cardiología.

Y se hizo sin justa causa, pues el objetivo de J.C.P.B. era el de remitir a la paciente a su **NEGOCIO PERSONAL DE TIPO MERCANTIL**, en donde escudado en el argumento de una “atención holística e integral” convertía los enfermos institucionales del sistema de salud nacional en pacientes privados para poder venderles sus brebajes y sustancias no aceptadas universalmente por la medicina científica, como se verá mas adelante en esta misma providencia.

Adicionalmente, la Ley 23 de 1981 considera la puesta en riesgo injustificado de un paciente como una trasgresión disciplinaria de mera conducta y por eso ha condenado en infinidad de circunstancias a los médicos que de esta forma actúan.

En esto también puede entrar el elemento de **IMPUTACION OBJETIVA** (nótese bien que no se está hablando de Responsabilidad Objetiva, la cual sabemos que se encuentra prohibida por nuestro plexo jurídico). Esta imputación objetiva se refiere a la elevación innecesaria del riesgo normal que acompaña las circunstancias de la vida en sociedad, de manera innecesaria y beneficiando solamente al actor de tal elevación.

En este caso se cumplen todos los elementos para poder achacarle a J.C.P.B. un actuar que elevó el riesgo de las consecuencias de la enfermedad, de las consecuencias del tratamiento instaurado, en forma innecesaria y con beneficio propio al vender sus compuestos por una módica cantidad de “pesitos”, como lo expresó su secretaria “B.”

Como se puede apreciar, se cumplen con los dos elementos de la antijuridicidad disciplinaria

FORMAL. Hace relación al no cumplimiento de la norma disciplinaria, la cual se demostró trasgredida con la conducta de J.C.P.B. al menos en dos artículos de la ley respectiva

MATERIAL. Viene dada por la lesión o la puesta en peligro del bien jurídico tutelado. Es decir, la colocación en riesgo de la integridad de un paciente es suficiente elemento para declarar que se violó el artículo respectivo del Código de Ética Médica.

2-Ausencia de culpabilidad en dicho actuar

Tampoco se acepta este reproche contenido en el recurso de alzada.

El reproche de culpabilidad nace o se radica en el hecho de que al autor se le pudo exigir otra conducta conforme a derecho, ya que realizó dicha acción sin ningún tipo de coacción, es decir, actuó con libertad y pudo elegir. Esta concepción del derecho penal es el llamado derecho penal de culpabilidad y para admitir que a un sujeto se le pueda hacer un reproche, es necesario presuponer que el sujeto tiene la posibilidad de elegir, es decir, de autodeterminarse. Para este derecho de culpabilidad, se tiene la concepción respecto del hombre, como un ser con autonomía.

Una vez se tenga una conducta típica y antijurídica en un sujeto imputable, se debe establecer si el sujeto que la cometió es susceptible de haberlo hecho con culpabilidad o no. Es decir, si llena los requisitos de reprobabilidad de esa conducta antijurídica, es decir, en la posibilidad de exigencia social por parte de quienes tienen capacidad de autodeterminación respecto de actuar conforme al deber y a las normas jurídicas

Actuar con culpa es hacerlo violando las normas de cuidado exigibles a cualquier miembro de la sociedad que actuaría en las mismas circunstancias, pero de manera prevenida y cuidadosa

La culpa es consciente cuando el sujeto tiene la representación del resultado dañoso o típico, pero ni desea que este pase ni cree que se salga de su control el poder evitarlo. El problema es que a la hora de ocurrir los hechos

no logra evitar el efecto dañoso de los mismos porque no pudo o no supo detenerlos

Es inconsciente cuando no se prevé ese resultado típico, debiendo haberse previsto si se hubieran seguido las normas de cuidado generales internas y externas.

La culpabilidad puede darse de tres maneras: por dolo; por culpa o por preterintención.

El Código Penal refiriéndose al dolo establece que “la conducta es dolosa cuando el agente conoce el hecho punible (delito) y quiere su realización, lo mismo cuando la acepta previéndola al menos como posible”.

Nótese pues, que la norma citada es clara en establecer la intención de inferir daño a otro para que exista el dolo. En otras palabras, podemos decir que el dolo consiste en una manifestación reprochable de la voluntad de una persona que a sabiendas de que la conducta a realizar es constitutiva de un delito, conscientemente desea su realización.

En cuanto a la culpa, el Código Penal en el artículo 37 señala: “la conducta es culposa cuando el agente realiza el hecho punible por falta de previsión del resultado previsible o cuando habiéndolo previsto, confió en poder evitarlo”

Como se observa, en la culpa no existe la intención de causar un resultado dañino determinado, sino que el resultado típico y antijurídico se produce por la omisión del deber de cuidado a que el agente estaba obligado en el caso concreto. De ahí que los elementos generadores de culpa sean: la impericia; la imprudencia, la negligencia y la violación de reglamentos.

Podemos, decir entonces, que la culpa es una forma de conducta irregular en la cual no media una intención de dañar, pero que viola preceptos de prudencia, pericia y diligencia al efectuar una acción determinada, pudiendo con tal descuido ocasionar un daño a otro.

Nos limitaremos a adoptar en materia civil la definición que de ésta hacen los hermanos Mazeaud cuando refiriéndose a ella expresan: “es un error de conducta que no lo habría cometido una persona cuidadosa situada en las mismas condiciones externas que el autor del daño”

La conducta médica, cuando omite o actúa por fuera de los parámetros de la diligencia, pericia o prudencia, está inmersa en los supuestos de la culpa, y por ello, puede encontrarse dentro de los límites de la responsabilidad por el hecho desplegado. Dicha responsabilidad puede ser de tipo penal, civil o ético-disciplinaria.

En cuanto a la responsabilidad desde el punto de vista penal, ésta se circunscribe a la violación de la Ley penal. Es decir, que la conducta realizada debe encontrarse definida como delito en el estatuto penal, pues de lo contrario, no puede ser constitutiva de delito y por ello no puede seguirse acción penal a la persona que la haya cometido. Lo anterior se fundamenta en el principio “*nullum crimen nulla poena sine lege*”

Adicionalmente a que la conducta del sujeto sea típica (que esté descrita en una norma penal), debe ser antijurídica y culpable para que podamos hablar de delito, tal como lo expresamos al inicio de éste capítulo. Significa lo anterior, que el simple hecho de realizar una conducta que esté descrita en una norma penal como violatoria de la ley, no es suficiente para que se condene a quien la realizó.

En el caso en análisis es claro que J.C.P.B. tuvo la intención específica de incorporar a la señora A.C.R. de O. como parte de su lista de pacientes privados o de pago directo, al desviarlos de manera antiética hacia su consulta particular y ofreciendo la venta de las sustancias que él mismo comercializa o produce.

La culpa consciente y, peor aun, el dolo en la actuación del galeno condenado en primera instancia hacen que el argumento de la defensa no pueda progresar en esta decisión.

3-Falta de apreciación e interpretación errónea de las pruebas

Tampoco es de recibo este argumento por parte de este Juez Ad quem. Las pruebas son contundentes.

- Se demuestra que la paciente pertenece al Sistema de Salud Colombiano
- Se tiene claro que acude a una cita institucional con un MÉDICO GENERAL contratado para tal fin

- Es incontrovertible el estado de GRAVE ENFERMEDAD sufrido por la paciente víctima de la criticable conducta del médico disciplinado.
- Se tiene la prueba documental escrita de la caligrafía del acusado en donde indica la dirección de su consultorio particular, el nombre de su secretaria y las sustancias que ofrecía al comienzo del supuesto “tratamiento integral” ofrecido.
- Existe la declaración del investigado sobre la preparación “artesanal” de algunos de sus productos “homeopáticos”. Preparación que NO sigue los criterios mínimos exigidos por el INVIMA.
- Se posee en dicha declaración y en otros documentos anexados al proceso la serie de criterios de este profesional en varios aspectos de su ejercicio médico, los cuales no tienen ninguna relevancia jurídica.

4- Falta de apreciación de los hechos en función de su merito

No estamos de acuerdo. Cual es esa falta de apreciación de los hechos en relación con su mérito?

El juez de primera instancia falló en Derecho, teniendo en cuenta precisamente los hechos y el material probatorio recaudado

Se remite al interesado al punto anterior para comprobar dicho material, saltando a la vista la actitud y conducta inadecuadas del acusado, quien trasgredió varias normas éticas consagradas en el Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981) y varias que no le fueron endilgadas y, que por tal motivo, no son objeto de este análisis jurídico, médico y ético.

Es contundente que J.C.P.B.:

- Actuó irresponsablemente al demorar la remisión al especialista en cardiología a una paciente anciana con graves lesiones cardiacas y sistémicas quien se encontraba en tratamiento con medicaciones de manejo delicado para controlar sus enfermedades
- Puso en riesgo innecesario a esta enferma al demorar su remisión, así haya tenido en su poder una orden ya vencida de remisión al cardiólogo.
- Remitió a la enferma a su propia consulta particular, incumpliendo sus deberes profesionales e institucionales y actuando de manera deshonesta, antiética y francamente indelicada.

-Se comportó como un VERDADERO MERCADER de la medicina al intentar “atrapar” una paciente del Sistema Nacional de Salud hacia su negocio personal, en donde además era expendedor de brebajes, menjurjes y sustancias de no aceptación por la medicina científica universal a la cual pertenece el mencionado sistema de salud colombiano. -Faltó a sus obligaciones con las instituciones que le contrataron como MÉDIC GENERAL y no como HOMEOPATA en el ejercicio profesional con el cual se obligó de manera libre y autónoma. Ya nos referiremos mas adelante al ejercicio de esta “homeopatía” desde la opinión de algunos estamentos mundiales.

5-Falsa conclusión de infracción de los artículos 15 y 44 de la ley 23 de 1981

No se ve en qué consiste esta supuesta falsa conclusión de infracción a los artículos en mención.

El artículo 15 de la Ley 23 de 1981 expresa:

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.

El artículo 44, a su vez, determina:

Artículo 44. El médico no aprovechará su vinculación con una institución para indicar al paciente que utilice sus servicios en el ejercicio privado de su profesión.

Y se ha demostrado a todo lo largo del proceso y con el acerbo probatorio que las dos normas fueron trasgredidas por el acusado. Una (artículo 15) por no enviar rápidamente a la paciente al especialista en cardiología y mas bien derivarla a su oficina para poder explotarla económicamente. Y la segunda por haber extraído una paciente del sistema de salud a su centro de actividades con el fin de lograr su contribución económica en materia de venta de medicamentos

6-La condena basada únicamente en pruebas de referencia

Debe referirse esta superioridad al ataque de la defensa basado en la utilización de pruebas de referencia. Esta consideración de la defensa no es de recibo por el análisis que se hará a continuación en relación con este tipo de pruebas

Inicialmente dejemos hablar a los tratadistas para conservar la imparcialidad, evitando que definiciones propias sean analizadas por el mismo operador judicial que las trae a colación y en esa forma fundamentar la decisión de admitir o no admitir ese tipo de pruebas.

Dice LORENZO M. BUJOSA VADELL, Profesor de la Universidad de Salamanca en su artículo LA PRUEBA DE REFERENCIA EN EL SISTEMA PENAL ACUSATORIO (Pensamiento Jurídico. Bogotá (Colombia) No. 21, Enero - Abril de 2008. ISSN: 0122-1108)

“...La aplicación de los principios procesales a la práctica y valoración de la prueba testifical debe examinarse respecto a un tipo de pruebas que presenta unos problemas específicos: las denominadas pruebas de referencia (Velayos, M., 1998: 24). Se trata, básicamente, de la declaración de una persona sobre hechos que no ha percibido, ni directa ni indirectamente, pero sobre los cuales tiene la referencia de otras personas.

...

El propio Tribunal Constitucional ha reconocido la validez de esta modalidad probatoria: “la prueba testifical de referencia constituye, desde luego, uno de los actos de prueba que los Tribunales de la jurisdicción penal pueden tomar en consideración en orden a fundar la condena, pues la Ley no excluye su validez y eficacia” (STC 217/

...

“por testigo de referencia se entiende la prueba consistente en la declaración de un testigo, quien refiere los conocimientos fácticos que ha adquirido por la comunicación de los mismos proveniente de un tercero, el cual es quien verdaderamente ha tenido un conocimiento personal de lo relatado” (Velayos, 1998: 24).

...

Como dice Miranda Estrampes, : Una importante consecuencia de ello será la inutilizabilidad de las declaraciones de aquellos testigos de referencia que no faciliten el nombre y los apellidos del testigo o testigos presenciales, ya sea por desconocimiento, por voluntad propia o por desmemoria.

...

Sin embargo, tal afirmación no puede admitirse sin matizaciones, dada la labilidad de las pruebas de referencia. Por tanto, es un medio probatorio válido, pero no incondicionado. Sus particulares características obligan a tener en cuenta, desde las propias exigencias constitucionales, una serie de limitaciones, la primera de las cuales, como hemos visto, consta en el propio tenor del reconocimiento legal de los testimonios de oídas en nuestro código procesal penal: es necesario hacer constar la identificación concreta de la persona de quién procede la información, con una finalidad primaria muy concreta: poder lograr, si fuera posible, la comparecencia de esa persona que tiene un conocimiento más directo de los hechos que se están enjuiciando.

Así pues, como ha reiterado la jurisprudencia, una vez tenidas en cuenta sus limitaciones inherentes, “la problemática que plantea la prueba de referencia es, como en cualquier otra prueba, el relativo a su veracidad y credibilidad”. Pero, desde luego, la valoración de credibilidad en estos casos es mucho más compleja, pues, la convicción del juzgador debe partir de quien no ha percibido los hechos y no puede observar a quien sí los ha apreciado directamente. La apreciación de la prueba es, por ello, mucho más compleja que en el resto de las declaraciones testificables, ya que el tribunal se encuentra necesariamente con la dificultad no sólo de formar juicio sobre la veracidad del testigo de referencia sino sobre todo la del testigo presencial en cuyo lugar se subroga

...

Por ello, se añade de inmediato una llamada a la especial prudencia para apreciación de esta prueba y, literalmente, se habla de “recelo jurisprudencial sobre ella” y abiertamente se afirma que “en la generalidad de los casos, la prueba de referencia es poco recomendable”, puesto que en muchos casos “supone eludir el oportuno debate sobre la realidad misma de los hechos y el dar valor a los dichos de personas que no han comparecido en el proceso [...]”. No obstante estas prevenciones, que se consideran lógicas, no pueden “llevar a la conclusión de que la prueba testifical de referencia constituya, en todo caso, una prueba mediata, indirecta o de indicios, o que sólo tenga valor para identificar a la persona que realmente tiene conocimiento de los hechos sobre los que declara”

....

Un primer dato que ha resaltado el Tribunal Constitucional y que se constituye en una importante limitación adicional se refiere a que “sólo en los

casos de imposibilidad real y efectiva de obtener la declaración del testigo directo” podrá admitirse válidamente la prueba de referencia (STC 146/2003), como concreción de esa exigencia de plenitud del derecho de defensa...”.

Expresa la abogada María Victoria Parra Archila en su escrito “La prueba de referencia en la ley 906 de 2004”:

.....
“...La ley 906 de 2004, define en el artículo 437 del Código de Procedimiento Penal lo que debe entenderse por prueba de referencia; al respecto indica: “Se considera como prueba de referencia toda declaración realizada fuera del juicio oral y que es utilizada para probar o excluir uno o varios elementos del delito, el grado de intervención en el mismo, las circunstancias de atenuación o de agravación punitivas, la naturaleza y extensión del daño irrogado, y cualquier otro aspecto sustancial objeto del debate, cuando no sea posible practicarla en el juicio.

Por su parte la Corte Suprema de Justicia, en sentencia 27477 del 06/03/08, indicó que por prueba de referencia debe entenderse: La evidencia (medio probatorio) a través de la cual se pretende probar la verdad de una declaración realizada al margen del proceso por una persona determinada, no disponible para declarar en el juicio, que revela hechos de los cuales tuvo conocimiento personal, trascendentes para afirmar o negar la tipicidad de la conducta, el grado de intervención del sujeto agente, las circunstancias de atenuación o agravación concurrentes, la naturaleza o extensión del daño ocasionado, o cualquier otro aspecto sustancial del debate (antijuridicidad o culpabilidad, por ejemplo)

Definición que en sentir de la Corporación permite inferir los elementos que deben concurrir para considerar que nos encontramos frente a una prueba de referencia a saber:

1.1 La existencia de una declaración rendida por una persona determinada, por fuera del juicio oral, la cual en sentir de la Corte, puede ser verbal, escrita o incluso estar contenida en medios tecnológicos, tales como una grabación; incluso provenir de otras formas de comunicación, como ademanes o expresiones gesticulares⁴ En consonancia con lo anterior, destaca la Corporación, que la prueba de referencia incluye al testimonio de oí-

das, así como otros medios a condición de que estos puedan ser reputados como legítimos.

1.2 Que verse sobre aspectos que el testigo percibió en forma directa o personal.

1.3 La existencia de un medio de conocimiento que se ofrece para probar la verdad de los hechos informados en la declaración.

1.4 Que la verdad que se pretende probar, sirva para acreditar aspectos sustanciales del debate (tipicidad, grado de intervención, circunstancias de atenuación agravación).

Tal como se ha dejado reseñado en la jurisprudencia emanada por la Corte Suprema de Justicia, en punto a la regulación de la prueba de referencia Colombia acogió la tesis según la cual se sienta como principio general la prohibición de admitir prueba de referencia, no obstante se establece un catálogo normado de excepciones fundamentadas en dos causales: La primera referida a la indisponibilidad del declarante y la segunda atinente a la existencia de garantías indiciarias o circunstanciales de confiabilidad

...

Así las cosas, se puede afirmar que frente a la prueba de referencia se prohíja por el derecho procesal Colombiano un sistema que se identifica por los siguientes rasgos: Se reconoce como principio general la inadmisibilidad de la prueba de referencia, en respeto a garantías como la inmediación, defensa y contradicción; no obstante se reconoce la vigencia a nivel normativo de varias excepciones, art. 438 ibídem, atinentes a que el declarante: i) Manifieste bajo juramento que ha perdido la memoria sobre los hechos y es corroborada pericialmente dicha afirmación; ii) Sea víctima de un delito de secuestro, desaparición forzada o evento similar; iii) Padezca de una grave enfermedad que le impida declarar; iv) Ha fallecido; o los casos en que la declaración se halle registrada en escritos de pasada memoria o archivos históricos; excepciones a las cuales se suma la vigencia de una cláusula residual que permite flexibilizar el catálogo de eventos en los cuales resulta admisible la prueba de referencia, los cuales si bien no aparecen regulados en la ley, ostentan características similares a uno de los supuestos en que se autoriza la admisibilidad exceptiva de la prueba de referencia. Facultad que se finca, en palabras de la Corte Suprema de Justicia, en la necesidad que el juez ofrezca una interpretación constitucional al art. 438, atendiendo a los fines que se asignan al proceso penal, concretamente el atinente a la búsqueda de la verdad, como presupuesto necesario para la realización de la justicia material.

...

Es así como se han ido ampliando por vía jurisprudencial los eventos en los cuales se autoriza la admisibilidad excepcional de la prueba de referencia, a saber:

2.2.1 Cuando se acredite en términos razonables la imposibilidad de recaudar el testimonio de la fuente directa, por motivos de fuerza mayor insuperables, eventos en los cuales se debe ofrecer cierto grado de validez al testigo de referencia, de oídas o indirecto. Excepción que se fundamenta en razones constitucionales vinculadas a la realización de la justicia material. Supuestos en los cuales se incluye la indisponibilidad del testigo, siempre que la misma al decir de la Corte obedezca a situaciones especiales de fuerza mayor, que no puedan ser racionalmente superadas, como podría ser la desaparición voluntaria del declarante o su imposibilidad de localización

También se admite la prueba de referencia en aquellos casos en que el testigo no está disponible por razones de fuerza moral, como cuando el testigo o su familia son objeto de amenazas y consideran que su vida e integridad física se encuentra en peligro

Importa relevar como en aquellos eventos de indisponibilidad del testigo por razones justificadas e insuperables, se autoriza la incorporación al juicio del acta que documentó una declaración anterior del testigo directo que se realizó ante la policía judicial por parte del investigador que participó en dicho acto investigativo, otorgando eficacia probatoria a las entrevistas recepcionadas por el órgano persecutor en el curso de la indagación e investigación

...

2.2.3 Si bien como regla general, se rechaza la procedencia de la prueba de referencia, la cual es prohibida de manera excepcional, ello se contrae a la prueba concerniente al acreditamiento de los elementos del delito, el grado de intervención en el mismo, las circunstancias de atenuación o agravación de la pena, la naturaleza y entidad del daño causado y cualquier otro asunto propio del juicio oral; en tanto que en tratándose de la prueba referida a otros aspectos del proceso se admite su procedencia, a saber:

2.2.3.1 Se admite la prueba de referencia para corroborar la credibilidad de otros medios, o para impugnar esa credibilidad.

2.2.3.2 Para acreditar el hecho base que sirve de fundamento a inferencias indiciarias, de conformidad con lo establecido por los arts. 437 y 440 de la ley 906 de 2004..."

Como puede verse, aunque las instituciones judiciales sean escépticas y cautelosas al respecto, tienen justificación para acudir a la prueba de

referencia en múltiples situaciones, como la que ocupa el presente proceso, pues se trata de una paciente de la tercera edad con enfermedad cardiovascular severa y avanzada, en estado de oxígeno dependencia permanente y gran dificultad para moverse.

Y aunque J.C.P.B. afirme que se trataba de una paciente en perfectas condiciones físicas y mentales, los hechos desdicen su discurso y demuestran lo contrario, pues la paciente ni siquiera pudo acudir a rendir declaración, no porque estuviera evitando la confrontación judicial, sino por limitación física evidente causada en sus gravísimas enfermedades, que además la volvieron dependiente de oxígeno en forma permanente.

Si esta no es una limitación para asistir a cualquier evento diferente a la consulta médica o a los servicios de urgencias de la ciudad, entonces nuestro concepto de gravedad debe ser reevaluado en su totalidad. Pero la prueba de referencia no es.

7-Conducta del médico acorde con la norma y ausencia de culpabilidad

Esto es absolutamente inaceptable.

El médico encartado actuó de manera incorrecta, violando los principios éticos médicos del país al menos en dos artículos de la Ley 23 de 1981

De otro lado, decir que actuó sin culpabilidad inconsciente puede ser adecuado, porque lo que hizo J.C.P.B. fue actuar de manera DOLOSA o al menos con CULPABILIDAD CONSCIENTE.

Su intención fue claramente la de un mercader que “atrapa” incautos en una marejada de consultas, derivándolos hacia su consulta particular de manera ilegal, pues convertir a un enfermo del sistema de salud en paciente privado o de pago directo, es un acto prohibido, reprochable y antiético. ¿Cuál fue la actuación de este galeno “acorde con la norma”? En su desempeño con la IPS y la EPS que lo contrató como médico general? Ciertamente la respuesta es NO. En la protección de la integridad de la paciente anciana y enferma? Obviamente NO. En la conducta digna, honrada, gallarda y desinteresada de un médico? Claramente otro NO rotundo.

Respecto de la culpabilidad de su acto médico ya nos hemos referido al mismo en otro aparte de estas consideraciones que motivan la decisión ulterior.

8-Ausencia de autocuidado como fundamento de la responsabilidad de la paciente en el presente caso

Aunque es cierto que el autocuidado es una obligación de todo miembro de la sociedad capaz de entenderlo como parte de las obligaciones ciudadanas en relación con el sistema sanitario nacional, el vencimiento de una orden de remisión no puede catalogarse como ausencia grave de dicho autocuidado, pues puede obedecer a muchas causas, siendo la mas importante la imposibilidad de hacerlo por limitación física evidente

La enferma víctima de la conducta de J.C.P.B. tiene una edad cercana a los ochenta años. Y es cuidada por su cónyuge, quien tiene casi noventa años!!!

Entonces, atribuir el vencimiento de una orden de consulta a falta de autocuidado por encontrarse “en posesión completa de sus facultades mentales y en estado de estabilidad clínica” es simplemente un absurdo lógico.

9- Ausencia de lesividad efectiva al no haberse ocasionado un daño real en la enferma

Ya se mencionó atrás que la Ley 23 de 1981 considera la puesta en riesgo injustificado de un paciente como una trasgresión disciplinaria de mera conducta y por eso ha condenado en infinidad de circunstancias a los médicos que de esta forma actúan.

No es indispensable que el daño sea efectivo y real, pues los delitos de mera conducta son también reprochables y punibles, porque ponen en peligro la integridad de las personas y debilita la confianza social que se coloca en los actores de los mismos.

CONCLUSIONES

El ciudadano con título de médico J.C.P.B. actuó de manera irresponsable en la atención de la paciente A.C.R DE O., trasgrediendo los artículos 15 y 42 de la Ley 23 de 1981.

-Actuó irresponsablemente al demorar la remisión al especialista en cardiología a una paciente anciana con graves lesiones cardiacas y

sistémicas quien se encontraba en tratamiento con medicaciones de manejo delicado para controlar sus enfermedades

- Puso en riesgo innecesario a esta enferma al demorar su remisión, así haya tenido en su poder una orden ya vencida de remisión al cardiólogo

- Remitió a la enferma a su propia consulta particular, incumpliendo sus deberes profesionales e institucionales y actuando de manera deshonesto, antiética y francamente indelicada.

- Se comportó como un VERDADERO MERCADER de la medicina al intentar “atrapar” una paciente del Sistema Nacional de Salud hacia su negocio personal, en donde además era expendedor de brebajes, menajes y sustancias de no aceptación por la medicina científica universal a la cual pertenece el mencionado sistema de salud colombiano.

- Faltó a sus obligaciones con las instituciones que le contrataron como MÉDICA GENERAL y no como HOMEOPATA en el ejercicio profesional con el cual se obligó de manera libre y autónoma.

Son suficientes las anteriores consideraciones 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 disciplinaria impuesta al doctor J.C.P.B., identificado con cédula de ciudadanía número ...expedida en ... y Registro Médico número ...expedido por la Secretaría Distrital de Salud, por violación de los artículos 15 y 44 de la Ley 23 de 1981, de SUSPENSIÓN EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO DE DOS MESES. **Artículo Segundo** - Contra la presente decisión no caben recursos. **Artículo Tercero** - Remitir el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

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

Bogotá, Junio treinta (30) del año dos mil nueve (2009)

SALA PLENA SESIÓN No.1007 DEL TREINTA (30) DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL NUEVE (2009).

REF: Proceso No. 1918, Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca

Contra : Doctores D.F.L.H., J.G.M.T y O.T.T.

Denunciante: Secretaría de Salud de Cundinamarca

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado ponente: Doctor Fernando Guzmán Mora
Providencia No. 48-09

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca, en Sala Plena realizada el 17 de febrero de 2009, dentro del proceso de la referencia, resuelve no aceptar los descargos presentados por el doctor D.F.L.H., por posible violación al artículo 10 de la Ley 23 de 1981 e imponer la sanción de amonestación. No aceptar los descargos presentados por el doctor J.A.G..M., e imponer la sanción de amonestación. No aceptar los descargos presentados por el doctor O.T.T., e imponer la sanción de amonestación.

La defensa del doctor O.T.T., interpuso recurso de reposición y en subsidio apelación contra la providencia mencionada, recurso que fue concedido por el tribunal seccional. El cuaderno que contiene las diligencias del proceso en referencia fue recibido en este Tribunal Nacional de Ética Médica el 28 de Mayo de 2009 y puesto para reparto en Sala Plena del 2 de Junio, le correspondió por sorteo al magistrado Fernando Guzmán Mora.

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

HECHOS

El 20 de mayo de 2008 el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca recibió oficio de la Dirección de Vigilancia, Inspección y Control del Departamento de Cundinamarca, relacionado con la queja formulada por la atención recibida por la señora I.C.S. (q.e.p.d.) de 46 años, en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha. La queja formulada por el señor A.S.G., con fecha Agosto 1 de 2007, dice:

“Referencia: Negligencia y omisión en el hospital ‘Mario Gaitán Yanguas’ del municipio de Soacha que originó la muerte de mi hermana I.C.S.G. con CC No. ... de ..., quien ingresó en grave estado de salud por urgencias el día 22 de junio del año en curso en horas de la tarde. Tenía síntomas y signos como ritmo cardíaco alto (sic), inflamada y dificultad al respirar. Una vez se conocieron los resultados por parte del equipo de turno, se concluyó la necesidad (sic) de remitir por urgencias a un especialista por derrame pleural en el pulmón izquierdo que le impedía de forma grave su respiración. Únicamente se le estabilizó y se le colocó oxígeno. El 26 de junio fuimos a visitarla y resulta que llamaron a mi sobrina para notificarle la triste y grave noticia de que su mama había fallecido ese día a las 5:00 de la mañana por un paro cardio-respiratorio”.

En el hospital, luego de practicar historia clínica completa determinaron que la paciente, llevaba tres días con disnea y anasarca de un mes de evolución.

Examen Físico: Edema facial. Consciente, disneica, palidez mucocutánea. Ingurgitación yugular grado II. Estertores basales izquierdos con hipoventilación basal izquierda. Abdomen blando, no visceromegalias, onda ascítica negativa. Extremidades con edema grado II.

Los exámenes de laboratorio reportaron: Cuadro Hepático con leucocitos de 11.500, Neutrófilos de 85%. Creatinina 6.6. Glicemia 78.

Hicieron impresión diagnóstica de Síndrome edematoso, Síndrome nefrótico. ICC. HTA. Miocardiopatía dilatada.

El 25-06-07 presenta dificultad respiratoria severa hasta entrar en falla respiratoria, por lo que se hace necesario intubación orotraqueal para

respiración mecánica. Se actualiza remisión y se solicita interconsulta con medicina interna III nivel. Luego presenta deterioro de su estado general, asistolia y muerte.

Establecieron tratamiento a base de dieta hiposódica, Furosemida, Hidroclorotiazida, Beta metil digoxina, Enalapril, Ciprofloxacina, Vitamina C y Oxígeno, con lo cual el cuadro clínico mejoró en forma significativa. Desde su ingreso los médicos generales solicitaron traslado de la enferma a un hospital de nivel superior, dada la gravedad de su patología.

El Informe de la Investigación Preliminar interna, suscrito por la Profesional Universitaria S.P.S.R., determina que al revisar las hojas de administración de medicamentos y notas de enfermería se encuentra que no se administraron las drogas como se habían ordenado y se registra 'NH' (No hay). Tampoco se encuentra control estricto de líquidos, especialmente los líquidos eliminados.

Se encontró también falta de oportunidad en la remisión a hospital de nivel superior, aunque se encontró que ni en el Hospital de la Samaritana, ni el Hospital Cardiovascular de Soacha había cupo para recibirla.

Dentro de las conclusiones de la investigación preliminar el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca se encuentra que: "...Indudablemente se trató de una paciente que no debería haber sido manejada en una institución de primer nivel y aunque las medidas terapéuticas que se tomaron parecen haber sido adecuadas, lejos de haber ocasionado alguna mejoría, permitieron que el cuadro clínico continuara evolucionando hasta una falla cardíaca irreversible. En el análisis del manejo de esta paciente se encuentran varias fallas importantes: La primera, la de no haber sido remitida, desde el primer momento, a una institución de nivel superior. En efecto, las gestiones para lograrlo apenas se iniciaron el 24 de junio, dos días después de haber sido hospitalizada, y todas fueron infructuosas. En esto no solamente se aprecia una demora no justificada, sino también una total ineffectividad, ésta atribuible, en gran medida, a los deficientes sistemas de referencia y contrarreferencia del departamento de Cundinamarca. En segundo lugar, desde un comienzo se diagnosticó un derrame pleural importante, y creemos que una toracocentesis practicada oportunamente habría aliviado, por lo menos en parte, los síntomas de dificultad respiratoria de la paciente y también, como lo anotan los declarantes, habría ayudado a aclarar el diagnóstico de la efusión pleural.."

Respecto del doctor L.H., considera el tribunal seccional que:

“...Cuando el Tribunal formula cargos por la violación del artículo 10 de la Ley 23 de 1981 en el caso especial de la señora I.C.S., se esta refiriendo a otras circunstancias señaladas en el artículo y detalladas en el mismo pliego de cargos, específicamente a la no realización de los “exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente”. Particularmente se ha mencionado la no práctica de una toracocentesis para precisar la naturaleza del derrame pleural y posiblemente para proporcionar algún alivio a la disnea que presentaba la paciente, a la falta de practica de exámenes para identificar la causa de la creatinina muy elevada que tenía esta paciente y a la falta de exámenes complementarios para aclarar la naturaleza de la anemia que presentaba. Todos estos puntos quedaron en la oscuridad...”.

“...Consideramos que frente a los descargos presentados y a las demás pruebas que obran dentro del proceso subsiste el cargo referido a la violación del artículo 10 de la Ley 23 de 1981 en cuanto a que no se realizaron los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. No se realiza una toracocentesis para precisar la naturaleza del derrame pleural y posiblemente para proporcionar algún alivio a la disnea que presentaba la paciente. No se realizaron los exámenes necesarios para identificar la causa de la creatinina muy elevada que tenía esta paciente, como tampoco se realizaron los exámenes complementarios para aclarar la naturaleza de la anemia que presentaba...”

En sus descargos, el doctor L. anota que el solamente vió a la señora I.C.S., en una ocasión, el 23 de junio, y que en esa oportunidad solicitó una interconsulta con Medicina Interna, que nunca se realizó, de lo cual dejó constancia en la historia. Mas adelante, dice su apoderado: “El consideró que la paciente debía ser valorada por un especialista y la remitió sugiriendo que se estudiara la posibilidad de realizar una toracocentesis; el hecho de que la paciente no fue remitida es una falla administrativa que no guarda relación con el acto médico...”

Respecto del doctor A.G.M., se fundamenta el cargo en relación con la exposición a la paciente a un riesgo injustificado en la exigibilidad de la remisión a una Institución de nivel superior desde el primer momento en que la paciente consulta al hospital Mario Gaitán Yanguas. Al respecto

manifiesta la defensa del médico en sus descargos:

“...estima la defensa que la actitud de mi prohijado en el servicio de urgencias fue prudente; no solo porque las medidas tomadas efectivamente mejoraron la condición de la paciente como consta en la evolución...sino, porque la solicitud de paraclínicos tenía como finalidad que la paciente fuera revalorada con elementos de juicio mas contundentes que un examen de ingreso, permitiéndose confirmar la impresión diagnóstica y precisándola, para decidir con mayor certeza la necesidad de remisión a un nivel superior; por esta razón consta en la orden Médica del Dr. G.M., a folio 32 del expediente, los exámenes y medidas solicitados por mi defendido como también en el requerimiento que hace de revalorar a la paciente con los resultados.

En el orden de lo expuesto no es claro, como un médico que recibe a una paciente en el turno de urgencias, haciendo una valoración completa, escribiendo una impresión diagnóstica muy acertada, prescribiendo la terapéutica adecuada y solicitando paraclínicos para que de acuerdo a su resultado se decida la necesidad de una remisión, la expone a riesgos injustificados. Es importante resaltar, que la historia clínica además de probar un acto médico completo, adecuado y oportuno, prueba de manera fehaciente que la remisión no se realizó por motivos ajenos al Dr. G.M, en nuestro sentir fueron razones ajenas al acto médico de cualquier profesional que participó en la atención de I.C.S. y achacables al sistema general de salud de Cundinamarca como lo menciona el Honorable Tribunal en la formulación de cargos...”.

Pero el tribunal seccional insiste en “...la no realización de los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. Tal y como se dijo en la formulación de cargos la paciente tenía una creatinina elevada, lo que llevó a considerar...un síndrome nefrótico...una toracocentesis practicada oportunamente habría aliviado, por lo menos en parte, los síntomas de dificultad respiratoria de la paciente y también, como lo anotan los declarantes, habría ayudado a aclarar el diagnóstico de la efusión pleural”. “...en dos cuadros hemáticos se comprobó la presencia de una anemia importante, y no se encuentra que se haya tomado ninguna medida para investigar su causa ni para corregirla”.

En lo referente al Doctor T.T., en sus descargos dice en su favor, respecto de la remisión de la paciente a una institución de nivel superior:

“...en la cadena de mando que existe y es aceptada universalmente en materia de medicina y salud, es el galeno quien imparte la orden para que ésta sea ejecutada por un personal subalterno que en las situaciones de remisión de pacientes, de ordinario lo hace personal administrativo y no asistencial, cuestión mas que lógica para que el recurso humano se concentre en la atención de los enfermos y los administrativos en esos menesteres, que siendo muy importantes y valiosos, dejándolo en manos del médico o la enfermera causarían traumatismo y deficiencia en la atención de las personas...”.

De otro lado: “...Si el Tribunal mira la enfermedad por la que consultó la señora I.C., puede con facilidad arribar a la conclusión que para esos momentos era posible darle la atención que ella requería en el Hospital en donde estaba siendo atendida y no era menester remitirla a nivel superior. Es en el momento en que ella tome otra realidad cuando se ve en la necesidad de remitirla, actuaciones en las que siempre actué con celeridad y buen manejo médico, que si se demoró o no se logró son hechos totalmente ajenos a quien sí la ordenó... si no se alcanzó fue por razones de fuerza mayor que siempre en el Derecho exculpan plenamente al médico aquí instruido...”.

“...Así, puede verse como conclusión con base en lo dicho que pedí la remisión varias oportunidades; que en los momentos en que así se hizo fue por cuanto la paciente, su estado de salud, lo ameritaba, no antes; que la remisión fallida es responsabilidad administrativa y no profesional ni ética... Siendo así y demostrado por historia clínica, tanto el artículo 10 como el 15 no tienen razón de ser en la acusación, porque el primero refiere a dedicar tiempo al paciente, cuestión que no está en tela de juicio en mi comportamiento y el 15 que refiere a no exponer a su paciente a riesgos injustificados, queda desvirtuado por cuanto se pidió y ordenó la remisión en tiempo oportuno, de donde surge preguntarse que hubiese acontecido si cuando se la ordenó por primera vez se hubiera logrado, donde quizás y como suposición nada más, la dama hubiese podido tomar un curso diferente al final de muerte...”.

Habla luego de los riesgos de la toracentesis practicada en un hospital de nivel de atención básico

Para el tribunal seccional entonces queda claro que el doctor T. no considera que no hubiera indicación para practicar una toracocentesis ni que ésta

hubiera estado contraindicada, sino que no se debería practicar en una institución de primer nivel como es el Hospital Mario Gaitán Yanguas. Este punto de vista podría ser aceptado, pues puede ser cierto que los profesionales de esta institución no tengan experiencia en este procedimiento, ni menos estarían en capacidad de manejar una complicación. Este punto de vista refuerza la indicación del traslado de la paciente a una institución de nivel superior. Como no se refiere a la hipercreatininemia ni a la anemia, los cargos en relación con estos aspectos quedan vigentes.

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca resuelve entonces no aceptar los descargos presentados por el doctor D.F.L.H., del cargo por posible violación al artículo 10 de la Ley 23 de 1981 e imponer, la sanción de amonestación. No aceptar los descargos presentados por el doctor J.A.G.M., e imponer la sanción de amonestación. Y no aceptar los descargos presentados por el doctor O.T.T., e imponer la sanción de amonestación.

LA APELACION

La defensa del doctor O.T.T. basa su recurso de alzada en varios hechos:

Entre la primera valoración que recibe la paciente en el Hospital de Soacha y el momento en el cual es atendida posteriormente, hay una clara diferencia marcada precisamente por la mejoría de su estado de salud, al punto que colocó nuestro representado que ella tenía buen estado general, que la paciente refería mejoría (en contravía a lo que dijo cuando llegó: “No puedo respirar”), disminución de edema, no dificultad para respirar, consciente y orientada, con mucosa oral húmeda, sin soplos, abdomen blando no doloroso, muy contrario a palidez monocutánea, disnéica, estertores basales, hipoventilación basal (anotación hecha el 22 de junio a las 17:11 Hs). Y remata la nota “Optimizar tratamiento”, porque sencillamente lo que su colega anterior había dispuesto estaba mostrando serios y francos resultados a favor de la salud, de la paciente. Eso sirve en nuestro sentir destruir la acusación, máxime si está ya muy claro para el Tribunal que fue el doctor O.T.T., quien más insistió en la remisión pero que por deficiencia del sistema del departamento falló.

Puede ser así sancionado el doctor O.T.T.,? La defensa estima que no, porque no solo no habría cambiado nada, como real y efectivamente

aconteció, sino que la paciente necesariamente debía seguir siendo atendida por los galenos del Hospital citado.

Así, puede verse como conclusión con base en lo dicho que el doctor O.T.T. solicitó la remisión en varias oportunidades; que en los momentos en que así lo hizo fue por cuanto la paciente, su estado de salud, lo ameritaba, no antes; y que la remisión fallida es responsabilidad administrativa y no profesional ni ética médica. Siendo así y demostrado por historia clínica, tanto el artículo 10 como el 15 no tienen razón de ser en la acusación, porque el primero refiere a dedicar tiempo al paciente, cuestión que no esta en tela de juicio en el comportamiento del doctor O.T.T. y el 15 que refiere a no exponer a su paciente a riesgos injustificados, queda desvirtuado por cuanto él pidió y ordenó la remisión en tiempo oportuno, de donde surge preguntarse que hubiese acontecido si cuando él la ordenó por primera vez se hubiera logrado, donde quizás y como suposición nada más, la dama hubiese podido tomar un curso diferente al final de muerte. Ese hecho nunca se sabrá, pero si es real que el doctor O.T.T. lo hizo, quedando la materialización, la concretización de eso en manes, en poder de otro personal que a demás ni es asistencial”.

En cuanto a la creatinina elevada, como bien sabemos, su elevación puede presentarse entre otras por deshidratación y problemas cardiacos, dos factores que estaban presentes, cuando menos el primero al momento de ingreso al Hospital y el segundo, pues esta muy claro que era el problema mayor de salud de la dama.

La defensa del médico doctor O.T.T., solicita al Tribunal de instancia reponer la decisión recurrida y como consecuencia de ello, absolver de los cargos y sanción al procesado, ordenando además el archivo del proceso a favor suyo. De no ser así, conceder el recurso de alzada para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

LA RESPUESTA A LA REPOSICIÓN

Procede la Sala Plena del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca, a Resolver el Recurso de Reposición y en Subsidio el de Apelación interpuesto por el apoderado del Médico O.T.T., contra la providencia de fecha diecisiete (17) de febrero del año dos mil nueve (2009) por medio de la cual se le impuso al médico la sanción de Amonestación.

Considera el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca que desde un comienzo y durante toda su hospitalización, existió en esta paciente la indicación de haber sido remitida a una institución de complejidad superior. En esto ha insistido el Tribunal al encontrar que la señora se presenta con una grave insuficiencia respiratoria, con una insuficiencia cardíaca congestiva, con un importante compromiso renal determinado por la hipercreatininemia y con una acentuada anemia. La necesidad de remisión se hizo mas apremiante cuando se descubrió que presentaba un derrame pleural y que el Hospital Mario Gaitán Yanguas, como lo han reconocido los médicos declarantes, no estaba en capacidad de practicar una toracocentesis.

El haber presentado una mejoría parcial y transitoria de la sintomatología, que el Tribunal reconoce que probablemente fue debida al tratamiento instaurado, no significa, de ninguna manera, que hubiera desaparecido la indicación primaria fundamental, de remisión de la paciente. Esta mejoría parcial no constituyó ningún cambio en la naturaleza del problema, sino simplemente una oscilación, común en el curso de cualquier enfermedad, que, como el presente caso lo demostró, no tuvo ninguna influencia en el resultado final.

Debe plantearse la siguiente consideración fundamental: es evidente que la señora I.C.S., no consulto al Hospital Mario Gaitán Yanguas por aumento de la creatinina ni por anemia, sino por una grave dificultad para respirar. Eso no significa, de ninguna manera que estos dos problemas deban menospreciarse o que se deba considerar que no tuvieron importancia clínica, como lo hace la defensa. Por el contrario, en el presente caso, estos dos hallazgos por haber sido incidentales, de ninguna manera, significa que fueran insignificantes.

La paciente llega con una creatinina de 6.6 mg/dl, cifra francamente anormal, la cual puede ser debida a factores varios, algunos leves, la mayoría muy graves, según consideraciones que hace la defensa, pero que no hicieron los médicos tratantes. Este resultado debería haber sido motivo de alguna conducta o, por lo menos, de un comentario en la historia clínica. No aminora la significación de este hallazgo el que en un examen ulterior el resultado hubiera estado casi normal: 1.74 mg/dl.

En cuanto a la anemia, esta fue un hallazgo importante desde el momento de la hospitalización de la señora I.C.S.,. En efecto, un cuadro hemático el

22 de junio de 2007 mostró 6.8 gm de hemoglobina y un hematocrito de 20.9. Es decir, cifras correspondientes aproximadamente a un 50% de las normales. Y dos días mas tarde, la hemoglobina era de 6.1 mg. Es decir, había empeorado. Estos datos constituyen signos importantes de un proceso que no se determine, ni siquiera se investigue, y mucho menos se trate. No sabemos en que medida esta comorbilidad contribuye al resultado final de esta paciente. No tiene soporte científico el comentario de que este cuadro podría ser inherente a la paciente por su condición femenina y su recomendación de tratamiento ferroso.

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

Llama la atención que la condena impuesta a los tres médicos encartados se relaciona con los siguientes hechos fundamentales:

- 1- Que no se remitió la paciente a una institución de nivel superior para que un especialista se hiciera cargo de su manejo en forma adecuada
- 2- Que no se aclararon resultados de exámenes de laboratorio relacionados con la función renal y la anemia que presentaba la paciente
- 3- Que no se llevó a cabo una toracentesis para aclarar el origen de los derrames pleurales de la enferma.
- 4- Que no se implantó un tratamiento adecuado a la enfermedad de la paciente.

1- La remisión a otra institución fué considerada y solicitada en la historia clínica. Además, la defensa demuestra que se hicieron 16 llamadas a diferentes hospitales para conseguir el traslado de la enferma, en un lapso de tiempo de 27 horas.

Qué otra conducta pudieron haber tomado los médicos encartados? De una parte, no pueden hacer más que solicitar la remisión y dejarla en manos de las personas que tienen esa función específica dentro de la institución, cuya responsabilidad recae sobre la parte administrativa y el sistema de referencia del departamento de Cundinamarca, regido por la ley 100 de 1993. Por otro lado, no se puede exigir al médico que además de cumplir con sus obligaciones de diagnóstico y manejo de la enfermedad y los pacientes, sea además digitador de facturas, secretario de procedimientos y telefonista de comunicaciones interhospitalarias.

2- Respecto de los exámenes de laboratorio, concretamente la creatinina y el cuadro hemático: Qué más hubieran podido hacer los médicos generales

en un hospital de primer nivel de atención? Y si a esto se suma el hecho de estar aguardando una respuesta de admisión a una institución de mayor nivel: Cómo deben actuar los profesionales que tienen un conocimiento básico de la medicina en terrenos tan difíciles como la falla renal? Pero lo que más llama la atención es una de las consideraciones del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca cuando afirma: “La paciente llega con una creatinina de 6.6 mg/dl, cifra francamente anormal, la cual puede ser debida a factores varios, algunos leves, la mayoría muy graves, según consideraciones que hace la defensa, pero que no hicieron los médicos tratantes. Este resultado debería haber sido motivo de alguna conducta o, por lo menos, de un comentario en la historia clínica. No aminora la significación de este hallazgo el que en un examen ulterior el resultado hubiera estado casi normal: 1.74 mg/dl...”

Esto resulta muy confuso, pues si con el tratamiento instaurado contra la posible falla cardíaca de la enferma, la creatinina mejora de 6,6 a 1,74 en el curso de unos pocos días: Qué más puede esperarse como respuesta adecuada a un tratamiento también adecuado (por lo menos para la disponibilidad de tecnología, medicaciones y personal del hospital de atención primaria)?

3- No parece adecuada la consideración de achacar al derrame pleural el desenlace fatal de esta paciente, especialmente cuando lo primero que mejora con el tratamiento instaurado es, precisamente, la sintomatología respiratoria.

Puede acusarse a los médicos involucrados de impericia? Recordemos que impericia es la falta de conocimiento técnico y científico en un área profesional. Es sinónimo de ignorancia, ineptitud, inexperiencia, ineficiencia y torpeza. Consiste, pues, en la incapacidad técnica para el ejercicio de la profesión médica y equivale a la ‘inobservation des regles d’art’ de la doctrina francesa; parcialmente a la ‘malpractice’ de los anglosajones y al ‘kunstfehler’ de los alemanes.

Se considera que hay impericia cuando faltan la capacidad, habilidad, experiencia y conocimiento de quien emprende un tratamiento, particularmente cuando quien lo efectúa no ha sido certificado por alguna institución reconocida legalmente.

Debe diferenciarse a nivel semántico la diferencia entre:

- **IGNORANTE:** El que no conoce lo que debería conocer en el campo en el cual se desempeña.
- **NESCIENTE:** Aquel que no conoce los conceptos sobre un campo que no tiene por qué conocer.

TIPOS DE IMPERICIA

POR FALTA DE COMPETENCIA EN UN CAMPO ESPECÍFICO DE LA PROFESIÓN. Existe un socorrido argumento jurídico que utilizan aquellos médicos que deciden no profundizar en estudios de especialización y se dedican a una rama de la medicina especializada por su cuenta y riesgo. Ese argumento es: “En este país el título de médico me autoriza a ejercer cualquier acto médico”. Aunque en realidad hasta el momento no se hallen normatizadas sino algunas especialidades por la Ley, es obvio que no es lo mismo un procedimiento efectuado por quien se ha sometido a los filtros de la especialización o residencia, que el mismo acto practicado por quien piensa que con su diploma de médico general es perito en todos los campos de la medicina y la cirugía. Y cuando los jueces juzgan los resultados de esta conducta francamente irresponsable, analizan a fondo los estudios de quien es responsable de esos actos médicos, para ver si en realidad se encuentra capacitado para llevarlos a cabo.

POR FALTA DE EXPERIENCIA. Aun en el mismo campo de las especialidades, existen áreas que son cada vez más complejas. Por ejemplo, un médico graduado que posteriormente completa estudios de especialización en Cirugía General, muy seguramente no se encuentra capacitado para ser un cirujano cardiovascular, por obvias razones. Este campo, que cae dentro de la Cirugía general, requiere estudios aún más sofisticados y más prolongados por su misma complejidad y efectos derivados.

POR FALTA DE HABILIDAD TÉCNICA. Algunos logran completar su residencia o especialización, pero existen determinadas áreas que requieren una especialidad habilidad quirúrgica que no todos poseen. Afortunadamente la mayor parte de especialistas es consciente de sus limitaciones y no incursionan en campos que no conocen muy bien y que acarrearán problemas para el paciente y para su propia práctica profesional.

POR FALTA DE EXPERIENCIA PERMANENTE. Es lógico pensar que un cirujano general que se dedica a intervenir la región del cuello por espacio de

varios años, no debería ocuparse de una resección de colon, porque existen personas que se han dedicado a este último campo exclusivamente y lo hacen mejor que cualquiera de su misma altura científica.

POR MALOS RESULTADOS EN EL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD. Con todo y los títulos hay médicos que tienen pésimos resultados en su práctica diaria, motivo por el cual deberían revisar sus propias aptitudes para escoger caminos dentro de la profesión que les permitan tener éxito y así brindar un mejor servicio a sus enfermos.

FORMAS DE ACTO MÉDICO IMPERITO

DIAGNÓSTICO. Este, como hipótesis de trabajo, no es suficiente para condenar a un médico, excepto cuando ese diagnóstico dependa de especialidades capacidades técnicas y científicas que sean patrimonio de personas con estudios avanzados.

TRATAMIENTO ORIENTADO AL DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN. En estos casos se trata de pacientes muy enfermos, a quienes debe iniciarse un tratamiento de inmediato, basados en los elementos diagnósticos de los cuales se disponga en el momento.

TRATAMIENTO INVASIVO. En este caso sí debería exigirse de rutina la certificación de especialista en las respectivas áreas. Sucede que, por razones económicas, sociales y personales, algunos médicos generales vislumbran un mejor ingreso a través de procedimientos estéticos y piensan que con una formación parcial por medio de cursos, seminarios, diplomados, etc, pueden reemplazar un verdadero postgrado. Ahorrándose así tiempo y dinero. Proceden entonces a ejercer en el campo determinado que escogen, amparados de nuevo en la falta de normatización. Aunque las facultades de medicina otorguen el título de Médico y Cirujano, el recién egresado de todo tiene menos de cirujano. Y siendo la medicina general una muy digna vía de ejercer la profesión, los conocimientos quirúrgicos se adquieren después de gran dedicación y sacrificio, dentro de programas diseñados para tal efecto. Por lo tanto, desde el punto de vista científico (Aún no normatizado y reglamentado en muchos aspectos), los procedimientos invasivos deberían efectuarlos quienes tengan la formación, experiencia y títulos que lo acrediten para hacerlo.

En el presente caso, los médicos involucrados en el manejo terapéutico de la paciente en mención actuaron adecuadamente, dentro del límite sus conocimientos como médicos generales. Instauraron tratamiento conforme al diagnóstico de impresión de la paciente, evolucionaron adecuadamente a la misma, solicitaron la remisión a especialista para manejo de su derrame pleural y nunca abandonaron a la enferma.

Qué hubiese pasado si, teniendo en cuenta que la remisión de la paciente se demoraba por razones atribuibles al sistema de referencia de Cundinamarca, en una actitud extrema uno de los médicos generales hubieran intentado practicar la toracentesis y se hubiera complicado gravemente la paciente? O simplemente que, por razones de su enfermedad siguiera el curso que la llevó a la muerte de todas maneras? Con seguridad habrían achacado esta muerte a la intervención de la punción pleural, calificando ese acto médico de imprudente e imperito.

Afortunadamente se abstuvieron los galenos condenados de hacerlo y continuaron insistiendo en la remisión de la enferma, la cual jamás se hizo efectiva.

4- Respecto del tratamiento de la paciente, es necesario hablar de error médico, si es que éste se configura dentro del presente caso.

El error se define como un concepto equivocado o juicio falso, que lleva a una acción desacertada, de la cual se originan consecuencias perjudiciales. Su concepto es asimilable al de equivocación, acción o efecto por el cual se toma una cosa por otra, lo cual ocasiona formas de interpretación y caminos de solución que dan lugar a una conducta errada.

No se puede pedir a ningún médico, como no se puede hacer con ningún otro miembro de la sociedad, el don de la infalibilidad. De lo contrario, todas las complicaciones posibles y las muertes probables, deberían ser 'pagadas' por los profesionales de la salud, lo cual es absurdo. 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. Y una forma de llegar a complicaciones muy poco justificables es a través de la impericia médica.

En el plano jurídico el error es una falsa interpretación de la realidad y puede originarse en multitud de circunstancias: El conocimiento no se asimila a la estructura intelectual del individuo (impericia). Su aplicación práctica no se compagina con la realidad (imprudencia). Su utilización no sigue parámetros lógicos aceptados (negligencia).

El error médico puede evaluarse en dos aspectos: El que surge de simple ignorancia, en cuyo caso se deben examinar las condiciones que llevaron a su ocurrencia. Una de ellas es el denominado ‘estado de necesidad’, que obliga a intervenir a un paciente en estado de muerte inminente. Por ejemplo, el médico general en el área rural que debe intervenir el abdomen de un herido por arma de fuego en muy mal estado y que al ingresar a la cavidad abdominal pasa por alto alguna lesión de difícil diagnóstico intraoperatorio.

La otra es la ignorancia atrevida, como acontece en casos de otro médico general no calificado para intervenir cirugía ginecológica y que, movido por un afán puramente económico, se aventura en una operación que requiere de gran experiencia y en la que se produce una lesión en la paciente.

En el presente caso, no hay evidencia de negligencia por parte de los médicos condenados. Y tampoco hay evidencia de impericia, puesto que el tratamiento ordenado fué acorde con el diagnóstico de impresión inicial, evolucionando hacia una mejoría inicial. Si no se consiguieron resultados definitivos, no fue culpa de los médicos involucrados, sino de la enfermedad de base y, probablemente, de la demora en la remisión de la enferma a una institución de nivel superior, lo cual no es responsabilidad de los galenos en cuestión.

5- En lo referente a la acusación inicial, debe recordarse que los puntos esenciales fueron:

“...que Una vez se conocieron los resultados por parte del equipo de turno, se concluyó la necesidad de remitir por urgencias a un especialista por derrame pleural en el pulmón izquierdo que le impedía de forma grave su respiración. Que únicamente se le estabilizó y se le colocó oxígeno. Y se plantea la pregunta de “...Es posible que una persona tenga que esperar 3 días para hacer efectiva una remisión a un especialista, conllevando esto como consecuencia de la muerte, sin que por parte del área de urgencias y

con la plena observancia del equipo de salud durante tres días se le evite la muerte?...”

A este respecto es claro que los médicos que atendieron a la paciente consideraron de entrada que debía ser manejada por un especialista adecuado a la grave enfermedad de la paciente. Sin embargo, no se pudo conseguir la remisión planteada, por causas que no tienen nada que ver con el acto médico de atención inicial a la enferma.

Respecto a que “únicamente se la estabilizó y se le colocó oxígeno”: Al hablar de estabilizarla no se incluye el manejo que se le dió a la enferma y que consiguió al menos corregir parcialmente los signos y síntomas de su gravísima enfermedad, mientras se conseguía la remisión solicitada desde el mismo ingreso?

No vemos la configuración de ninguna falta ética por parte de los médicos acusados y condenados en primera instancia.

6- LA IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO INSTAURADO. DISCUSIONES CIENTÍFICAS Y ÉTICA MÉDICA

No es asunto de los Tribunales ético disciplinarios entrar a tomar parte en discusiones científicas, especialmente cuando posiciones contrarias e incluso contradictorias, son sostenidas por personas de igual estatura científica, excepto en los casos en que una decisión produzca un daño cuando ha sido acompañada de una falta ética. Por ejemplo, llegar a un diagnóstico absolutamente errado o absurdo por falta de dedicar tiempo al examen de un paciente.

Juristas de otras latitudes se han pronunciado al respecto en la siguiente forma:

“La culpa médica comienza donde las discusiones científicas terminan, apotegma que responde al hecho de que la ciencia médica no es una ciencia exacta sino de índole conjetural. Y, la intervención del Juez, no puede ingresar al análisis de cuestiones científicas, sino a determinar si hubo negligencia, ligereza o ignorancia de cosas que el médico debe, necesariamente, saber, por estar excluido del terreno de las dudas y de las discusiones científicas” (Chersi - Responsabilidad por prestación médica asistencial, pág. 16/18. ADCU T. XXII, C. 912,913).

Incluso respecto de la prueba pericial, puede no existir acuerdo entre varios peritos y el juez puede apartarse de las conclusiones de la misma, cuando considere que el dictamen no posee fuerza de convicción suficiente, cuando no se someta a las reglas de la lógica o cuando existan otras pruebas de mayor peso en el proceso.

Dice un doctrinante uruguayo:

“...En términos generales puede decirse que la pericia es un medio de prueba que, empleada en un juicio, implica un dictamen o informe producido por un tercero imparcial ajeno al proceso, que trata sobre cuestiones técnicas para verificar determinados hechos que pertenecen al objeto litigioso, con la finalidad que tiene todo elemento probatorio de provocar la convicción del Tribunal en un sentido determinado. La figura del perito, por lo tanto, es la propia de un auxiliar judicial, en tanto que sus apreciaciones o comprobaciones no pueden razonablemente ser realizadas por el Juez por carecer de idoneidad científica al respecto.

El perito se caracteriza entonces por su idoneidad y por los conocimientos técnicos y especializados que posee en determinada ciencia, técnica o arte. Su función posibilita llegar a determinadas conclusiones a partir del examen y observación de hechos previamente definidos que son sometidos a su parecer. La regla general en materia de peritaje es que quien emite opinión o dictamina es una persona física singular. Sin embargo, no es infrecuente que el peritaje sea sometido a una pluralidad de especialistas (o, incluso, a un órgano idóneo en la materia de que se trata).

Legislativamente se presentan incluso, dos situaciones que justifican la designación de más de un perito: (a) el acuerdo entre las partes, o (b) la complejidad de la cuestión, a juicio del Tribunal. En los casos en que se procesa una pericia colegiada es que pueden producirse discordias entre sus integrantes. De no estar todos los peritos conformes con un mismo dictamen, quien o quienes se manifiesten discordes tienen el derecho a fundar su discrepancia. Por tal motivo, apunta Tarigo que “la constancia de la discordia del perito disidente no puede considerarse un mero homenaje a la voluntad de ese perito, sino también una contribución a la ilustración del tribunal”. Importa señalar –siguiendo al autor– que “...el dictamen pericial tiene, casi por definición misma, que ser fundado. De otra forma resultaría imposible para el tribunal poder apreciarlo según las reglas de la sana crítica.

Al tribunal le interesa no solamente la conclusión a que hayan arribado los peritos, sino también las razones técnicas o científicas que les han permitido arribar a tal conclusión” (Lecciones de Derecho Procesal Civil, Tomo 2, Cap. 27: La prueba pericial). Por este motivo, en la pericia colegiada es imprescindible que el Juez conozca los fundamentos, tanto de los peritos que opinan en mayoría en el dictamen, como también de él o de los disidentes, para así luego reunir elementos de convicción suficientes que le permitan fallar al respecto.

Cabe destacar que del Art. 184 del Código General del Proceso se desprende que la eficacia probatoria pericial puede ser de dos tipos: a) decisoria; y b) indecisoria. La regla general corresponde a que el dictamen no obliga al Tribunal, lo que equivale a decir que el Tribunal puede apartarse de la opinión pericial toda vez que tenga una convicción contraria y siempre y cuando se trate de un parecer que admita la valoración racional, efectuada en consonancia con las reglas de la sana crítica del juez (perito indecisorio). En tal caso, de acuerdo con las reglas del debido proceso, parece ineludible que en su fallo, el Tribunal explique y fundamente los motivos que lo determinan a apartarse del parecer o informe pericial. Sin embargo, nuestra legislación prevé expresamente dos excepciones a tal posibilidad de apartamiento judicial.

En primer lugar, no podrá hacerlo el Tribunal cuando las partes le hayan dado a los peritos el carácter de arbitradores. En segundo lugar, los casos citados en el art. 208 Código de Comercio y que refieren a las cuestiones de hecho sobre la existencia de fraude, error, dolo, simulación u omisión culpable en la formación de los contratos comerciales o en su ejecución. Fuera de estas hipótesis excepcionales, señala Vescovi que “...esa facultad de apartamiento de las conclusiones del perito, es parte de la situación jurídica de potestad del tribunal establecida en el art. 25.2, CGP, en miras a la averiguación de la verdad de los hechos controvertidos...” (Enrique Vescovi, Código General del Proceso comentado, Tomo V, pág 356). Asimismo recuerda el autor que “...no puede obviarse que la pericia es un auxilio al tribunal, cuando los hechos requieren conocimientos específicos; y aquel no se encuentra vinculado -salvo el caso de peritos arbitradores- por la opinión del experto” (cit., pág 360).

Proyectando lo antedicho al campo de la medicina, cabe preguntarse cómo ha de valorarse el dictamen de una pericia médica colegiada en la que no

existe unanimidad de pareceres de quienes son llamados por la justicia a actuar como peritos. Según expusieramos, entendemos que el Juez debe valorar todos los fundamentos aportados por los peritos y apreciar la prueba de acuerdo a las reglas de la sana crítica, siéndole posible apartarse de la decisión mayoritaria siempre y cuando explicité sus fundamentos sobre bases objetivas y razonables, no requiriéndose así acatar lo expuesto por la mayoría de los integrantes de una Junta Médica.

Sin embargo, en nuestra jurisprudencia se manifiestan al menos dos posiciones encontradas. (a) Determinados fallos sostienen al juzgar la responsabilidad médica que el profesional actuante obra sin culpa toda vez que existan opiniones discordantes dentro de los integrantes de una Junta Médica actuante. Esta posición se basa en la aplicación del aforismo que indica que la culpa comienza cuando terminan las discusiones científicas (a vía de ejemplo, Tribunal de Apelaciones en lo Civil de 7° Turno; sent. N° 262/05). Por discusiones científicas se entienden aquellas relacionadas con los métodos y las técnicas empleadas por el médico para elaborar su diagnóstico, formular el pronóstico y establecer el tratamiento.

Por ende, podrá concluirse que algunos Tribunales exigen la unanimidad de las opiniones de los peritos médicos para concluir la culpabilidad del médico. (b) Otro punto de vista, por el contrario, es el que entiende que no se puede exigir la unanimidad de las opiniones de los peritos médicos para concluir la culpabilidad del galeno y la consecuente responsabilidad; el peritaje trata, como todo medio probatorio, de “formar el convencimiento del Oficio sobre la veracidad de los hechos alegados como fundamento de la pretensión, convicción a la que se arribará con arreglo al principio de la sana crítica, consultando el mérito o fuerza probatoria de las diversas probanzas agregadas a la litis, sin requerirse unanimidad alguna pues ninguna disposición legal a ello obliga” (Este punto de vista ha sido explicitado por el Ministro del S.C.J., Leslie Van Rompaey en numerosos fallos de los que ha sido redactor).

En conclusión, y sintetizando las reglas de derecho que son acogidas por la práctica de nuestros Tribunales, es posible señalar algunas apreciaciones generales en el sentido de que: 1) En materia de responsabilidad médica, la prueba pericial es un medio probatorio fundamental para que el Oficio pueda informarse de aspectos técnicos que exceden sus conocimientos. 2) El juez debería basar su sentencia en el dictamen de los peritos, a menos

que tenga un justo motivo para dudar que sea cierto y fundado. Si a juicio del Tribunal, los fundamentos y las conclusiones del dictamen pericial reúnen todos los requisitos de lógica, de técnica, de ciencia y equidad y no existen otras pruebas mejores o iguales en contra, no deberá rechazar las conclusiones de la pericia (cf. Devis Echandía: “Teoría General de la Prueba Judicial”, Tomo II, págs. 292, 338 y 348). 3) Si bien es cierto que la adopción por el Tribunal de las conclusiones periciales no requiere en nuestro ordenamiento procesal una fundamentación ulterior, sí lo impone, en cambio, el apartamiento del mismo (art. 184 del CGP). 4) Para ello, el Tribunal deberá fundarse en razones serias, que demuestren en forma objetiva que: - el dictamen o informe no tiene fuerza de convicción suficiente; - se han violado principios lógicos o máximas de experiencia; - o existen en el proceso otras pruebas de mayor eficacia acerca de la verdad de los hechos controvertidos (cf. Landoni: “La prueba pericial con especial referencia al proceso civil”, en IX Jornadas Nacionales de Derecho Procesal, pág. 234)...”

CONCLUSIONES

Con las anteriores consideraciones, no estima la Sala que la condena a los médicos encartados se encuentre suficientemente sustentada. La paciente acudió al hospital en mención en donde fué atendida de manera diligente y su tratamiento fué instaurado de inmediato. Los síntomas y signos de su enfermedad mejoraron los primeros días con el manejo prescrito.

Desde el ingreso fué solicitada una interconsulta con medicina interna en una institución de nivel superior, en donde además se realizaría la práctica de una toracentesis como parte del tratamiento y como elemento de apoyo diagnóstico. Esta remisión, en manos del personal administrativo del hospital, jamás se concretó de manera efectiva, por falta de camas en los hospitales consultados y por fallas en el sistema de referencia del departamento de Cundinamarca.

La paciente jamás fué abandonada por el servicio de atención médica y esto consta en la historia clínica respectiva. Por que razón entonces y con qué fundamentos se puede condenar a los médicos acusados? Por no haber actuado como técnicos en comunicaciones para conseguir el traslado a otra institución? Por no haber asumido roles que no les correspondían, como los de neumólogo o cirujano de tórax, para practicar una toracentesis

en una paciente de alto riesgo? Por no haber sustituido las funciones mal desempeñadas por el servicio de enfermería que jamás anotó el balance líquido en una paciente con falla cardíaca e insuficiencia renal al ingreso? O por la dudosa opinión de una auditora médica, quien en forma retrospectiva opina en forma “magistral” sobre el manejo de la insuficiencia cardíaca? O quizás por la falta de medicamentos en el hospital que al no ser administrados en nada mejoran la condición clínica de la enferma?

No se avizora en el contenido de este proceso el elemento culpa que podría llevar a la condena de los médicos generales en cuestión, quienes hicieron todo lo que estuvo en sus manos para conseguir la mejoría de su delicada paciente. Tampoco se encuentra demostrada falta ética ninguna por parte de los encartados, quienes dedicaron el tiempo suficiente a la enferma, no la sometieron a riesgos injustificados y en todo momento se encontraron pendientes de su evolución.

No es de recibo la hipótesis que hacer recaer en hombros de los médicos las protuberantes fallas administrativas de los hospitales.

Como la decisión en el presente caso es favorable al apelante único por principio de favorabilidad mencionado en el artículo 187 de la Ley 906 de 2004, que a la letra dice:

“..Aplicación extensiva, La decisión del recurso de casación se extenderá a los no recurrentes en cuanto les sea favorable...”

Por lo anterior se procede a absolver a todos los médicos implicados.

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

RESUELVA

Artículo Primero - Revocar en su totalidad la providencia del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca. **Artículo Segundo** - Declarar la ausencia de responsabilidad ético disciplinaria por parte del doctor D.F.L.H., identificado con la cédula de ciudadanía número ... de .. y registro médico ... **Artículo Tercero** - Declarar la ausencia de responsabilidad

ético disciplinaria en cabeza del doctor O.T.T., identificado con la cédula de ciudadanía número ... de ... y registro médico ... **Artículo Cuarto** - Declarar la ausencia de responsabilidad ético disciplinaria endilgada al doctor J.A.G.M., identificado con la cédula de ciudadanía número ... de ... y registro médico ... **Artículo Quinto** - Compulsar copias a la Superintendencia Nacional de Salud para que, si lo estima conveniente, investigue los graves defectos administrativos que tienen ocurrencia en el Hospital Mario Gaitán Yanguas del Municipio de Soacha, en relación con la falta de medicamentos esenciales para el manejo de los pacientes hospitalarios. **Artículo Sexto** - Exhortar a la Secretaría de Salud de Cundinamarca para que investigue la deficiencia en el sistema de referencia de pacientes dentro del sistema de salud del departamento. **Artículo Séptimo** - Devolver el expediente al Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca, para lo de su competencia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. JUAN MENDOZA VEGA, Presidente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado Ponente; GUILLERMIN SCHOONEWOLFF DE LOAIZA, Magistrada, MIGUEL OTERO CADENA, Magistrado; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, veintiséis (26) Agosto del año dos mil catorce (2014)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1238 DEL VEINTISEIS (26)
DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014)**

REF: Proceso No. 042-12 del Tribunal de Ética Médica del Huila
Contra: Doctor M.PA.
Magistrado Ponente: Dr. FERNANDO GUZMAN MORA
Providencia No.85-2014

VISTOS

El 9 de Julio de 2014, el Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila resolvió declarar la responsabilidad ético disciplinaria del doctor M.P.A., médico identificado con cédula de ciudadanía número ... y Registro Médico número ..., por trasgresión de los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981, en la atención de la paciente O.L.G.Q. (qepd) identificada con cédula de ciudadanía número ... de Florencia.

El tribunal seccional consideró que la sanción a imponer debía ser suspensión superior a seis meses en el ejercicio de la medicina, motivo por el cual remitió el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica, tal como lo dispone el artículo 84 de la Ley 23 de 1981.

Los cuadernos que contienen el proceso fueron recibidos en esta Corporación el 18 de Julio de 2014. Puesto para reparto, correspondió por sorteo el 22 de Julio al Magistrado FERNANDO GUZMÁN MORA, quien procede a resolver el recurso con base en los siguientes

HECHOS

La paciente O.L.G.Q., de 39 años identificada con cédula de ciudadanía número ... de ..., fue intervenida en Diciembre de 2010 por el doctor M.P.N., quien le practicó Dermolipectomia, lipoescultura y mamoplastia de aumento.

Un año después refiere prurito en la región areolar de ambos senos y aparición de elementos vesiculares con contenido líquido transparente, con cicatriz hipertrófica en el área quirúrgica de la mamoplastia, motivo por el cual es llevada a cirugía bajo anestesia local, para resección de la mencionada cicatriz el 29 de septiembre de 2011

En pleno procedimiento la paciente presenta episodio de convulsiones y vomito de contenido alimentario, por lo cual se practicaron maniobras para evitar broncoaspiración. Sin embargo, el episodio continuo, por lo cual fue llevada a una institución cercana (Clínica de Fracturas y Ortopedia), en donde fue atendida en cuadro de pérdida de conciencia y posteriormente paro cardiorrespiratorio, evidenciándose en el proceso de intubación una clara broncoaspiración. La paciente no responde a las maniobras instauradas y fallece a los pocos minutos.

Se llevó a autopsia médico legal, cuya conclusión respecto de la causa de muerte se relaciona con arritmia cardíaca secundaria al uso de xylocaina administrada para resección de cicatriz queloide areolar.

Es de anotar que el doctor M.P.A., es especialista en ginecología y obstetricia. Posteriormente efectuó estudios incompletos de cirugía estética en el Brasil, cuyo título no fue convalidado por las autoridades colombianas, por considerarse insuficiente en tiempo y calidad de los estudios.

Es importante mencionar que la Secretaria de Salud del Huila, luego de un proceso de investigación al médico encartado, resolvió sancionarlo con millonaria multa por deficiencias en el sitio de atención de la paciente occisa.

Luego de un cuidadoso análisis del tribunal seccional, aunado al antecedente de una sanción reciente de suspensión de un año en el ejercicio de la medicina por parte del Tribunal Nacional de Ética Médica el 19 de febrero de 2013, la cual fue confirmada en el recurso de apelación resuelto por el Ministerio de Salud y Protección Social el 8 de noviembre de 2013, se decidió que la sanción debería ser suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio superior a los seis meses, motivo por el cual se envió el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de su competencia.

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

I-EL ACTO MÉDICO SÍ ES UN ACTO JURÍDICO

El acto médico tiene implicaciones jurídicas porque actúa sobre bienes protegidos por la ley.

El acto médico, en el cual se concreta la relación médico-paciente, es una forma especial de relación entre personas; por lo general una de ellas, el enfermo, acude motivada por una alteración en su salud a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente. A través del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente.

El médico se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

Desde la óptica que nos interesa en este escrito, los actos médicos se efectúan sobre una persona llamada paciente (sujeto pasivo) que como ser humano tiene derechos; el médico tendrá que preservar estos derechos y se comprometerá a defenderlos y a tratar de recuperarlos. Los principales son la vida, la salud, las buenas condiciones físicas o mentales y la integridad corporal.

Todo acto médico desde esta perspectiva, es un acto jurídico o un hecho jurídico; lo que equivale a decir que de todo acto médico se derivan consecuencias en el ámbito del Derecho.

El Doctor A.P. tenía clara conciencia de los alcances de su acto médico y estableció una evidente relación médico paciente con la paciente O.L.G.Q..

II-EL PRINCIPIO DE CONFIANZA SOCIAL AL MÉDICO

El principio de confianza es conferirle al médico un voto de apoyo a su acción profesional, siempre y cuando obre dentro de los límites de prudencia,

diligencia, pericia y la no creación de riesgos no permitidos (imputación objetiva).

Una profesión consiste en la práctica de una determinada actividad que sirve a los demás y que se escoge por voluntad propia siguiendo una vocación, con el objeto de realizarse como persona a través de un trabajo. La profesión médica puede definirse como el arte de conservar y restaurar la salud para hacer la vida más fácil y segura a la comunidad. Sus pilares son dos: oficio-arte y tecnología-ciencia. La medicina es el brazo de la civilización en su lucha contra la enfermedad.

Sin embargo, el ejercicio de la medicina puede lesionar bienes jurídicos individuales protegidos por la ley. La práctica quirúrgica en particular puede llevar al empeoramiento de las condiciones de salud de un enfermo y a su ulterior deceso, los cuales son justificables solamente a la luz del ejercicio por parte de profesionales idóneos que actúen dentro de normas universalmente establecidas y que procedan con la debida diligencia en el cuidado de los pacientes.

Como puede inferirse, no basta con exhibir un título genérico de idoneidad, cuando las circunstancias habrían ameritado y permitido que el paciente fuera puesto en manos de un especialista.

Por eso no es de aceptación que un médico general que ha tomado algunos cursitos, diplomados, seminarios y otros, que lo hagan sentir “respaldado” en el ejercicio de lo que no sabe realmente, actúe en reemplazo de un verdadero cirujano plástico, quien ha invertido muchísimos años de estudios serios, supervisados y calificados.

Jamás será igual un médico general adiestrado en el empirismo de un ejercicio no calificado a un verdadero especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

El Doctor M.P.A., traicionó la confianza social y profesional al ser consciente de la falta de idoneidad de su supuesto entrenamiento como Cirujano Plástico, lo cual fue demostrado por las respectivas autoridades colombianas.

III-EL DEBER DE CUIDADO EN MEDICINA

El deber de cuidado interno, hace referencia a la conciencia de las propias limitaciones y capacidades antes de emprender un acto médico. Y si el

avance de la medicina en los últimos años no ha tenido parangón en la historia universal, debemos ser conscientes de la imposibilidad de cubrir todos sus campos especializados por quien simplemente posea un título de médico general. Este punto es de suma importancia en nuestro país: De acuerdo con la ley, el solo hecho de poseer la licencia para ejercer medicina acredita, en teoría, para efectuar actos médicos de cualquier tipo en cualquier paciente, lo que, dadas las circunstancias actuales del conocimiento, es absurdo. Esto ha constituido una especie de coraza para que médicos sin experiencia aceptable y sin escuela de ninguna clase, se aventuren en procedimientos que deben ser parte de un entrenamiento formal en hospitales autorizados y con profesores calificados.

Ha cambiado en nuestro medio el significado de lo que es excepción para convertirse en regla general. En las páginas de los periódicos, haciendo gala de la libertad de expresión, se anuncia toda una caterva de charlatanes que ofrecen curas milagrosas y tratamientos infalibles para los males que la ciencia considera hasta hoy como incurables. Son ‘especialistas’ en hacer milagros y prometen lograr lo que la medicina no ha podido en siglos de trabajo serio; engañan así a los incautos, los enredan en una maraña de términos incomprensibles y luego los despojan de sus recursos económicos.

En muchos casos se trata de médicos graduados que, prevalidos de esta autorización general del Estado colombiano, incursionan por caminos ‘alternativos’ en donde falta el piso firme con que la ciencia ha enladrillado el conocimiento. Por estos terrenos movedizos, muchas personas están hoy andando el poco camino que les queda luego de un desahucio médico.

No es cuestión de descalificar ninguna forma de saber. No se niega la posibilidad de otro conocimiento. No se discute la existencia o efectividad ocasional de dichas formas de sanar. Se defiende el derecho del enfermo de no ser abusado; se predica la necesidad de una ética afincada en el supremo valor de la honestidad médico-científica, para no vender milagros, para no garantizar resultados, para no decir con el fin de conseguir, mientras interiormente se sabe que ese decir es falso e improbable.

Otra cosa es permitir la práctica de actos médicos complejos o intervenciones quirúrgicas de alto riesgo en los sitios en donde el beneficio de los especialistas se encuentra presente. Desde este punto de vista, debería prohibirse la práctica de procedimientos especiales a quienes no hayan sido capacitados para tales efectos. Para decirlo más claramente: el ejercicio médico debe regularse y, salvo estados de necesidad, debe clasificarse por

niveles lo que un médico puede o no puede, debe o no debe hacer. Por lo tanto, el primer paso en la aceptación de las limitaciones es no irrumpir en campos en los cuales la experiencia no se posee o se ha adquirido sin la norma universitaria de la denominada ‘escuela’.

Por eso, la denominación de “médico estético” es sospechosa cuando no se refiere a un cirujano plástico de escuela. Y quien se ampara en el escudo de “el título de médico me da autoridad para ejercer cualquier rama de la medicina” se encuentra profundamente equivocado, pues desconoce la verdadera experiencia de la escuela científica profesional, los dictados de la Lex Artis Ad Hoc y la inteligencia misma de los jueces, a quienes tratan de engañar con sus falsos argumentos

El doctor M.P.A., faltó gravemente al deber de cuidado exigido a cualquier miembro de la sociedad y a los médicos en particular, al intervenir a la paciente G.Q., siendo consciente de su evidente impericia al intervenirla mostrando una falsa pericia con un título falto de idoneidad que lo acreditaba de manera inaceptable como cirujano plástico

V- EL RIESGO PREVISTO

El riesgo previsto siempre debe ser advertido pues el organismo obedece en sus respuestas al azar y muchas veces no se puede prever o prevenir la ocurrencia de una complicación. La impredecibilidad del comportamiento orgánico hace que deban considerarse todos los posibles riesgos y complicaciones de los actos médicos

Es bien sabido que el ejercicio de la medicina entraña riesgo; y es un hecho que la práctica médica puede provocar lesión a bienes jurídicos protegidos por la ley. Debido a esta circunstancia, algunos abogados han inferido, con poca profundidad en el análisis, que la medicina es una actividad peligrosa. En este escrito se pretende demostrar porque no es válida esa afirmación.

A lo largo de la historia la sociedad ha aceptado la existencia del médico y el ejercicio de su actividad como un beneficio. Los seres humanos no sabrían qué hacer si en la comunidad no contaran con el precioso recurso de la medicina. Las personas dedicadas a la profesión médica han sido siempre tratadas con especial consideración y aprecio, porque se reconoce en ellas su dedicación, su voluntad de servicio, su idoneidad y eficiencia. Y es esa aceptación social, debida en buena parte al altruismo y

la responsabilidad inherentes a la práctica médica, la que la distingue de lo que, incluso para la sociedad, se denominan actividades peligrosas.

Efectivamente, mientras en la medicina el riesgo calculado es una forma normal y necesaria de desarrollar los principios más caros de solidaridad, bien común y ayuda al prójimo, en las actividades peligrosas el ejecutor mira generalmente sólo su propio beneficio: Conducir un automóvil o portar un arma son ejemplos de actividades peligrosas. Se conduce un vehículo automotor por propia comodidad o como medio para adquirir lo económicamente necesario para sí mismo y su familia. Se porta o se utiliza un arma de fuego para la defensa personal y para defenderse de otro ser humano por medio de la agresión mortal.

De modo que tenemos en la raíz misma del comportamiento un móvil diferente, opuesto: mientras el médico aspira a servir, a curar, a restablecer la salud del prójimo, el hombre armado aspira a todo lo contrario, así sea sólo en caso de necesidad. Equiparar a los dos sujetos para introducir la profesión médica en la categoría de las actividades peligrosas es, por decir lo menos, un acto de irresponsabilidad intelectual.

Cualquier tratamiento médico y quirúrgico es potencial causa de daño a la integridad del paciente. Ni la efectiva y humilde aspirina escapa a esta afirmación, pues ella puede producir la activación de una úlcera gástrica que lleve a hemorragia masiva, o puede ocasionar una reacción orgánica letal en algunos niños, que se conoce como el síndrome de Reyé. Su ingesta excesiva es la principal causa de intoxicación en niños, en quienes produce una severa acidosis metabólica.

Esto quiere decir que la práctica de un acto médico debe estar respaldada por el ejercicio legítimo de un derecho y el cumplimiento de un deber por parte del profesional médico debidamente graduado y habilitado por la legislación nacional, en beneficio del paciente.

Como todo acto médico implica un riesgo, para que este riesgo no sea considerado una agresión, su finalidad debe ser de ayuda al organismo enfermo y debe basarse en ciertas normas: licitud, ejecución típica, seguimiento de normas científicas universalmente aceptadas y profesionalismo.

El Estado se encarga, entonces, de dar el espaldarazo a la decisión de la comunidad y acepta al médico como un integrante que, lejos de ser peligroso, es benéfico para la sociedad. Obviamente se regula su actividad y

se le exige un nivel de competencia que el mismo Estado certifica (título universitario); pero una vez que el médico se encuentra ejerciendo legalmente, su actividad queda regulada en esencia por su criterio personal y profesional pero bajo los dictados de la norma de excelencia vigente, el respaldo de títulos legal y científicamente adquiridos y no simplemente el ánimo económico de ejercer en campos desconocidos, en donde se pueden causar daños de todo tipo por falta de verdadera experiencia profesional.

De esta manera se explica que el riesgo inherente al acto médico, será asumido como normal por el paciente y no por el mismo médico quien, dicho de paso, debe calcularlo con precisión, con el fin de no exponer al paciente a un peligro mayor del necesario. Si traspasa este límite previsto, estaría obrando culpablemente.

El doctor M.P.A., sometió a la paciente O.L.G.Q., a riesgos innecesarios al intervenirla en un sitio que no contaba con los elementos mínimos para atender una urgencia o complicación inherente a la aplicación de medicamentos sistémicos y como resultado se produjo un fallecimiento que no debería haberse producido.

VI- LA MEDICINA COMO OBLIGACIÓN DE MEDIOS

La medicina es una actividad que entraña la mayor parte de las veces obligaciones medio y no de resultado. No se puede garantizar un resultado específico. Y aunque en medicina sí existen obligaciones de resultado (radiología, medicina nuclear, patología, laboratorio clínico), todas las demás, incluida la cirugía plástica son de medio.

Respecto de las obligaciones de medio y de resultados, el tratadista Demogue introdujo esta clasificación, con base en la consideración del objeto de cada contrato. En este sentido, si el objeto existe o se espera que exista, el deudor puede obligarse a un resultado: Dar, hacer o no hacer algo.

En cambio, si el objeto del acto es una simple “alea”, si su existencia no depende de la voluntad y acción directa del deudor, sino que, en todo o en parte esta condicionada por el azar, nos encontramos frente a lo que los romanos llamaban ya la “emptio spei” (compra de la esperanza), como ocurre cuando el particular acude al consultorio del médico, con la esperanza de obtener su curación. En estos eventos, el resultado no se puede garantizar, pero el contrato es válido. Si el resultado no se logra, pero el

médico-deudor ha puesto de sí todo lo que se esperaba, no hay responsabilidad de parte suya. Si el resultado se malogró por culpa grave o dolo del médico-deudor, es claro que debe responder.

Pero qué ocurre si, como en el caso de la medicina, el elemento material es un organismo vivo que reacciona de manera autónoma?

Ocurre que este organismo tiene su propia dinámica, de modo que el médico, aunque puede aproximarse mediante los exámenes que previamente practique en la etapa diagnóstica, nunca sabrá en forma rotunda el comportamiento final sino cuando éste ya se haya producido. El “alea”, pues, está presente; y esa dosis de incertidumbre que envuelve todavía a la ciencia médica, impide que el galeno garantice un resultado concreto.

No puede comprometerse por regla general el médico sino hasta donde las variables incontrollables que resulten le permitan. Obligación de hacer, sí, pero de hacer “solamente lo que esté a su alcance”. Obligación de asistir médicamente a alguien, poniendo de su parte todos los conocimientos y todo el cuidado con miras a lograr un resultado que, de no alcanzarse, dependerá entonces de otras circunstancias ajenas a la voluntad del profesional de la medicina.

Esta manera distinta de ver el asunto, fue introducida en el derecho alemán por Schlossmann, para quien en toda obligación DEBE DISTINGUIRSE LA CONDUCTA DEL DEUDOR DEL RESULTADO OBTENIDO CON ESA CONDUCTA.

El objeto de la obligación no consistiría en dar, hacer o no hacer algo; el objeto de la obligación sería “la actividad del deudor”. El fin de la obligación sí sería el resultado, pero ese fin puede alcanzarse o no.

Demogue revisó tal teoría diciendo que existen obligaciones que persiguen no solo la conducta del deudor, sino un resultado concreto. “En lugar de producir un resultado, en otros casos el deudor legal o convencionalmente es obligado a tomar ciertas medidas que normalmente son aptas para conducir a un resultado... El médico no promete la curación; solo promete sus cuidados. Se ha pensado declarar culpable a todo médico cuyo paciente muere, a menos que pruebe la fuerza mayor?...”

En el caso de P.A., no puede considerarse que su acto médico sea cobijado por el beneficio de obligación de medio, pues no se encontraba capacitado para efectuarlo de manera idónea. Es decir, incurrió en invasión de campos profesionales para los cuales no se encontraba adecuadamente adiestrado, con las consecuencias fatales que ulteriormente dieron cuenta de la vida de la paciente GARCIA QUIROGA.

VII-LA CIRUGÍA PLÁSTICA, EFECTUADA POR CIRUJANOS PLÁSTICOS DE ESCUELA, NO ES OBLIGACIÓN DE RESULTADO

La actitud hacia los cirujanos plásticos no es diferente, excepto porque muchos de los procedimientos de esta especialidad no están cubiertos por las nuevas empresas de salud estatales y privadas (llámense ‘empresas de medicina prepagada’ o ‘promotoras de salud’). Dado nuestro perfil epidemiológico y las tendencias mundiales, es posible prever que las demandas a los cirujanos plásticos aumentarán en forma desproporcionada en los próximos años.

Hace casi 400 años que el ilustre Gaspare Tagliacozzi planteó una de las mejores definiciones de la especialidad:

“[...] Nosotros restauramos, reparamos y hacemos partes enteras que nos ha dado la naturaleza, pero la mala suerte ha hecho perder. Generalmente no lo logramos hasta el punto que se deleite la vista, pero si que pueda levantar el espíritu y ayudar a la mente del afligido [...]”

Según palabras del profesor Felipe Coiffman, editor del libro de cirugía plástica más importante que se haya escrito en lengua española : “es la especialidad quirúrgica que trata de la reconstrucción funcional y estética de los tejidos [...]”

La cirugía plástica es, por lo tanto, una extensa rama del ejercicio médico, a la cual acuden multitud de pacientes de todo tipo, entre los cuales se incluyen los que poseen grandes expectativas, los amigos de la moda corporal, los exigentes, los indecisos, los inmaduros, los que consultan con desaprobación familiar o forzados por ella, los que tienen problemas psicológicos para aceptar su propio cuerpo, los ‘adictos’ a la cirugía y los verdaderamente deformes. Todos ellos constituyen una potencial fuente de demandas legales.

La presunción de que el paciente que acude al cirujano plástico es un paciente ‘sano’ o ‘normal’ también es inaceptable. Si por salud se entiende el estado de bienestar físico y emocional y no únicamente la ausencia de enfermedad, quien va al cirujano plástico lo hace porque tiene una necesidad de cualquier tipo, una alteración en su morfología que no lo satisface. Y en ese momento, el deseo de cambio se convierte en noxa, en alteración que debe ser corregida ofreciendo a la persona algún tipo de solución.

La Cirugía Plástica y Estética, ejercida por un cirujano plástico de verdadera escuela, no puede considerarse una obligación de resultado. Si se recuerda que la cirugía pudo desarrollarse gracias al sorprendente fenómeno de la cicatrización, y que este mecanismo fisiológico se basa en la actividad de las células de cada individuo, se puede afirmar que la cicatrización es, incluso a nivel ultraestructural, diferente en cada persona. Es imposible ofrecer una garantía de resultado y no de medio en un proceso sobre el cual el cirujano carece de control. En el instante en el que se incide la cubierta cutánea, se dispara el proceso de cicatrización y, desde ese momento, el cirujano pierde el control sobre el resultado final. En uno de los libros de cirugía plástica más conocidos (McCarthy y cols) se lee:

“Es fundamental que los cirujanos clínicos y los investigadores comiencen a darse cuenta de que lo que alguna vez fue considerado como un proceso de cicatrización normal o aceptable, no es ni lo uno ni lo otro. El afirmar que una herida cutánea que permanece cerrada representa un proceso normal, es ingenuo.”

Se carece de control sobre los procesos de epitelización, contracción cicatricial, síntesis de colágeno y matriz fundamental, remodelación del colágeno y modulación del proceso inflamatorio.

El mismo autor afirma:

“En el curso de un desarrollo mayor, el hombre perdió la habilidad de regenerar órganos compuestos y tiene sólo un sustituto de tejido fibroso relativamente simple y frecuentemente insatisfactorio para restaurar la integridad física. Desafortunadamente, la reparación es considerada en un sentido general como beneficiosa. Sin embargo, el método de restaurar la integridad física con el depósito de proteína fibrosa (colágeno) puede producir complicaciones cosméticas y funcionales peores que la herida original.”

La piel es uno de los órganos más complejos del individuo, posee propiedades hemostáticas fundamentales, juega un papel claro dentro del sistema inmunológico, nos aísla del medio externo previniendo el acceso de bacterias, tóxicos y algunas radiaciones. Interviene en la termorregulación, en el proceso circulatorio, en la interrelación externa a través del tacto y temperatura, en la regulación hidroelectrolítica y en la excreción de hormonas. Por lo tanto, el reemplazo de la cubierta cutánea por el proceso de cicatrización no deja de ser, desde este punto de vista, insuficiente. La variadísima gama de eventos que ocurren en cada sitio traumatizado por la acción del cirujano incluye: movilización de plaquetas, mecanismos inflamatorios, acción de macrófagos y granulocitos, actividad de fibroblastos, síntesis de tejido colágeno y remodelación de la cicatriz, entre muchísimos otros.

Si a esto se suman las características de cada enfermo: edad, nutrición, deficiencias de algunas sustancias, hormonas, prostaglandinas, uso de fármacos, enfermedades asociadas e incluso variaciones debidas a la misma temperatura, se hace prácticamente impredecible un resultado concreto. ¿Acaso se puede predecir en forma absoluta si una paciente desarrollará una cicatriz hipertrófica, atrófica o un queloide en el postoperatorio de una mamoplastia, lipectomía o cualquiera otra cirugía? ¿Se puede asegurar que después de una dermoabrasión no quedaran trastornos pigmentarios? Muchos eventos permanecen aún ocultos al conocimiento y por lo tanto no son controlables.

Y si esto ocurre en el campo de la cirugía plástica con fines estéticos, con mayor razón se presentan condiciones que hacen incierto el resultado en la cirugía plástica reconstructiva o funcional: ¿qué garantía puede dar el médico a su paciente, cuando se trata de reconstruir una mano mutilada en un accidente de trabajo? ¿podrá el cirujano plástico asegurar que la nariz llena de pólipos o con un anormal crecimiento de los cornetes quede funcionando perfectamente y el paciente adquiera la función respiratoria óptima, una vez intervenido?

Por lo anterior, el cirujano plástico (el verdadero. El de escuela), no puede garantizar un resultado. Puede predecir en forma aproximada lo que va a suceder. Puede calcular una nueva forma debido a su acción técnica y científica. Pero jamás puede asegurar que obtendrá un resultado específico.

Con diferente lente debería mirarse a quien sin poseer verdadera experiencia y respaldo académico, legal y científico, intenta ejercer la Cirugía Plástica y la Cirugía Estética de manera esencialmente comercial.

La cantidad de anuncios comerciales de médicos no calificados en estas áreas, que ofrecen sus servicios es absolutamente increíble. Baste mirar las ultimas paginas de algunos periódicos y revistas que por razones de su actividad intentan atrapar incautos para ponerlos en manos de estos “especialistas”, con consecuencias desastrosas, ya conocidas por los mismos medios de comunicación.

Es una conjunción de médicos irresponsables con animo de mercader, sin real formación en el campo que pretenden conocer, interviniendo en las famosas “clínicas de garaje” y produciendo daños de tal magnitud, que muchos han sido denunciados ante los entes judiciales y concretamente ante los tribunales de ética médica.

Baste solamente mencionar uno reciente en Bucaramanga, en donde se inyectó metil metacrilato en los glúteos de una paciente, ocasionando necrosis y perdida completa de tejido a ese nivel, constituyendo un verdadero calvario para la paciente, una vergüenza para la profesión médica por parte de los médicos (ya condenados) que lo ocasionaron y una voz de alerta para toda la sociedad.

M.P.A.,no puede ni debe anunciarse como Cirujano Plástico, pues su adiestramiento fue deficiente, como lo confirmaron las autoridades colombianas respectivas que rechazaron su espureo título. Le faltan pericia, conocimiento, estudios, certificaciones adecuadas y experiencia. Las fatales consecuencias de sus acciones indebidas fueron la causa del fallecimiento de una paciente joven y de una sanción previa por lesiones secundarias a su irresponsable actuar.

VIII- LOS CIRUJANOS “ESTETICOS”

En lo que a Cirugía Plástica y Estética se refiere, el control de las autoridades regionales y locales debería ser mucho mas apretado. Jamás será lo mismo para un paciente ser intervenido por un Especialista en este campo, que por un médico general mal calificado, cuyo único animo es de tipo comercial y no científico o humano.

Expresémoslo solamente en una frase: la Cirugía Plástica, estética y Reconstructiva, en manos de un verdadero especialista en el campo, aunque no constituye una obligación de resultado, sí brinda una serie de garantías y protecciones al paciente que a ella se somete. Pero en manos de médicos generales o de otros profesionales no médicos, imperitos, imprudentes, negligentes, ignorantes y verdaderamente atrevidos, es un verdadero peligro para la sociedad colombiana

M.P.A., es el típico ejemplo del ejercicio indebido de una especialidad para la cual no se encuentra adiestrado ni certificado en forma legal. Falto a la Lex Artis, al deber de cuidado, al principio de confianza y a varios principios médicos relacionados con la no maleficencia hacia los pacientes y no ofreció a su paciente los medios idóneos para cumplir el tratamiento ofrecido.

IX- JURISPRUDENCIA DEL TNEMD

En el Proceso No. 492 del Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander, Providencia No. 36-2012, Magistrado ponente: Dr. Efraím Otero Ruíz, se puede leer:

“...Conforme al artículo 18 de la mencionada Ley no podía acreditar su condición de especialista por no serlo. No puede arrimar en su defensa el plazo de tres años que se estudia, por cuanto sólo eran acreedores a el los que se encuentren autorizados para ejercer una profesión u ocupación médica conforme al artículo 18, parágrafo primero, del ordinal segundo de la citada Ley. No hay constancia en el expediente que el Dr. P.G. estuviera “autorizado” por alguna entidad para el ejercicio de esta especialidad. Lo que hacía era al margen de la normatividad y del mismo manejo correcto de la lex artis. Como se dijo en el pliego de cargos “fue imprudente al acometerlos sin la capacidad y el manejo de la lex artis, que es tanto como el conjunto de estudios y prácticas que, enseñadas desde una facultad de medicina y en determinada especialidad, permiten dar confianza tanto al paciente como al profesional que cuenta con la teoría y los entrenamientos para su mejor gestión”.

Se observa, además, que el Dr. P.G. no utilizó ese plazo de gracia y no obtuvo entonces, para el futuro “la norma de competencia académica expedida por una institución legalmente reconocida por el Estado (conforme al parágrafo 2º. del ordinal 2º.).

3. De ser cierta la argumentación del Dr. P.G. tendría que aceptarse la tesis de que, en esos tres años de plazo, el profesional carente de un título en alguna especialidad podría ejercer sin ningún control y a su libre arbitrio. De ahí que el “autorizado” ordenado por la ley supone, como se dijo, un antecedente de actividad profesional especializada, debidamente autorizada y super vigilada por alguna entidad científica, como podrían ser, a manera de ejemplo, centros hospitalarios de prestigio médico reconocido y donde el entrenamiento hubiera preparado para el ejercicio idóneo. En conclusión el Dr. P.G. no podía en ningún momento efectuar los procedimientos médicos que le solicitó la Sra. Z.G., máxime que se le ocultó la ausencia de la especialidad.

4. Por eso se dijo en el pliego de cargos conforme a lo que se analizó que “allí no hubo de parte del Dr. P. un compromiso responsable, leal y auténtico”. El Dr. P.G. es un médico general con algunos estudios, como se acreditan, con diplomas allegados por él, sin convalidar, pero no un cirujano plástico, como lo acepta y por lo tanto sin la enseñanza y las técnicas necesarias para comprometerse en procedimientos propios de dicha especialidad. Como se dijo en la formulación de cargos : “Sin títulos y diplomas afines se hizo creer que tenía la idoneidad para emprender la misión solventando los riesgos que pudieran presentarse”.

.....

1. Reitera el Tribunal lo dicho en el pliego de cargos : con títulos y diplomas afines se hizo creer que tenía la idoneidad y la capacidad para emprender la misión, solventando los riesgos que pudieran presentarse.

2. Aunque para el Tribunal los procedimientos plásticos son de medios y no de resultados, porque mal pueden prometerse éstos en la facilidad de la actividad humana en conductas tan delicadas, lo cierto es que en el caso subexamen se glosa la imprudencia del Dr. P.G al asumir conductas para las que carecía de títulos y conocimientos. No importa que el Dr. P.G manifieste haber realizado muchas otras cirugías del mismo tipo con éxito. Esto comprueba su temeridad. Se estudia el caso concreto de la sra. V.Z. : Conforme a lo analizado en esta providencia, en la relación médico-paciente no hubo de parte del Dr. P. un compromiso responsable, leal y auténtico. El Dr. P. es un médico general, pero no un cirujano plástico, como lo acepta, y por lo tanto sin la enseñanza y las técnicas necesarias para comprometerse en procedimientos propios de dicha especialidad.

3. Con certeza el Tribunal afirma que el Dr. P.G fue imprudente al acometer la mamoplastia de aumento y la bioplastia de glúteos careciendo de los títulos que acreditaran su idoneidad y de otra parte aplicar una sustancia que no correspondía no sólo a lo convenido y pactado sino también a lo que esta clase de procedimientos exigen para pensar y actuar que se está usando con el paciente lo mejor para su salud...”

X- JURISPRUDENCIA DEL TNEMD

En el PROCESO 2231 TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE CUNDINAMARCA, Providencia No. 24 -2012, Magistrada ponente: Dra. Lilian Torregrosa Almonacid, se establece:

“...Respecto a las condiciones en las cuales se practicó el procedimiento, el Centro Integral de Medicina Estética CIMI propiedad de la doctora nunca tuvo licencia de funcionamiento, y en el acta correspondiente constan severas deficiencias en la precaria dotación, que impedían su habilitación. El decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud, aplicable a todos los prestadores de salud en Colombia, incluyendo los independientes, establece las condiciones de capacidad tecnológica y científica que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para cada uno de los servicios que prestan, y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios. Si un profesional, como ocurrió con la doctora S.E.S.F., no se encuentra habilitado ante el sistema de salud, la prestación de sus servicios será al margen de la ley. Respecto a la experticia de la doctora en la realización de procedimientos invasivos como el mencionado, el Tribunal reitera que no existe evidencia, en los certificados allegados por la doctora S.F, de su entrenamiento formal en Cirugía Plástica y se insiste en que ni el contacto con pacientes quirúrgicos durante la carrera de medicina ni las ayudantías quirúrgicas, ni los diplomados, pueden suplir un programa de entrenamiento formal de cuatro o cinco años en una institución académica reconocida ; mucho menos el hecho de que los diplomas de algunos médicos generales se expidan con el título de “médico cirujano general” se pueda interpretar como una licencia para practicar procedimientos propios de las diferentes especialidades quirúrgicas, que requieren una intensa formación a nivel de postgrado.

El hecho de que sólo las especialidades médicas en Anestesiología y Radiología se encuentren reglamentadas por la ley no significa que un médico

general pueda practicar cirugías únicamente reservadas al especialista. La Corte Constitucional acerca de la justificación de las restricciones legales al ejercicio de las profesiones y oficios ha señalado:

“... el riesgo social que genera la actividad debe ser claro y afectar, o poner en peligro, el interés general y derechos fundamentales; pero eso no es suficiente; es además necesario que este riesgo pueda ser disminuido de manera sustantiva gracias a una formación académica específica. En efecto, no tiene sentido que la ley profesionalice ciertos oficios e imponga, como requisito para su ejercicio, un título de idoneidad, si los riesgos de esa actividad no pueden ser claramente reducidos gracias a una formación, pues, de no ser así, la exigencia del título sería inadecuada e innecesaria. Por ende, sólo puede limitarse el derecho a ejercer un oficio y exigirse un título de idoneidad, cuando la actividad genera (i) un riesgo de magnitud considerable, (ii) que es susceptible de control o de disminución a través de una formación académica específica...”

Considera el Tribunal que “Concurren en el caso analizado factores de imprudencia e impericia. La naturaleza de las lesiones encontradas y la ausencia de la especialidad en Cirugía Plástica, permiten inferir que no existían conocimientos, habilidades y destrezas suficientes para emprender el procedimiento que nos ocupa. Practicar el acto quirúrgico analizado con la ausencia de recursos técnicos y humanos necesarios, originan el señalamiento de imprudencia e impericia.”

Por las anteriores consideraciones, el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca no aceptó los descargos respecto del artículo 15 de la Ley 23 de 1981.

La Sala Plena consideró que existe una ofensa a la ética de máxima gravedad, atendiendo a su naturaleza, las circunstancias y consecuencias de los hechos, y concluye que la sanción debe ser suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio superior a seis meses, por lo cual remite el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para que imponga la sanción respectiva.

XI- TUTELA CONTRA EL TNEMD

En Acción de tutela instaurada por el Dr. C.A.M.H., contra el Tribunal Nacional de Ética Médica por la presunta vulneración del debido proceso

(proceso que fue fallado a favor del Tribunal Nacional), el Dr. Edgar Saavedra Rojas expreso:

“... El Dr. M.H., fue disciplinado por tres faltas contra la ética médica a saber: a) la presunta impericia del Dr.C.AM.H., al realizar procedimientos estéticos sin estar formalmente titulado para ello; b) la probable exposición de su paciente a riesgos derivados de una intervención realizada en un consultorio que no tiene la aprobación para ello y; c) la falta de un consentimiento informado escrito por parte de la demandante.-

En relación con la primera falta el Tribunal Nacional de Ética hizo entre otras las siguientes consideraciones:

“ Con respecto al primer punto el Tribunal admite la falta de legislación al respecto así como los esfuerzos que ha realizado el Dr. M.H., para capacitarse y actualizarse en el campo de la cirugía estética. Aunque él mismo presenta documentación sobre cómo estos procedimientos son realizados no sólo por cirujanos plásticos, sino por otorrinolaringólogos, por oftalmólogos y por dermatólogos – siempre circunscritos al campo de su especialidad — también es cierto que la disciplina tiene la complejidad necesaria como para no ser recomendable su ejercicio a un médico general capacitado tan sólo con ayudantías y con cursos breves. En Colombia la especialidad de la cirugía estética ha ido surgiendo como una disciplina en disputa entre los cirujanos plásticos y los otorrinolaringólogos – en el caso de las intervenciones de estética facial – y entre los plásticos y los dermatólogos con entrenamiento quirúrgico – en el caso de la lipoescultura y liposucción. Particularmente para procedimientos relativamente grandes – como el que nos ocupa – que impliquen la remoción de varios centenares de gramos de grasa y que tienen un riesgo elevado de ocasionar dolor intenso y de tener otras complicaciones serias, la falta de entrenamiento formal por parte del equipo quirúrgico los hace incurrir en impericia, que no se subsana con ayudantías, diplomados o talleres no formales.-

En relación al hecho de no tener licencia el consultorio donde se realizó la intervención la Sala sostuvo:

“ En cuanto a la licencia para practicar procedimientos de cirugía estética en su consultorio, la disputa surge no tanto por la dotación del lugar y su capacidad para lidiar con posibles complicaciones. Como bien lo afirma

el honorable Tribunal de Ética Médica de Bogotá, no basta con tener la infraestructura médico-quirúrgica para realizar la intervención, se requiere también la certificación oficial de que ello es así. Puede que el riesgo de complicaciones sea similar en un quirófano bien dotado y con licencia que en uno sin la autorización oficial para determinado procedimiento, pero la sociedad le exige al profesional de la medicina una prueba adicional de ello, en la forma de una constancia emitida por la dependencia oficial respectiva.-

En relación con la omisión para obtener el consentimiento informado escrito de la paciente se afirmó:

“ El tercer aspecto en discusión, el del consentimiento informado escrito, no deja lugar a negociación alguna. El artículo 16 de la Ley 23/81 y el artículo 12 del Decreto 3380/81 son tajantes al respecto. Aunque esta Sala reconoce que la denunciante, la señora S.M., cometió faltas que atentaron contra su propia salud – como no concurrir a los controles médicos, y reconoce también que al aceptar que se le practicara el procedimiento muy seguramente sabía a qué consecuencias se estaba sometiendo, no puede dejar de llamar la atención del doctor C.A.M.H., por no incluir el consentimiento informado escrito en la historia clínica de ésta y de toda paciente que vaya a someterse a un tratamiento quirúrgico.-

La Constitución de 1.991 dispuso un muy especial cuidado a los problemas relacionados con la salud, la seguridad social y el desarrollo integral y armonioso de los ciudadanos al establecer una serie de normas que tienen como finalidad fundamental garantizar el pleno y libre desarrollo de la personalidad, dentro del más estricto respecto a la dignidad de ser hombre.-

Es por ello que en el artículo 43 estableció que la mujer:

“ Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada “.-

En el 44 se determinó que:

“ Son derechos fundamentales de los niños; la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada.....”.-

En el 46 se dispone la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad, garantizándoles los servicios de la seguridad social integral y en el 47 la protección de los minusválidos, mientras que en el 48 se determina la existencia de la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio prestado bajo la dirección y control del Estado; para finalmente establecer en el art 49 que:

“ La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud...”.-

“ Corresponde al Estado organizar, dirigir, y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

“ Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad.”.-

“ La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria “.-

“ Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad “.-

Finalmente de una manera general, es decir referido a todas las profesiones se establece que:

“ El secreto profesional es inviolable “.-

Dentro de tales parámetros normativos es fácil entender que nuestro Constituyente quiso crear los elementos de derecho positivo esenciales para garantizar la vida y la salud de la totalidad de los colombianos, destacándose este como uno de los derechos con una mayor presencia en el texto constitucional y esta posición es de lógico entendimiento, porque si la vida es el substrato o fundamento para el desarrollo y ejercicio de todos los demás derechos constitucionales es claro que se debe dar una mayor protección a la conservación de la vida y de la salud, para que los demás derechos puedan ser ejercidos y para que aquella pueda desarrollarse en el marco inviolable que le corresponde a la dignidad de ser hombre.-

Es entonces indiscutible que por ser el objeto de estudio y del ejercicio de la medicina la vida humana, se trata de una profesión prioritaria dentro de la vida de la comunidad y por ello que el Estado se ve en la obligación de reglamentarla y controlarla con mayor precisión y exigencia que las otras profesiones liberales que están autorizadas en su ejercicio por la Constitución y la Ley.-

La ley ética, reglamentaria de los precedentes principios constitucionales, no ha sido concebida con un propósito persecutorio contra los médicos, sino con el laudable propósito de garantizar un ejercicio responsable de esta profesión y de tal manera obtener la concreción de los principios constitucionales antes citados.-

Es dentro de este entendimiento que no es posible que pueda concebirse el proceso ético-médico como un instrumento de venganza privada, o un medio de persecución puesto en manos de los pacientes o de sus familiares, para hostigar al profesional de la medicina del cual recibieron sus servicios, ni menos aún que mediante el mismo pudieran aspirar o pretender obtener el resarcimiento de los perjuicios económicos que afirmen haber sufrido como consecuencia de la intervención médica.-

El proceso de ética médica pretende ante todo garantizar un cabal, técnico, científico y humanizado ejercicio de la medicina y es por ello que su objetivo fundamental es de naturaleza social y pública, puesto que se convierte en un instrumento de seguridad para todos los integrantes de la comunidad.-

Es por su naturaleza de derecho público y de sus objetivos eminentemente sociales que sería inconcebible que el paciente o sus familiares pudieran convertirse en parte en el proceso disciplinario o peor aún, que pretendiesen constituirse en parte civil para como resultas del proceso obtener la indemnización que buscan sobre los posibles perjuicios recibidos.-

Es hipótesis imposible de concebir porque ni el paciente, ni sus familiares pueden ser parte dentro del proceso disciplinario y si estiman haber recibido un perjuicio económico de la asistencia médica deberán optar por la iniciación de un proceso penal o uno de naturaleza civil o contencioso administrativo según el caso.-

Es por las mismas razones de interés social y público que muchas de las faltas disciplinarias para que se entiendan consumadas no requieren la producción de un resultado lesivo para el paciente, puesto que muchas de las faltas consagradas por la Ley de Ética médica son de mera conducta, o de peligro, porque como ya se dijo, lo que se pretende tutelar por medio de esta ley, es un ejercicio científico, técnico, responsable y humanizado de la medicina, para que con él, todos los habitantes del territorio nacional encuentren debidamente garantizados sus derechos a la vida y a la salud.- Es por las razones Constitucionales precedentes que el ejercicio profesional de la medicina no solo debe hacerse dentro de la mayor idoneidad personal del galeno, sino dentro del marco de las mayores exigencias técnicas, instrumentales y científicas y además de ello, se deben cumplir con una serie de requisitos que podrían entenderse en un momento dado como puramente formales, pero que no lo son, puesto que con tales exigencias de tipo administrativo se pretende que los sitios donde se atiende a los pacientes o donde se realizan determinados procedimientos médicos no solo cumplan con condiciones mínimas de salubridad, decoro, limpieza, sino que deben estar dotados de todos los instrumentos técnicos y científicos para garantizar a los usuarios el menor número de riesgos y de tal manera que los pacientes solo deban enfrentar los riesgos normales que cualquier intervención médica genera.-

Es por eso que a nivel hospitalario, estas entidades están divididas en tres grandes clases, de primer, de segundo y de tercer nivel, porque de conformidad con los adelantos técnicos, instrumentales y científicos con que cuentan están autorizadas para realizar intervenciones desde las sencillas, hasta las operaciones de mayor complejidad científica y es claro que la clasificación de una entidad hospitalaria como de primer, segundo o tercer nivel no puede quedar en mano de los dueños si se trata de una entidad privada o de sus directivos, sino que dicha clasificación y la respectiva certificación debe hacerse por parte de especialistas de la administración pública, porque finalmente es el Estado el garante de la vida y de la salud de todos los habitantes del territorio nacional

En relación con el segundo cargo por el que fue sancionado por no ser especializado en cirugía estética, me permito citar apartes de un proceso disciplinario del Tribunal Nacional de Ética Médica, ocasionado en causa similar a la del que en este momento es objeto de la tutela presente:

“...debemos recordar el hecho de la impericia de quien no se somete al filtro de la especialización, impericia que consiste en la incapacidad técnica para el ejercicio de algunas ramas de la profesión médica y equivale a la ‘inobservation des regles d’art’ de la doctrina francesa; parcialmente a la ‘malpractice’ de los anglosajones y al ‘kunstfehler’ de los alemanes.-

El estudio adecuado de un campo determinado de la actividad médica permite o favorece:

- 1-Entender la lógica misma del aspecto estudiado como arte y ciencia;
- 2-Una práctica en el razonar. Y la mente razonadora se perfecciona mediante esa práctica;
- 3-Unos criterios para evaluar ciertos argumentos que se usan a nivel determinado;
- 4-Tener un método y una técnica para revisar y enfrentar ciertas situaciones muy específicas de ese campo en particular;
- 5-Obtener unos principios para adquirir un lenguaje universal en el área estudiada;
- 6-Adjudicar los principios y criterios para proceder correctamente en el razonamiento de las complicaciones que se presenten;

Hay que mencionar que el período de entrenamiento especializado es duro. En él se intenta acumular el máximo de experiencia y aprendizaje posible, para poder dar al médico en formación un criterio básico de manejo de los problemas en el menor tiempo posible.-

Es una realidad que quien tiene una formación académica en una determinada especialidad profesional se encuentra mejor preparado para enfrentar el ejercicio de la profesión dentro de la misma y que nunca el empírico podrá por el simple hecho del ejercicio, obtener los niveles de preparación y de tecnicidad que tienen los primeros. Es evidente que esto referido al campo de la profesión médica, el paciente tendrá mayores garantías, menores riesgos, posibilidades de mejores resultados con un especialista de formación académica, que no, con alguien que ha adquirido sus conocimientos con el ejercicio práctico de la profesión.-

Además que esto hace que sea una verdadera injusticia que médicos graduados que sacrifican otros años adicionales para perfeccionar sus habilidades en especialidades concretas, deban competir con quien en forma

empírica se anuncia, por ejemplo, como “cirujano estético” y acompañe su afirmación con pedazos de cartón de cursos cortos, que no pueden constituir una acreditación de una especialización en un área científica que produce tantos riesgos y puede comprender resultados tan trascendentes para la vida de una persona, como es su presentación estética.-

No debe olvidarse que varios cursos menores jamás reemplazan un postgrado. Que los “diplomas” que se colocan en los muros de los consultorios muchas veces son apenas certificados de asistencia a esos cursos. Y que muchos certificados de especialista pueden ser falsos.-

Se insiste, de nuevo, en que esta consideración es de aspecto exclusivamente médico. Sin embargo, sus implicaciones sirven de fundamento a muchas decisiones que evalúen la idoneidad de la acción profesional.-

(Providencia Tribunal Nacional de Ética Médica. Magistrado Ponente: Fernando Guzmán Mora.)

.....

De la misma manera la ley de ética médica menciona las especialidades médicas, exigiendo de ellas la respectiva aprobación legal

...

Con las dos normas mencionadas con anterioridad se llega a la clara conclusión, que a pesar de que la mayoría de las especialidades médicas no se encuentren reglamentadas por la ley y que para realizar determinadas actividades que requieren de una gran especialidad, el médico que las realiza debe tener la correspondiente formación académica y no puede pretenderse bajo ninguna perspectiva que por el hecho de que la mayoría de las especialidades médicas no se encuentren reglamentadas, pueda el médico general pretender realizar trasplantes de órganos, operaciones cardíacas, cirugías de mano, tratamiento y extirpación quirúrgica de cáncer, etc y muchas otras que por su complejidad, de manera necesaria requieren de esa alta y refinada formación académica.-

Sostener opinión contraria sería atentar contra la vida y la salud de todos los habitantes del territorio nacional, porque sería aceptar con un inmenso grado de irresponsabilidad social, que todos los médicos generales, por el solo hecho de serlo se encontrarían en capacidad de realizar cualquier tipo de tratamientos, de terapias, o de intervenciones quirúrgicas sin importar la especialidad médica de que se trate.-

El mismo deber de cuidado implica a su vez un conocimiento a fondo del paciente, de sus condiciones individuales, de sus circunstancias agravantes y de las mejores opciones terapéuticas a su enfermedad o dolencia.

Para reforzar los anteriores argumentos, es indispensable recordar los temas relacionados con la Lex Artis, en el aspecto de la evaluación de los actos médicos, en especial de los que tienen que ver con procedimientos invasivos.

Porque resulta lógico que cuando se evalúan los resultados de un procedimiento quirúrgico, en especial cuando estos son indeseados, el funcionario jurisdiccional, sea juez, fiscal o cualquiera otro, no solamente tendrá en cuenta que quien causó el daño o puso en peligro el bien tutelado por la ley tenga el título de médico cirujano (que en realidad es apenas un título de médico general), sino la experiencia originada en estudios dirigidos que lo hagan un verdadero especialista en el campo que pretende cubrir.

Así por ejemplo, cuando se interviene en una delicada operación de tipo vascular, cuya pericia se logra luego de varios años de estudios adicionales a los de medicina general, y el paciente termina en una amputación o en la misma muerte, quien debe evaluar y determinar responsabilidades sobre el caso, no solamente se va a contentar con recibir el documento probatorio del título de médico, sino los documentos adicionales que acrediten la especialidad, es decir, la posibilidad de acceder a semejante intervención con el conocimiento claro, perito y formalmente enseñado que acredite que cuando se lleve a cabo se esté en capacidad de proteger al paciente y a la sociedad en campos tan complejos como los muchos que derivan del ejercicio médico especializado

Y si bien es cierto que la ley no regula la práctica de un área tan obvia como la cirugía estética, no es menos cierto, que al consagrar la Constitución la vida y la salud como bienes fundamentales que sirven de sustrato al ejercicio de todos los demás, ha de concluirse que para la correcta protección de dichos bienes, quien como médico intervenga en un área especializada de la profesión, debe hacerlo con el amparo de una capacitación universitaria de postgrado que no ponga en peligro la vida y la salud de los pacientes.

Con esto se quiere enfatizar en el hecho de exigir títulos de idoneidad para campos muy especializados y juzgar la actuación con base en el concepto

de lex artis, es decir, de normas de excelencia de tiempo, lugar y circunstancias que rodeen el acto médico y quirúrgico.

XII-IMPRUDENCIA MÉDICA.

Además de su evidente impericia por el deficiente entrenamiento obtenido el doctor P.A., demostró una franca falta de prudencia, al efectuar una intervención aparentemente sencilla, pero con los riesgos inherentes a su naturaleza invasiva, en un sitio no adecuado para su práctica esto demuestra su culpa multicausal, pues no aplicó un criterio lógico y científico que acompaña a cualquier especialista bien formado

XIII- LOS ANTECEDENTES DEL MÉDICO DISCIPLINADO

El ciudadano médico M.P.A., tiene antecedentes disciplinarios ético-médico graves, pues fue sancionado el 19 de febrero de 2013 por el Tribunal Nacional de Ética Médica con SUSPENSION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO DE UN AÑO, por violación de los artículos 7, 46 y 48 de la Ley 23 de 1981.

Esta sanción fue apelada ante el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual el día 8 de noviembre de 2013 confirmó la sanción impuesta.

CONCLUSIONES

El Doctor M.P.A., violó los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981 en la atención prestada a la paciente O.L.G.Q. (qepd). Por lo tanto se hace merecedor de una sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio superior a los seis meses, por los motivos expuestos en la parte correspondiente de esta providencia

Son suficientes las consideraciones anteriores para que el TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA, en uso de las atribuciones conferidas por la Ley 23 de 1981

RESUELVA

Artículo Primero - Sancionar al ciudadano de profesión médico M.P.A., identificado con cédula de ciudadanía número y Registro Médico

número , por trasgresión de los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981, en la atención de la paciente O.L.G.Q. (qepd) identificada con cédula de ciudadanía número .. de , con SUSPENSION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO DE CINCO (05) AÑOS. **Artículo Segundo** - Contra la presente decisión caben los recursos de reposición ante el Tribunal Nacional de Ética Médica y apelación ante el Ministerio de Salud y Protección Social. **Artículo Tercero** - Una vez en firme la presente providencia, comuníquese el contenido de esta decisión al Ministerio de Salud y Protección Social, a los Tribunales de Ética Médica y a la Federación Médica Colombiana para que sea fijada en lugares visibles de conformidad con lo establecido en el artículo 53 del decreto 3380 de 1981.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

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

Bogotá, Noviembre veintidós (22) del año dos mil once (2011)

**SALA PLENA SESIÓN No.1112 DEL VEINTIDOS (22)
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011)**

REF: Proceso No.1318 del Tribunal de Ética Médica de Antioquia
Contra: Dr. F.J.C.V.
Denunciante Dr. Jairo Alfonso García

Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora
Providencia: No. 111-2011

VISTOS

Por auto del 31 de mayo de 2011, el Tribunal de Ética Médica de Antioquia formuló pliego de cargos contra el médico F.J.C.V., y en la misma decisión señaló fecha para la realización de la diligencia de descargos.

La defensora del disciplinado solicitó la práctica de una serie de pruebas y como consecuencia de ellas, la ampliación de la versión defensiva del disciplinado.

El Tribunal de Antioquia, por medio de un “ auto “ del 6 de septiembre de 2011 negó la práctica de las pruebas solicitadas.

La defensora interpuso los recursos de reposición y de apelación (8 de septiembre de 2011).

La Corporación de primera instancia por medio de auto del 11 de octubre de 2011 negó la reposición y concedió subsidiariamente la apelación interpuesta.

Por memorial del 1 de noviembre de 2011, sustentó el recurso de apelación. Procede la Sala a resolver lo pertinente luego de hacer una síntesis de los siguientes:

HECHOS

Fueron sintetizados por la Corporación de primera instancia de la siguiente manera:

“ La señora D.C.C. fue remitida por Coomeva para cirugía de apendicitis el día 24 de diciembre de 2007 al Hospital Marco Fidel Suárez de Bello, allí fue intervenida de su apéndice por el Dr. Á. De J.C.R., sin que en el acto quirúrgico se hubiese presentado complicación alguna, como se evidencia en la historia clínica; en el momento de la recuperación de la anestesia el doctor F.J.C.V. ordenó Prostigmine y Atropina para revertir los efectos del miorelajante y la persona encargada de aplicarla fue la auxiliar de enfermería; la paciente a la aplicación del medicamento presentó un aumento súbito de la presión arterial, arritmia cardíaca, elevación de segmento ST, posterior a esto presentó también salida de material espumoso rosáceo por el tubo endotraqueal además de crépitos en ambos campos pulmonares.

El cuadro presentado por la señora D.C.C. en el momento de la reversión de la anestesia fue cuadro compatible con un edema agudo del pulmón; por lo cual el doctor F.J.C.V. sospechó una intoxicación por adrenalina, ya que los síntomas anteriormente narrados responden a esta clase de intoxicación.

Posterior a la complicación presentada, el doctor F.J.C.V. como anestesiólogo de la apendicectomía realizada a la paciente, inició manejo y posteriormente remitió a la paciente para tratamiento en la Clínica Cardiovascular ya que allí se tiene el servicio de UCI; la señora D.C.C. se recuperó posteriormente en la Clínica Cardiovascular”.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Primero que todo, es menester precisar que los autos que niegan la práctica probatoria, son interlocutorios y por tanto, tratándose de una Corporación judicial, deben ser signados por lo menos por la mitad más uno de los que conforman dicho Tribunal.

En el caso presente, si se observa el auto del 6 de septiembre del año en curso, se apreciará que el mismo solo aparece firmado por el Presidente de la Corporación, porque ni siquiera es firmado por la Magistrada instructora. Es decir, que así se aceptara que se está en presencia de un auto de

sustanciación, el mismo sería inexistente, precisamente porque no aparece ni siquiera firmado por el ponente o instructor.

La calidad de interlocutoria de éste tipo de decisiones surge meridianamente del contenido del artículo 177 de la Ley 906 cuando dispone:

ARTÍCULO 177. EFECTOS. <Artículo modificado por el artículo 13 de la Ley 1142 de 2007. El nuevo texto es el siguiente:> **LA APELACIÓN SE CONCEDERÁ:**

En el efecto suspensivo, en cuyo caso la competencia de quien profirió la decisión objeto de recurso se suspenderá desde ese momento hasta cuando la apelación se resuelva:

1. La sentencia condenatoria o absolutoria.
2. El auto que decreta o rechaza la solicitud de preclusión.
3. El auto que decide la nulidad.

4. **EL AUTO QUE NIEGA LA PRÁCTICA DE PRUEBA EN EL JUICIO ORAL;** y

5. El auto que decide sobre la exclusión de una prueba del juicio oral.

En el efecto devolutivo, en cuyo caso no se suspenderá el cumplimiento de la decisión apelada ni el curso de la actuación:

1. El auto que resuelve sobre la imposición, revocatoria o sustitución de una medida de aseguramiento.
2. El auto que resuelve sobre la imposición de una medida cautelar que afecte bienes del imputado o acusado.
3. El auto que resuelve sobre la legalización de captura.
4. El auto que decide sobre el control de legalidad del diligenciamiento de las órdenes de allanamiento y registro, retención de correspondencia, interceptación de comunicaciones o recuperación de información deja-

da al navegar por Internet u otros medios similares.

5. El auto que imprueba la aplicación del principio de oportunidad en la etapa de investigación; y

6. El auto que admite la práctica de la prueba anticipada. (Lo destacado no lo es en el texto).

Con fundamento en las consideraciones precedentes, se decretará la nulidad de todo lo actuado en éste proceso, a partir del 6 de septiembre de 2011.

Pese a lo antes decidido y para evitar la posibilidad de que se incurra en nuevas irregularidades y posiblemente en nuevas nulidades, la Corporación hará algunas consideraciones sobre las razones que aparecen en dicha decisión.

En la misma, el presidente de la Corporación sostiene que en la diligencia de descargos se puede hacer la correspondiente solicitud de pruebas y ello es completamente cierto porque así aparece regulado en el artículo 40 del Decreto No. 3380 de 1981 al disponerse:

ARTICULO 80. Estudiado y evaluado por el Tribunal el informe de conclusiones, se tomará cualquiera de las siguientes decisiones.

a. Declarar que no existe mérito para formular cargos por violación de la ética médica, en contra del profesional acusado.

b. Declarar que existe mérito para formular cargos por violación de la ética médica, caso en el cual, por escrito se la hará saber así al profesional inculcado, señalando claramente los actos que se le imputan y fijando fecha y hora para que el Tribunal en pleno lo escuche en diligencia de descargos.

PARAGRAFO: La diligencia de descargos no podrá adelantarse antes de los diez días hábiles, ni después de los veinte, contados a partir de la fecha de recibo de la comunicación en la cual se señalan los cargos, salvo en los casos de fuerza mayor.

Conc. D. 3380/81. Arts. 41 y 40.

D. 3380/81. Art. 41. “El escrito en el cual se le hacen saber los cargos al inculpado, deberá notificársele en la forma establecida en el Decreto 2733 de 1959.”

NOTA: El decreto 2733 de 1959 fue derogado por el Decreto 01 de 1984. Art. 40. **“EL INCULPADO PODRÁ SOLICITAR AL INSTRUCTOR LAS PRUEBAS QUE CONSIDERE CONVENIENTES, LAS QUE SE PRACTICARÁN SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONDUCTENTES DENTRO DE LA INVESTIGACIÓN”.** (Lo destacado no lo es en el texto).

ARTICULO 81. Practicada la diligencia de descargos, el Tribunal podrá solicitar la ampliación del informativo, fijando para ella un término no superior a quince días hábiles, o pronunciarse de fondo dentro del mismo término, en sesión distinta a la realizada para escuchar los descargos.

PARAGRAFO: En los casos de ampliación del informativo como consecuencia de la diligencia de descargos, la decisión de fondo deberá tomarse dentro de los quince días hábiles siguientes al plazo concedido para la práctica de dicha diligencia.

Pero el hecho de que en este caso la defensa haya formulado la solicitud de pruebas en memorial escrito y antes de la realización de la diligencia de descargos, no constituye irregularidad sustancial que afecte los derechos o garantías de ninguno de los participantes y menos aún de los intereses de la justicia disciplinaria.

Nos parece que por el contrario, al saber la Corporación de antemano cuáles son las pruebas que va a solicitar la defensa, tiene una mayor oportunidad para estudiarlas y buscar los argumentos suficientes y fundados bien para negarlas o bien para decretarlas.

Es lo que sucede en el proceso penal ordinario, donde en el régimen de la ley 600, los sujetos procesales deben solicitar anticipadamente las pruebas y nulidades que van a ser decretadas o negadas en la audiencia preparatoria del juicio. Así se dispone en dicha norma procesal:

más o menos lo que sucede en la Ley 906, estatuto procesal actualmente

vigente, en el que el descubrimiento de las pruebas que van a presentarse en la audiencia de juzgamiento, deben mostrarse a la contraparte anticipadamente, para que pueda preparar sus argumentos defensivos y ofensivos en relación con ellas:

ARTÍCULO 344. *INICIO DEL DESCUBRIMIENTO.* <Artículo y Aparte subrayado **CONDICIONALMENTE** exequible> Dentro de la audiencia de formulación de acusación se cumplirá lo relacionado con el descubrimiento de la prueba. A este respecto la defensa podrá solicitar al juez de conocimiento que ordene a la Fiscalía, o a quien corresponda, el descubrimiento de un elemento material probatorio específico y evidencia física de que tenga conocimiento, y el juez ordenará, si es pertinente, descubrir, exhibir o entregar copia según se solicite, con un plazo máximo de tres (3) días para su cumplimiento.

La Fiscalía, a su vez, podrá pedir al juez que ordene a la defensa entregarle copia de los elementos materiales de convicción, de las declaraciones juradas y demás medios probatorios que pretenda hacer valer en el juicio. Así mismo cuando la defensa piense hacer uso de la inimputabilidad en cualquiera de sus variantes entregará a la Fiscalía los exámenes periciales que le hubieren sido practicados al acusado.

El juez velará porque el descubrimiento sea lo más completo posible durante la audiencia de formulación de acusación.

Sin embargo, si durante el juicio alguna de las partes encuentra un elemento material probatorio y evidencia física muy significativos que debería ser descubierto, lo pondrá en conocimiento del juez quien, oídas las partes y considerado el perjuicio que podría producirse al derecho de defensa y la integridad del juicio, decidirá si es excepcionalmente admisible o si debe excluirse esa prueba.

En las condiciones anteriores, el proceder de la defensa en éste caso no ocasiona daño a ninguno de los participantes del proceso y por el contrario redundará en garantías. El anterior comportamiento no constituye irregularidad y menos aún causal de nulidad.

En este caso, el Tribunal debe en la diligencia de descargos proceder a decretar a ordenar las pruebas solicitadas y en el caso de que las decreta debe proceder a decretar la ampliación del informativo de conformidad con las

previsiones legales.

En las circunstancias precedentes, se decretará la nulidad anunciada por haberse negado una práctica probatoria por medio de un auto en realidad inexistente, porque ni siquiera fue firmado por la magistrada instructora del proceso.

En tales condiciones, el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de las funciones que le atribuye la Ley

RESUELVE

Artículo Primero - DECRETAR LA NULIDAD de todo lo actuado a partir del auto del 6 de septiembre de 2011. **Artículo Segundo - Devolver** el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **Artículo Tercero - Contra** esta decisión no procede recurso alguno.
COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

FDO. FERNANDO GUZMÁN MORA, Presidente - Magistrado Ponente;
GERMÁN PEÑA QUIÑONES Magistrado; LUIS ALBERTO BLANCO
RUBIO, Magistrado; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado; JUAN MEN-
DOZA VEGA Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico;
MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Noviembre veintinueve (29) del año dos mil once (2011)

**SALA PLENA SESIÓN No.1113 DEL VEINTINUEVE (29)
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011)**

REF: Proceso 417 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico

Denunciantes: F.C.M y M.C.A.

Denunciado: Dr J.E.C.R.

Asunto: Recurso de apelacion contra sentencia condenatoria

Providencia No. 115-2011

Magistrado ponente: Fernando Guzmán Mora

VISTOS

El 5 de Octubre de 2011, el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico decidió, no aceptar los descargos presentados por el doctor J.E.C.R., identificado con cédula de ciudadanía número ... de Barranquilla y Registro Médico númeroexpedido por el ... y lo sanciona con Censura Escrita y Publica.

Dentro de términos, el apoderado judicial del médico condenado, abogado DIEGO MALDONADO VELEZ, interpuso recurso de apelación en contra de la sentencia de primera instancia.

El cuaderno que contiene las diligencias fue recibido por esta superioridad el 21 de noviembre de 2011 y puesto para reparto correspondió por sorteo al Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA, quien procede a resolver el recurso con base en los siguientes:

HECHOS

El 16 de junio de 2008 nació en la Clínica Reina Catalina un niño prematuro producto de cesárea de urgencia, con un peso de 2.020 gramos, con retraso

en crecimiento intrauterino y oligoamnios, el cual fue hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos por espacio de tres días, en espera de una interconsulta con cardiología por sospecha de cardiopatía congénita debido a la presencia de cardiomegalia y posible derrame pericárdico.

Al tercer día los padres fueron informados que el bebe había fallecido en la madrugada y que el médico había dispuesto no llamarlos sino esperar a la hora de visita para informarles del insuceso.

Contactaron de inmediato al director de la UCI doctor J.E.C.R., quien de manera arrogante les dijo, entre otras cosas: “Yo no puedo traer al cardiólogo por el cuello porque esa no es la función mía. Yo solo me encargo de solicitar los servicios de los especialistas”. Y en suma, el cardiólogo jamás asistió a la institución de salud.

El tribunal de primera instancia consideró que la actuación del médico J.E.C.R. fué negligente, pues no hizo lo posible por conseguir algún especialista en cardiología que aclarara la situación del niño y asumió una actitud expectante hasta que el pequeño paciente falleció. Por lo tanto, elevó pliego de cargos por violación de los artículos 1 (numerales 1,2 y 3), 19 y 42 de la Ley 23 de 1981.

En la diligencia de descargos, con una manifiesta arrogancia ni desvirtúa las acusaciones endilgadas, ni explica de manera coherente los fundamentos científicos de la atención a un neonato en grave condición cardiológica y, en cambio, elude sus responsabilidades administrativas y científicas de manera evidente.

De acuerdo con el expediente, expresa muy claramente “yo no soy el que determina a quien se llama ni hago contratos, ni soy el encargado de conseguir los profesionales para que trabajen en la clínica, ni les pago, ni determino a quien llamar”

Por lo anterior, el Tribunal seccional de ética médica del Atlántico resuelve sancionar al doctor J.E.C.R. con Censura escrita y Publica.

La defensa del encartado interpone Recurso de Apelación en contra de la Sentencia impuesta y basa su inconformidad en los siguientes argumentos:

- El Dr J.E.C.R. no era el médico tratante y el cardiólogo de turno no respondió pues no se encontraba en la ciudad. Y el no concurso de otro cardiólogo no es de su incumbencia
- Existe el testimonio técnico de otro cardiólogo pediátrico, quien afirma que el niño no ameritaba atención cardiológica de urgencia por encontrarse estable.
- El juez no debe inmiscuirse en discusiones científicas

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

1-CUAL ES LA FUNCION DE UN MÉDICO COORDINADOR O JEFE DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN CRÍTICA?

A este respecto debe decirse que la responsabilidad de un coordinador, jefe o líder de una agrupación médica, especialmente cuando se nombra para dirigir la parte científica, no es simplemente de espectador pasivo o de veedor administrativo de unas pocas funciones. Por el contrario, debe responder por obligaciones inherentes a una conducta que obedezca los mas altos principios éticos y morales.

Los jefes de servicio son parte de lo que se ha llamado instituciones sociales, de tanta trascendencia en la historia de la humanidad.

A- LAS INSTITUCIONES SOCIALES

Son organizaciones creadas por la misma sociedad para solucionar problemas específicos en relación con las necesidades de sus miembros.

Sus características incluyen:

- a- Son parte de la cultura de cada sociedad. No es lo mismo la forma de educación que se administra en el Japón a la que se enseña en Colombia. Pero ambos países tienen su propia institución educativa y la aplican de acuerdo con su forma especial de ser.
- b- No hacen referencia a grupos específicos sino a ideas abstractas que se materializan en individuos que van siendo reemplazados con el paso del tiempo, los cambios sociales, el desarrollo tecnológico, la cultura universal y muchos otros parámetros de adaptación de las mismas.

c- Poseen complejidad interna a través de ideas propias, normas determinadas (Obviamente concordantes con la Constitución y las leyes de cada país) y métodos de funcionamiento concreto. Por ejemplo, las normas de regulación bancaria.

d- Son de carácter permanente. Por eso la frase aquella de “Las personas pasan y las instituciones quedan”. Sin embargo, las personas son las que le imprimen su sello personal a la forma de estructura y funcionamiento de cada institución.

e- Poseen estructura articulada interna y externamente. Por ejemplo, la universidad, debe consultar las necesidades de cada país y adaptarse a la formación de sus profesionales de acuerdo con las leyes vigentes para cada caso.

f- Poseen elementos culturales y simbólicos individuales. Aquí sí incluyen las creencias, valores, emblemas, marcas, ritos, etc.

Según Hauriou se pueden agrupar en:

a) Instituciones Personas: son una idea de obra o de empresa que se realiza y perdura jurídicamente en un medio social que se personifica, en las cuales por interiorizarse el poder organizado y la manifestación de comunión de los miembros del grupo en el cuadro de la idea de obra, esta se hace sujeto de la persona moral que se desarrolla en el cuerpo constituido.

b) Instituciones cosas: en ellas no se va a producir la personificación no va a surgir una nueva personalidad moral, debido a que la idea que vive en la sociedad, no va a hacer generadora de corporaciones en las cuales los individuos van a realizar una actividad o empresa de algún tipo. En las instituciones cosas falta un plan acción un plan a realizar, un proyecto a realizar, en ellas operan un principio de limitación en las voluntades ej. Las reglas jurídicas.

B- LOS VALORES EN EL EJERCICIO DEL LIDERAZGO MÉDICO

En el análisis de las cosas pueden existir juicios de realidad que describen los fenómenos y sus relaciones; y los juicios de valor, que juzgan las cualidades

de dichos fenómenos y las califican de acuerdo al punto de vista de quien juzga, es decir, a la luz de los valores de quien observa. El valor es anterior al juicio de valor, aunque estos están interrelacionados: se adhiere a los valores través de los juicios de valor y, al contrario, se aprenden los valores a través de dichos juicios.

Muchos modelos sociales son normas de conducta, porque orientan la acción en circunstancias particulares de tiempo, espacio y situación. Su campo de acción es restringido. Ejemplo: Normas de urbanidad, ceremonias, etc. Sin embargo, debe mirarse hacia el trasfondo que sostiene los modelos: El conjunto de valores. Así por ejemplo, las normas de urbanidad son manifestaciones de respeto hacia los demás.

El poder de los modelos descansa sobre la adhesión a los valores específicos. La relación entre valores y modelos es compleja.

Los problemas fundamentales de la existencia humana son: Definir su naturaleza, relacionarla con el entorno, definir el la categoría del tiempo, modalidades de actividad humana y relaciones interpersonales. Las soluciones a dichos problemas varían de acuerdo a la persona y la comunidad, dependiendo de valores predominantes y de la existencia de valores que pueden ser antagónicos entre ellos.

Pocos valores realmente nuevos aparecen en una sociedad. El llamado “cambio de valores” es, esencialmente, una transformación en la jerarquía de los mismos, más que la creación real de valores nuevos. Además, la diferente escogencia de valores hace a las comunidades diferentes

De acuerdo a Talcott Parsons, la acción humana se encuentra en permanentes dilemas. Esos dilemas son:

- A-Expresión del sentimiento: Libre curso del mismo (opción de la afectividad) o su control restrictivo (neutralidad afectiva)
- B-Juicio de las situaciones: Con criterios universales (universalismo) o particulares (particularismo)
- C-Aprecio a la gente: Con base en lo que son (calidad) o con base en lo que hacen (desempeño)
- D-Consideración social de las personas: Como entes globales (globalismo) o de acuerdo a patrones específicos (especificidad)

E-Actuación: De acuerdo con objetivos personales (Egocentrismo) o compartidos (comunitarismo).

Las personas actúan dependiendo del contexto y la situación específica que se presente.

El perfil de una comunidad deriva del conjunto global de las decisiones adoptadas por la mayoría de sus miembros en diversos contextos particulares. En la misma forma se comportan los individuos. Por ejemplo, el empresario latinoamericano es particularista y globalista, en tanto el norteamericano es universalista y especificista.

Los valores desempeñan un importante rol social:

A-Dan coherencia a las reglas sociales

B-Fortalecen la integración personal

C-Integran socialmente

C- LA DIMENSION ÉTICA DEL LÍDER SOCIAL

La figura del líder social ha sido uno de los paradigmas de educación en todos los tiempos, al representar los valores que son máspreciados en cualquier agrupación humana: Comportamiento ético, sabiduría creciente, compasión por el prójimo, pericia en el ejercicio, claridad conceptual e inteligencia, son solamente algunas de las características que se han asociado a la imagen de quien ejerce el liderazgo en la comunidad.

Entendemos como LIDERAZGO la capacidad de inspirar a otros a tomar determinadas decisiones o a seguir conductas específicas mediante el ejemplo, el convencimiento conceptual, el carisma personal, el poder o la autoridad.

Dentro de este concepto, PODER es la capacidad de ejercer influencia sobre otras personas con el objeto de modificar comportamientos, fundamentándose su origen en la posibilidad de recompensa, coerción punitiva, autoridad legítima, experiencia cognitiva y carisma personal.

Por otro lado, la AUTORIDAD es una forma de poder basada en la legitimidad para ejercer influencia sobre los demás dentro de ciertos límites previamente

trazados y aceptados por quienes forman parte de una organización o comunidad. Es el poder revestido de legalidad.

La aceptación de autoridad por parte de los subordinados o grupos de influencia se basa en la capacidad de entender las órdenes, la compatibilidad de las órdenes con los principios generales de la comunidad, la concordancia con los intereses personales y la posibilidad de obedecer en forma congruente.

Líder es una palabra que denomina a quien guía o conduce a un grupo de personas. Es un dirigente que conduce a la gente a través del cambiante devenir temporoespacial, para llevarla a una meta determinada. El líder no necesariamente es un jefe, sino un orientador. El verdadero líder nunca deja perder el objetivo.

Lo anterior para fundamentar el hecho de ser tanto los médicos como los abogados, verdaderos líderes sociales, sobre cuyos hombros descansa el normal desenvolvimiento de la comunidad

2-SI SE SABIA DE MANERA TEMPRANA QUE EXISTIA AL MENOS SOSPECHA DE PROBLEMA CARDIACO EN EL RECIEN NACIDO Y POR ENDE SE SOLICITO UN ECOCARDIOGRAMA: POR QUE NO SE HICIERON ESFUERZOS CLAROS POR CONSEGUIR DICHO ESPECIALISTA?

Aquí debe hablarse de la posición de garante que tiene el médico sobre los pacientes bajo su responsabilidad, máxime cuando no tienen capacidad de decisión, como en el caso de los infantes y los recién nacidos, incapaces de expresar sus dolencias

Mencionemos una sentencia de la Corte Constitucional:

Sentencia SU.1184/01 Referencia: expediente: T-282730

Peticionario: Nory Giraldo de Jaramillo

Magistrado Ponente: Dr. EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT

La jurisprudencia de la Corte no ha considerado de manera expresa el tema de las conductas omisivas. Aunque ellas deben estar sujetas a las mismas condiciones fijadas en la sentencia C-358 de 1997, que constituye doctrina

obligatoria en la materia, la Corporación estima necesario despejar cualquier duda sobre el punto.

12. La dogmática naturalista del siglo XVIII en materia penal, trató de edificar el delito de omisión sobre la base de los elementos característicos del delito de comisión. Con fundamento en el derecho liberal que surge después de la revolución francesa, Feurbach encontró que la “obligación originaria” de todo ciudadano estaba constituida por prohibiciones: no realizar conductas que pudieran ocasionar daño a terceros. Los mandatos – la obligación de realizar determinados comportamientos orientados a proteger bienes jurídicos – tenían una naturaleza excepcional, porque en principio no se tiene el deber de iniciar acciones de salvamento a favor de otra persona. Para que ello ocurra, se requiere un “deber jurídico especial” que obligue a la evitación de determinados resultados. Los juristas del siglo XIX lo encontraron inicialmente en la ley y el contrato. Posteriormente le agregaron la injerencia (el comportamiento peligroso anterior) y las estrechas comunidades de vida. Este enfoque se caracterizó por el estudio de las fuentes formales; es decir, por determinar donde nacen los deberes jurídicos de evitación del resultado, mas no por precisar su fundamento.

13. El énfasis hacia el estudio material de las posiciones de garante es una tarea del siglo XX, que tuvo su máximo exponente en la llamada teoría de las funciones: es la posición que ocupe el sujeto en la sociedad, independientemente del reconocimiento expreso del deber de actuar en una ley, lo que fundamenta la obligación de evitar determinados resultados. Si bien el concepto de garante, como criterio básico de equivalencia entre la acción y la omisión se debe a Nagler (1938), el principal representante de un criterio material fue Armin Kaufmann. Para él, la posición del sujeto con respecto al control de fuentes de peligro (garantes de vigilancia) o frente a bienes jurídicos que debe defender ante ciertos peligros que los amenace (garantes de protección) determina la posición de garante.

14. El moderno derecho penal de orientación normativista, se caracteriza por el abandono de los criterios con base en los cuales la dogmática naturalista del siglo XIX -predominante hasta la década de 1980 en el siglo XX- edificó la teoría del delito: causalidad, evitabilidad y dolo. Actualmente, el juicio de imputación se fundamenta en la delimitación de ámbitos de competencia: sólo se responde por las conductas o resultados que debo desarrollar o evitar en virtud de los deberes que surgen de mi ámbito

de responsabilidad y que se desprenden de los alcances de la posición de garante. Lo demás –salvo los deberes generales de solidaridad que sirven de sustento a la omisión de socorro– no le concierne al sujeto, no es de su incumbencia.

Desde esta perspectiva, el núcleo de la imputación no gira en torno a la pregunta acerca de si el hecho era evitable o cognoscible. Primero hay que determinar si el sujeto era competente para desplegar los deberes de seguridad en el tráfico o de protección frente a determinados bienes jurídicos con respecto a ciertos riesgos, para luego contestar si el suceso era evitable y cognoscible. Ejemplo: un desprevenido transeúnte encuentra súbitamente en la calle un herido en grave peligro (situación de peligro generante del deber) y no le presta ayuda (no realización de la acción esperada); posteriormente fallece por falta de una oportuna intervención médica que el peatón tenía posibilidad de facilitarle trasladándolo a un hospital cercano (capacidad individual de acción). La muerte no le es imputable a pesar de la evitabilidad y el conocimiento. En efecto, si no tiene una posición de garante porque él no ha creado el riesgo para los bienes jurídicos, ni tampoco tiene una obligación institucional de donde surja un deber concreto de evitar el resultado mediante una acción de salvamento, el resultado no le es atribuible. Responde sólo por la omisión de socorro y el fundamento de esa responsabilidad es quebrantar el deber de solidaridad que tiene todo ciudadano.

La imputación de una conducta o un resultado en derecho penal, depende del ámbito de competencia a que corresponda su protección. Para su delimitación (la del ámbito de competencia) hay que precisar en primer lugar (1) cuál es la posición de garantía que tiene el sujeto (si esta se origina en la creación de riesgos o en roles institucionales) y cuáles son los deberes que surgen de ella. Establecido este elemento, (2) hay cuatro que sirven para concretar el juicio de imputación : i) el riesgo permitido que autoriza la creación de peligros dentro de los límites que la sociedad va tolerando en virtud de las necesidades de desarrollo, ii) el principio de confianza, indispensable para que pueda darse una división del trabajo y que le permite al sujeto delegar ciertas tareas sobre la base de que los demás son personas autorresponsables que cumplirán con la expectativas que surgen de una determinada función, iii) la acciones a propio riesgo, en las cuales se imputa a la víctima las conductas que son producto de la violación de sus deberes de autoprotección y iv) la prohibición de regreso, según la cual, el favore-

cimiento de conductas dolosas o culposas por un tercero, no le son imputables a quien las hubiere facilitado dentro del riesgo permitido. Demostrada la creación de un riesgo jurídicamente desaprobado, se requiere además (3) una realización del riesgo. Es decir, que el mismo riesgo creado para el sujeto sea el que se concrete en la producción del resultado. Criterios como el fin de protección de la norma de diligencia, la elevación del riesgo y el comportamiento doloso o gravemente imprudente de la víctima o un tercero, sirven para saber cuando se trata de la misma relación de riesgo y no de otra con distinto origen, no atribuible a quien ha creado inicialmente el peligro desaprobado.

15. En la actualidad, un sector importante de la moderna teoría de la imputación objetiva (la nueva escuela de Bonn: Jakobs, Lesch, Pawlik, Müssig, Vehling) estudia el problema desde una perspectiva distinta a la tradicional de Armin Kaufmann: el origen de las posiciones de garante se encuentra en la estructura de la sociedad, en la cual existen dos fundamentos de la responsabilidad, a saber:

1) En la interacción social se reconoce una libertad de configuración del mundo (competencia por organización) que le permite al sujeto poner en peligro los bienes jurídicos ajenos; el ciudadano está facultado para crear riesgos, como la construcción de viviendas a gran escala, la aviación, la exploración nuclear, la explotación minera, el tráfico automotor etc. Sin embargo, la contrapartida a esa libertad es el surgimiento de deberes de seguridad en el tráfico, consistentes en la adopción de medidas especiales para evitar que el peligro creado produzca daños excediendo los límites de lo permitido. Vg. Si alguien abre una zanja frente a su casa, tiene el deber de colocar artefactos que impidan que un transeúnte caiga en ella. Ahora bien, si las medidas de seguridad fracasan y el riesgo se exterioriza amenazando con daños a terceros o el daño se produce – un peatón cae en la zanja- surgen los llamados deberes de salvamento, en los cuales el sujeto que ha creado con su comportamiento peligroso anterior (generalmente antijurídico) un riesgo para los bienes jurídicos, debe revocar el riesgo – prestarle ayuda al peatón y trasladarlo a un hospital si es necesario- (pensamiento de la injerencia). Esos deberes de seguridad en el tráfico, también pueden surgir por asunción de una función de seguridad o de salvamento, como en el caso del salvavidas que se compromete a prestar ayuda a los bañistas en caso de peligro.

Los anteriores deberes nacen porque el sujeto ha configurado un peligro para los bienes jurídicos y su fundamento no es la solidaridad sino la creación del riesgo. Son deberes negativos porque su contenido esencial es no perturbar o inmiscuirse en los ámbitos ajenos. Corresponde a la máxima del derecho antiguo de no ocasionar daño a los demás.

2) Pero frente a la libertad de configuración, hay deberes que proceden de instituciones básicas para la estructura social (competencia institucional) y que le son impuestas al ciudadano por su vinculación a ellas. Por ejemplo, las relaciones entre padres e hijos y ciertas relaciones del estado frente a los ciudadanos. Estos deberes se caracterizan, porque el garante institucional tiene la obligación de configurar un mundo en común con alguien, de prestarle ayuda y protegerlo contra los peligros que lo amenacen, sin importar que el riesgo surja de un tercero o de hechos de la naturaleza. Vg. El padre debe evitar que un tercero abuse sexualmente de su hijo menor y si no lo hace, se le imputa el abuso.

Los deberes institucionales se estructuran aunque el garante no haya creado el peligro para los bienes jurídicos y se fundamentan en la solidaridad que surge por pertenecer a ciertas instituciones básicas para la sociedad. Se trata de deberes positivos, porque contrario a los negativos en los cuales el garante no debe invadir ámbitos ajenos, en éstos debe protegerlos especialmente contra ciertos riesgos.

16. En una teoría de la imputación objetiva construida sobre las posiciones de garante, predicable tanto de los delitos de acción como de omisión, la forma de realización externa de la conducta, es decir, determinar si un comportamiento fue realizado mediante un curso causal dañoso o mediante la abstención de una acción salvadora, pierde toda relevancia porque lo importante no es la configuración fáctica del hecho, sino la demostración de si una persona ha cumplido con los deberes que surgen de su posición de garante.

Si alguien tiene deberes de seguridad en el tráfico, lo trascendente para la imputación es si esa persona desplegó deberes de diligencia para evitar que el peligro creado no excediera los límites de lo prohibido. Si se es garante, no interesa si el sujeto originó un curso causal (acción) o no impidió el desarrollo del mismo (omisión), sino, si ha cumplido con los deberes de seguridad que le impone el ejercicio de una actividad peligrosa. Vg.

Si alguien maneja una represa y el agua se desborda ocasionándole daño a una población, en el juicio de imputación lo sustancial no es si el operario abrió la compuerta mas de lo debido (acción) o simplemente no la cerró a tiempo (omisión); lo fundamental es si cumplió o no con los deberes de seguridad que surgían del control de una fuente de peligro. Lo mismo acontece, cuando en virtud de relaciones institucionales se tiene el deber de resguardar un determinado bien jurídico contra determinados riesgos. El padre de familia incumple sus deberes de protección frente a su hijo, no sólo cuando entrega el arma homicida, también lo hace cuando no evita que un tercero le ocasione una lesión mortal.

En la actualidad, se afirma que la técnica moderna y el sistema social, hacen intercambiables la acción y la omisión. Günther Jakobs ha demostrado que todos los problemas del delito de omisión son trasladables a la acción. Hay conductas activas, socialmente adecuadas, que se convierten en un riesgo jurídicamente desaprobado cuando la persona tiene una posición de garante. Ejemplo: es socialmente adecuado apagar la luz del portón de una casa (acción) aun cuando sea probable que un peatón puede tropezar en la oscuridad; pero se convierte en un comportamiento prohibido (apagar la luz) si el propietario ha realizado una construcción frente a ella, porque al crear una fuente de peligro aparecen deberes de seguridad en el tráfico: alumbrar la obra para que nadie colisione con ella.

Conclusión: si una persona tiene dentro de su ámbito de competencia deberes de seguridad en el tráfico o de protección frente a determinados bienes jurídicos, en el juicio de imputación es totalmente accesorio precisar si los quebrantó mediante una conducta activa – vg. facilitando el hecho mediante la apertura de la puerta para que ingrese el homicida- o mediante una omisión – vg. no colocando el seguro de la entrada principal-.

En una grave violación a los derechos fundamentales, la conducta del garante que interviene activamente en la toma de una población, es similar a la de aquel que no presta la seguridad para que los habitantes queden en una absoluta indefensión. En virtud del principio de igualdad, cuando la acción y la omisión son estructural y axiológicamente idénticas, las consecuencias deben ser análogas: Si la conducta activa es ajena al servicio, también deberá serlo el comportamiento omisivo.

3- POR QUE SE MANTUVO UNA CONDUCTA EXPECTANTE EN UN PACIENTE CLARAMENTE ENFERMO AL NACER Y CON UNA ENFERMEDAD QUE, AL FIN Y AL CABO, LO LLEVÓ A LA MUERTE?

De nuevo, aparece la figura del médico como protector especial de sus enfermos, como garante de su seguridad.

En un artículo respecto de la Delegación y Posición de Garante, que hace referencia a la Responsabilidad Disciplinaria del Delegante y Delegado, afirma el doctor Carlos Arturo Gómez Pavajeau, por entonces Viceprocurador General de la Nación:

“Incurrirán en responsabilidad no sólo los autores de una falta, sino también los jefes que la toleren, como aquellos que induzcan a su comisión”. La posición de garante, fórmula jurídica que permite atribuir a un sujeto, como centro de imputación jurídica, un suceso que ha tenido ocurrencia por causa de la naturaleza o por obra de otra persona, es un asunto bien conocido en Derecho Penal; no así, en materia de responsabilidad administrativa.

Lo anterior confirma lo que venimos sosteniendo en materia de las llamadas infracciones disciplinarias de comisión por omisión:

IMPUTACIÓN OBJETIVA:

En efecto, el tipo objetivo se configuraría:

- a) Por la situación típica, aquellas circunstancias que, ante la posible afectación de un derecho o de un interés público, reclaman un comportamiento salvador;
- b) La ausencia de la acción ordenada, esto es, de la acción salvadora;
- c) La atribución de esa acción a quien se encuentra en posición de garante;
- d) La capacidad o poder de realizar, en concreto e individualmente, la acción ordenada; y,
- e) El juicio hipotético, con seguridad fundada en una alta probabilidad, de haberse evitado el resultado dañoso en caso de que efectivamente se hubiese actuado.

IMPUTACIÓN SUBJETIVA:

El tipo subjetivo dado por:

- a) El conocimiento de la situación típica; y,
- b) La conciencia de la capacidad o poder de acción, individual y en concreto, frente a la acción salvadora ordenada.

Allí se configura la imputación subjetiva por dolo, empero, de no tenerse el conocimiento efectivo de la situación típica o faltar la conciencia actual de la capacidad de acción salvadora, pero ambos en grado de actualizables, se configura la infracción al deber objetivo de cuidado como primer eslabón para la estructuración de la infracción culposa.

Pero además, puede decirse, lo afirmado por la jurisprudencia tiene significativa relevancia en materia de lucha contra las violaciones a los Derechos Humanos y al Derecho Internacional Humanitario, pero también para lo concerniente al tema de corrupción administrativa.

Sin embargo, es obvio que, en este último tópico, apenas la claridad se aproxima al tema de la posición de garante en que se encuentra el delegante respecto del comportamiento del delegado, en materia de contratación estatal, quedando pendiente otros subtemas como el referido a los llamados controles jerárquico y de tutela.

El Consejo de Estado ha dado cuenta, materialmente, de la existencia de posiciones de garante en materia de la delegación administrativa, empero, no se ha referido al tema de manera expresa y con claridad en la utilización de la forma jurídica.

Antes de abordar tales temas, se requiere auscultar el sentido constitucional de los deberes a cargo de particulares pero, especialmente, también a cargo de los servidores públicos en el marco de un Estado Social y Democrático de Derecho.

Es justo y necesario. Los deberes constitucionales de los particulares, la familia y la sociedad de vieron incrementados y potenciados por el nuevo orden constitucional, con más veraz, debe apreciarse, también ello sucedió en materia de deberes sociales a cargo de los servidores públicos.

4- POR QUE NO SE CONSIGUIÓ UN CARDIÓLOGO PEDIÁTRICO EN VIDA DEL NIÑO, PERO CUANDO APARECE LA DENUNCIA SE LLAMA FÁCILMENTE A QUIEN SE CONSIDERA EL MEJOR CARDIÓLOGO INFANTIL DE LA CIUDAD?

Aquí se evidencia la falta de interés del inculpado, en sus funciones como “apoyo científico en la Unidad de Cuidados Intensivos”

Cual fue el apoyo que prestó en este caso a la criatura que se encontraba tan enferma que finalmente murió?

Pero cuando aparece el proceso disciplinario que juzga su lamentable actuación sí aparece un ilustre cardiólogo de la ciudad que trata de respaldar su conducta omisiva

5- COMO SE EXPLICA LA ACTITUD GROSERA Y ARROGANTE DEL MÉDICO COORDINADOR DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

La medicina se encuentra en franco proceso de deterioro. Y una de sus manifestaciones es el desprecio por la tragedia humana.

Dirigirse de manera arrogante, pedante y autosuficiente a un par de adoloridos padres de una criatura que acaba de fallecer no habla bien del profesional que incurre en tal acto y pone a la medicina en mala posición respecto de la comunidad en general

Una de las más profundas contradicciones de nuestra sociedad es vivir al mismo tiempo y en el mismo sitio bajo el dictado de éticas totalmente diferentes (si no francamente opuestas). Quizás la “pareja” más interesante esté constituida por el concurso de la ética utilitarista planteada por el pensamiento neoliberal y su contraparte, el grupo de ideologías de tipo proteccionista social, entre ellas la escuela keynesiana, la doctrina social de la Iglesia y los planteamientos de los diferentes pensadores socialistas.

Quizás la comunidad actual deba regresar un poco a los conceptos básicos y a las normas mínimas de convivencia social. Una de las fuentes de pensamiento más importantes es la filosofía kantiana. El filósofo de Königsberg trabajó una serie de conceptos de enorme profundidad, con el objeto de fundamentar la ética a la luz de los principios del deber y de la conservación del individuo y la especie.

En opinión de Kant, los principios prácticos son máximas, cuando el sujeto los considera válidos sólo en relación con su propia voluntad. Son imperativos cuando poseen un alcance objetivo y toman la forma de un 'deber ser'.

Estos Imperativos pueden ser hipotéticos cuando prescriben bajo ciertos supuestos (si quieres ganar la carrera, debes entrenar todos los días) y categóricos cuando ordenan en términos absolutos e incondicionales, es decir, los imperativos categóricos son las verdaderas leyes morales (Ej.: se debe decir siempre la verdad). Como tales, pueden coaccionar la voluntad individual a través de un mandato, en razón a que representan una voluntad universal. Las características de los imperativos categóricos son su autonomía y su universalidad.

El ser humano tiene dos dimensiones dentro de sí: el instinto, gobernado por el principio del placer, y la razón, gobernada por el principio del deber.

Para obrar en forma racional, haciendo prevalecer los principios morales esenciales (imperativos categóricos), sobre las inclinaciones naturales o instintivas, el hombre debe poseer la fuerza interior necesaria, el sentido claro del deber, la capacidad de actuar por fines nobles sacrificando, si es necesario, su propio bienestar.

A la luz del pensamiento kantiano, el fundamento de la ética no puede ser la felicidad, que es una representación empírica de la imaginación, sino el deber, que es una representación formal de la razón. No puede ordenar su conducta con base en la felicidad que de ella pueda derivar, ni por obedecer a un mandato externo de la voluntad, pues si esto fuera así, el instinto hubiera cumplido su cometido con más eficacia que la razón.

¿Por qué no la felicidad como fin moral último? Por varias razones: La apetencia de los objetos guarda relación con el fenómeno del placer, que es subjetivo e individual. La felicidad depende de la constitución y características de cada sujeto, heterogéneas por definición y por tanto no puede erigirse como ley objetiva.

Kant lo expresaba, entre otros escritos, en la siguiente forma: "Satisfacer el mandato categórico de la moralidad, está en todo tiempo en poder de cada cual; satisfacer el precepto empírico condicionado de la felicidad, no es

para cada uno más que rara vez posible, aun sólo con respecto a una única intención. [...]"

"[...] Es una desdicha que el concepto de felicidad sea un concepto tan indeterminado que, aun cuando todo hombre desea alcanzarla, nunca puede decir de modo fijo y acorde consigo mismo lo que propiamente quiere y desea. Y la causa de ello es que todos los elementos que pertenecen al concepto de felicidad son empíricos, es decir, tienen que derivarse de la experiencia y que, sin embargo, para la idea de la felicidad se exige un todo absoluto, un máximo de bienestar en mi estado actual y en todo estado futuro [...]"

Por tanto, determinar con exactitud aquello que produce la felicidad de un ser racional, es totalmente imposible. En consecuencia, no se puede 'ordenar' lo que nos haga felices. Se procede moralmente cuando el principio adoptado tiene amplitud universal.

Y en este punto, nuestro filósofo prusiano afirma que lo moralmente bueno es la Buena Voluntad. Con ello no quiere decir que baste solamente con una buena intención, se requiere, además, colocar todos los medios posibles para que lo bueno tenga efecto. Aquí entra el concepto de voluntad: Es el modo de querer de aquellos seres racionales que, cuando desean un determinado fin, desean también los medios oportunos para alcanzarlo, aun contando con la debilidad en la praxis.

En conclusión, en lugar de decir "Haz aquello que te haga feliz", Kant dice: "Haz aquello que te haga digno de ser feliz".

Para Kant, sólo las cosas tienen precio. La persona humana tiene dignidad. Los seres racionales, por lo tanto, nunca son medios. Son fines en sí mismos. Por esta razón debe tratarse siempre a la humanidad, tanto en la persona propia como en la de los demás como un fin, sin servirse de ella exclusivamente como medio.

"[...] toda voluntad, incluso la propia voluntad de toda persona, dirigida sobre esta misma, está limitada por la condición del acuerdo con la autonomía del ser racional, a saber, no someterlo a ninguna intención que no sea posible, según una ley que puede originarse en la voluntad del sujeto pasivo mismo; no emplear, pues, éste nunca sólo como medio, sino al mismo tiempo también como fin[...]"

La ley natural es la del beneficio individual, propia de la libre competencia. En cambio, la ley moral es la de la sociedad libre.

El ser humano tiene una representación consciente de sí mismo. Esta autoconciencia puede derivar en egoísmo porque el individuo a menudo confunde el acto de conocerse con el de valorarse. Kant clasificó el egoísmo así: lógico (que no somete su juicio al efecto comparativo de otras opiniones por considerarlas innecesarias); estético (que continúa con sus preferencias, aun por encima de las críticas de los otros); y moral (para quien no hay más valor que lo que a él le produce provecho).

En palabras del mismo Kant: “Muy hermoso es hacer el bien a los hombres por amor a ellos y por benevolencia compasiva, [...] pero esa no es todavía la legítima máxima moral de nuestra conducta [...] si nosotros tenemos la pretensión a modo por decirlo así, de soldados voluntarios de alzarnos con orgullosa ilusión por encima del pensamiento del deber y de querer hacer, independientes del mandato, sólo por el propio placer aquello para lo cual ningún mandato sería necesario [...] obremos con buen ánimo. Amar al prójimo quiere decir cumplir con gusto todos los deberes con respecto a él.”

Como consecuencia de esta postura, habrá ‘bondad en el propósito’, porque “[...] la necesidad de mis acciones por puro respeto hacia la ley práctica es lo que constituye el deber, ante el cual tiene que inclinarse cualquier otro determinante, porque es la condición de una voluntad buena en sí cuyo valor está por encima de todo[...]

CONCLUSIONES

La actitud profesional y personal del médico J.E.C.R. es simplemente lamentable.

No solamente no hizo lo posible por proteger la vida y el bienestar del pequeño paciente bajo su cuidado como líder de la Unidad de Cuidados Intensivos, sino que actuó de manera sorprendentemente desconsiderada y grosera con los familiares del enfermo que falleció.

Además trató de justificar su conducta omisiva con base en pobres argumentos administrativos y de escasa relevancia científica.

Desde el punto de vista procesal se le ofrecieron todas las garantías que brinda la Ley para su defensa y sus argumentos y pruebas no fueron capaces de convencer a sus jueces ni de justificar su pobre actuación profesional

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 decisión de sancionar al doctor J.E.C.R., identificado con cédula de ciudadanía número de ...y Registro Médico número .. expedido por el con Censura Escrita y Publica. **Artículo Segundo** - Enviar el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **Artículo Tercero** - Contra la presente providencia no caben recursos.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. FERNANDO GUZMÁN MORA, Presidente –Magistrado Ponente; GERMÁN PEÑA QUIÑONES Magistrado; LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO, Magistrado; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaria

Bogotá, Junio once (11) del año dos mil trece (2013)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1180 DEL ONCE (11)
DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

REF: Proceso No. 691 Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas
Contra doctor J.A.P.J.
Denunciante: señora M.L.R.Z.

Providencia No. 38-2013
Magistrado ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas

VISTOS

En comunicación fechada del 14 de abril de 2.009 dirigida al Presidente del Tribunal de Ética Médica de Caldas por la Enfermera M.L.R.Z., esta profesional denuncia una serie de hechos sucedidos en la noche del 20 de marzo de 2.009 en el Instituto de Corazón de la ciudad de Manizales, que dieron pie para que el Tribunal Seccional aceptara dar trámite a la queja y ordenara la Apertura de la Instrucción, durante la cual se vinculó al médico cardiólogo J.A.P.J por presentar faltas a la ética médica en los hechos denunciados por la quejosa en la citada comunicación. Con fecha 12 de julio de 2.011, el médico indagado rindió diligencia de Versión Libre analizando detalladamente los hechos ocurridos y dando explicación sobre su participación en estos. Así mismo asistieron en diligencia de Declaración bajo juramento los doctores J.U. y C.E.G. de la Unidad de Cuidado Intensivo y la doctora M.L. médica general del tercer piso norte, todos ellos médicos de turno en el Instituto del Corazón. En Sala realizada el 27 de Septiembre de 2.011 el Tribunal Seccional encontró que existía mérito para formular pliego de cargos al doctor J.AP.J. por violación de la Ley 23 de 1.981 en sus artículos 10 del Capítulo I y 42 del Capítulo IV. Rendida su diligencia de descargos, el Tribunal, en Providencia del 5 de marzo de 2.013 no aceptó los descargos presentados por el implicado y le impuso

Sanción consistente en Censura Escrita pero Privada, por lo cual la apoderada del médico sancionado interpuso Recurso de Apelación que es aceptado por el Tribunal de Primera Instancia y enviado a esta Superioridad, la cual asignó por sorteo su estudio al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

HECHOS

La señora O.H.Q. de 75 años de edad, quien fuera sometida el 17 de marzo de 2.009 a una osteosíntesis de cuello femoral izquierdo por fractura intertrocanterea al sufrir una caída de su propia altura, cursaba un post operatorio satisfactorio, pero el día 20 en horas de la noche presentó una crisis hipertensiva acompañada de dificultad respiratoria. Inmediatamente fue atendida por la enfermera jefe del piso señora M.L.R. proporcionándole oxígeno y llamando a la médica de turno doctora M.L quien encontró un cuadro de sobrecarga ventricular izquierda y edema pulmonar agudo; solicita radiografía portátil de tórax y electrocardiograma y aplica 40mgs. de Furosemida, Beclometazona y solicita gases arteriales. Previamente la enfermera M.L. había solicitado un ventury; al respecto es ilustrativo consignar lo anotado por ella en esos momentos: “le sugiero a la doctora un ventury en lo que está de acuerdo, le solicito a las auxiliares un ventury y me reportan que en el Servicio no hay ventury, hago el requerimiento para farmacia pero no lo despachan de inmediato por lo que decido llamar con carácter urgente. Envían un ventury pediátrico en un lugar donde ya no atiende neonatos mientras la paciente incrementa dificultad respiratoria; se ubica ventury hasta el 50% sin lograr llevar saturación por encima de 85% y me informan que no hay máscara de no re inhalación y un jet para dar un mejor aporte de oxígeno” (Folio 1). El estado general de la paciente se deteriora por lo cual se solicita traslado a UCI, pero se encuentra con la dificultad de que para autorizarla es necesaria la valoración por un internista, que no se encuentra en ese momento en el Instituto porque sus turnos son de modalidad de “llamada”. La doctora M.L. lo localiza telefónicamente en dos oportunidades: en la primera el médico doctor A.P. no confirma su desplazamiento al Instituto y da instrucciones de traslado a la Unidad; en la segunda la doctora L. le explica el cuadro crítico de la paciente y el doctor J.A.P.J. se desplaza y en 20 minutos llega a la Unidad y valora a la paciente según consta en Folio 18 (c.1), cuando ya los médicos de la UCI habían autorizado el traslado de la paciente logrando estabilizarla mediante soporte ventilatorio no invasivo (CIPAP). Dos días después (marzo 23) la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intermedios donde ingre-

sa consciente, orientada, hidratada, afebril, con oxígeno por cánula nasal. Es controlada mediante hidratación con solución salina normal, control de electrolitos, oxígeno permanente por cánula nasal y antihipertensivo. En control del 26 de marzo a la 20:33 la paciente se encuentra dormida, TA188/65, saturación de 95%, campos pulmonares con crépitos bilaterales, ruidos cardiacos: extrasístoles ocasionales, abdomen normal, reporte de potasio 2.87. Se continúa con reposición de potasio. A las 05:25 del 26 de marzo comienza a presentar apneas y es llamado el médico de turno doctor F.G. quien no encuentra signos vitales. Realiza maniobras de resucitación sin resultado y declara fallecida a la paciente (Folios 25 y 78).

RESULTANDOS Y CONSIDERANDO

Como bien se expone en el primer párrafo de las consideraciones tenidas en cuenta para la decisión sancionatoria al doctor J.A.P.J. “la esencia de la queja de la enfermera M.L.R. radicó en que el médico especialista no estuvo disponible el 20 de marzo de 2.009 para atender a la paciente O.H.Q en el Instituto de Corazón de Manizales cuando la enferma debía ser internada en la Unidad de Cuidado Intensivo de esa Institución, porque una norma interna exigía la evaluación por medicina interna de la paciente para ser aceptada en la Unidad” (Folio 220 c.19). Teniendo en cuenta esta queja como punto de partida del Proceso, el Tribunal Seccional, concluyó que el doctor J.A.P.J. había infringido la Ley 23 de 1.981 al violar los artículos 10(de las Relaciones del médico con el paciente) y 42 (de las Relaciones del médico con las Instituciones). Apoya la anterior consideración en las declaraciones de la enfermera denunciante y de la médica del tercer piso, dándoles un decisivo valor probatorio porque según su criterio, a raíz de la negativa inicial para presentarse en el Instituto sometió a la paciente a riesgos dada la gravedad de su estado clínico, demorando su ingreso a la UCI pues para ello se requería una valoración de su parte. Poco valió en su favor que como respuesta a la segunda llamada, en veinte minutos se hiciera presente y valorara a la paciente, que ya había sido admitida a la UCI por autorización de los especialistas de turno de dicha unidad. Todo ello dio pie para que en el Recurso de Apelación se cuestionara el fallo condenatorio “por considerar que las pruebas obrantes en el proceso demuestran unos elementos fácticos completamente diferentes a lo analizado en el fallo”. Cita en su apoyo las declaraciones juramentadas de los médicos de turno en la UCI, quienes autorizaron el traslado de la paciente sin la valoración previa del internista. Así mismo la del subdirector médico

quien justificó la figura de los turnos de disponibilidad o de llamada por la carencia en el medio de médicos internistas que se comprometieran a cumplirlos en forma presencial. Al respecto, asiste razón al recurrente al no aceptar la acusación de haberse violado el artículo 42 de la Ley 23 de 1.981, más aún cuando el implicado sí hizo acto de presencia según consta en la declaración de los médicos citados.

Esta Superioridad está de acuerdo con el argumento expuesto en el Recurso y en su apoyo basta citar las siguientes declaraciones de los profesionales que se encontraban de turno en la noche de los hechos:

1. Del doctor C.E.G. cirujano a cargo de la coordinación del Servicio de Cirugía General y de la Unidad de Cuidado Crítico de la Clínica: “PREGUNTADO . Tuvo conocimiento de la no presencia del doctor J.A.P.J. antes del ingreso de la paciente a la Unidad de Cuidado Intermedio? CONTESTO: La paciente la recibo desde la Unidad de Reanimación valorada por el doctor J.A.P.J, quien recomienda el manejo de soporte de la Unidad. PREGUNTADO: Conoció o le consta si hubo retraso en la atención de la paciente y sobretodo su ingreso a la Unidad de Cuidado Intermedio por ausencia o retraso del doctor P.?. CONTESTO: no me consta que haya habido retraso, como expresé previamente mi función en la Unidad era el cuidado quirúrgico, me consta que el médico general del piso inició el tratamiento apropiado, trasladó la paciente al Servicio de Urgencias y por mi recomendación y ante la posibilidad de contar con la valoración especializada contactó al doctor J.A.P.J. quien valoró la paciente en el Servicio de Urgencias y con su recomendaciones fue admitida en la Unidad de Cuidado Intermedio” (Folio 176).

2. Del doctor J.U., compañero de turno del doctor C.E.G. PREGUNTADO. “A usted le consta la presencia del doctor J.A.P.J. esa noche? CONTESTÓ. Sí, el doctor J.A.P.J. llegó” (Folio 169).

De las declaraciones mencionadas cabe concluir que:

1. El doctor J.A.P.J. sí se encontraba en el Instituto de Corazón y sí valoró a la señora O.H.Q. durante su traslado a la UCI.
2. El doctor J.A.P.J., en su primera llamada dió instrucciones a la médica del Piso para trasladar la paciente a la Unidad de Cuidados Intermedios.

3. A raíz de la segunda llamada el doctor J.A.P.J. se hizo presente en el Instituto del Corazón en el término de veinte minutos y estuvo pendiente de la enferma hasta que se le instaló un soporte ventilatorio no invasivo.

Si bien queda demostrada claramente la presencia del doctor J.A.P.J. en el Instituto, lo cual lo absuelve de haber violado el artículo 42 de la Ley 23 de 1.981, no sucede lo mismo con su negativa a desplazarse al mismo. Por una parte, en la historia clínica aparece la siguiente nota de la médica de turno M.L.: “me comunico telefónicamente con el doctor J.A.P.J.(internista disponible) quien dice que se encuentra fuera de la ciudad y que no va a asistir” (Folio 17v). Pero en su Declaración Juramentada la citada profesional dice lo siguiente: PREGUNTADO: Cuánto tiempo transcurrió entre el primer llamado y el segundo llamado que usted hizo al doctor J.A.P.J.? CONTESTO: La verdad no sé no me acuerdo en que momento lo llamé. PREGUNTADO: Tiene conocimiento de si el doctor J.A.P.J. valoró a la paciente O. (sic) H. Q. antes de ser entrada a la UCI (Unidad de Cuidado Intensivo). CONTESTO: El la valoró antes de iniciar la terapia en UCI. PREGUNTADO: Si la anterior pregunta es afirmativa cuánto tiempo transcurrió entre el segundo llamado que usted le realizará al doctor J.A.P.J. y el momento en que él llega a valorar a la paciente O.(sic) H. Q. el día 20 de marzo de 2.009 en horas de la noche? CONTESTO: No recuerdo el tiempo exacto, desde el último llamado hasta que llegó es muy difícil afirmarlo porque no me acuerdo, pero yo pienso que no más de media hora” (Folio 207).

Por su parte el médico implicado en su diligencia de Versión Libre expresa lo siguiente (Folio 226 y 227): “fui llamado aproximadamente entre las 9 y 9+20 de la noche cuando me encontraba de disponibilidad y se me informó por parte de la doctora M.L. sobre la gravedad de la paciente, inmediatamente le sugerí el traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo y ella me manifestó que la paciente estaba en un estado de salud muy delicado pero que la Unidad de Cuidado Intensivo se negaba recibirla hasta que la viera Medicina Interna. Le sugerí entonces que la pasara a la sala de reanimación para que fuese intubada y le manifesté que en pocos minutos me dirigiría a allá. A las 10+15 de la noche (Folio 30v) constan la terapia que yo le ordené a la paciente desde la Unidad de Cuidado Intensivo a donde según se me dijo fue ingresada cuando el personal que allí labora vió que pasaban con la paciente en un estado muy crítico y decidieron ingresarla,

como consta en la historia aparece primero la nota mía que la de la Unidad de Cuidado Intensivo (Folio 18 y 18v).

Como puede apreciarse en los textos transcritos se evidencia una discrepancia que tiende un manto de duda sobre la realidad de los hechos e impide al Juez llegar a un grado de certeza que garantice la imparcialidad de su veredicto pues debe decidir entre la palabra del uno contra la palabra del otro. Por lo tanto es pertinente aplicar el principio del Indubio Pro Reo que establece que en caso de duda se resolverá en favor del acusado. Por lo tanto se absolverá al doctor J.A.P.J. de los cargos imputados y de las sanciones impuestas por el Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas. En consecuencia el Tribunal Nacional de Ética Médica en uso de sus facultades legales

RESUELVE

Artículo Primero - Revocar, como en efecto Revoca, el fallo del Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas mediante el cual impuso al doctor J.A.P.J. sanción de Censura Escrita pero Privada por violación del Artículo 10 (de las relaciones del médico con el paciente) y Artículo 42 (de las relaciones del médico con las instituciones) de la Ley 23 de 1.981. **Artículo Segundo** - Absolver de todo cargo al doctor J.A.P.J. **Artículo Tercero** - Contra esta Resolución no procede Recurso alguno. **Artículo Cuarto** - Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

FDO. LILIAN TORREGROSA ALMONACID, Magistrada- Presidenta;
FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado;
JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, cinco (05) Agosto del año dos mil catorce (2014)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1235 DEL CINCO (05)
DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014)**

REF: Proceso 1093 Tribunal de Ética Médica de Meta
Denunciante señor L.P.L.
Contra doctor C.A.O.V.

Magistrado Ponente: Doctor Francisco Pardo Vargas
Providencia No.78-2014

VISTOS

Con fecha 14 de julio de 2.014 este Tribunal Nacional recibe el expediente contentivo del Proceso adelantado por el Tribunal de Ética Médica del Meta, con el fin de que resuelva el recurso de Apelación interpuesto contra la Providencia del Tribunal Seccional del Meta del 13 de mayo de 2.014 que declaró la Prescripción de la Acción Ético Disciplinaria adelantada por el citado Tribunal al aceptar la queja presentada por el señor L.P.L. el 19 de septiembre de 2.013 contra el doctor C.A.O.V. por la atención médica que le prestara en la ciudad de Villavicencio el 19 de septiembre de 2.008 (F1). Sometido a reparto para estudio se asignó por sorteo al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

HECHOS

Según consta a Folio 243 del expediente, el día 19 de septiembre de 2.008 el señor L.P.L. de 50 años de edad, fue sometido por el doctor C.A.O. en el Centro Cardiovascular de los Llanos Orientales a Revascularización Miocárdica de dos vasos por enfermedad coronaria severa detectada por cateterismo practicado en la misma institución el 6 de agosto de 2.008. Superado el proceso de rehabilitación el señor L.P.L. fue controlado por

médicos cardiólogos, cirujanos cardiovasculares y hemodinamistas en 10 oportunidades, la última de las cuales se realizó en la Clínica Vascular Navarra de Bogotá el 1 de abril de 2.014, practicándosele ecocardiograma stress farmacológico al 95% de la FCM, negativo para isquemia miocárdica, función sistólica biventricular normal con signos indirectos de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo por alteración en la relajación, mínima regurgitación tricuspídea, sin signos de hipertensión pulmonar y ausencia de trombos, vegetaciones o cortos circuitos; cateterismo que concluyó: coronarias sin lesiones, puentes ocluidos y función sistólica del V.I. preservada. Se indica manejo médico. (F 3 y 4 del complemento de Apelación). Estos resultados fueron interpretados por el paciente en discrepancia con los conceptos emitidos en los controles practicados durante los años 2.010, 2.011 y 2.013 (F 26, 30, 31, 210, 181, 196, 362, 200) por lo cual consideró que la intervención realizada por el doctor C.A.O.V. el 19 de septiembre de 2.008 fue innecesaria y por tal motivo presentó queja ante el Tribunal Seccional solicitando además que se investigara la conducta del mencionado galeno. El 19 de septiembre fue aceptada la queja y se dio inicio al Proceso Ético Disciplinario que concluyó al declararse prescrita la acción Ético Disciplinaria y en consecuencia precluida la investigación en relación con los hechos ocurridos en el año 2.008.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En el Recurso de Apelación presentado ante esta Corporación el 14 de julio de 2.014 el señor L.P.L. cuestiona la Prescripción decretada por el Tribunal de Ética Médica del Meta partiendo de una afirmación falsa al sostener que la fecha de consumación de los hechos enunciados, a saber revascularización miocárdica practicada por el doctor A.O., fue el 27 de octubre de 2.008 y no el 19 de septiembre del mismo año como consta a Folio 243 en transcripción del procedimiento quirúrgico; y a partir de esa habilidosa maniobra prolongar el tiempo de vigencia del proceso en 38 días. Pone además de presente con el mismo fin los 6 controles realizados en los años 2.010, 2.011, abril de 2.013, y curiosamente excluye el de julio 26 de 2.013. Lo anterior no hace más que confirmar que habiéndose radicado la queja del señor L.P.L. el mismo día en que se cumplían los 5 años de ocurrido el hecho denunciado está claro que en este caso ha ocurrido el fenómeno de la prescripción y por lo tanto debe mantenerse la decisión tomada por el Tribunal de Ética Médica del Meta. En el punto 8 del recurso cuestiona la conducta del cirujano y solicita “evidencias mé-

dicas” que agotaran la posibilidad del procedimiento llevado a cabo por el doctor C.A.O.V.. No habría abrigado el recurrente esta inquietud si se hubiera asesorado de un profesional idóneo que lo ilustrara sobre el resultado del cateterismo practicado antes de la revascularización en el cual se evidenció el proceso arterioesclerótico que afectaba las arterias coronarias y justificaba ampliamente el tratamiento quirúrgico. Es por lo tanto injustificado el considerar como apresurada la conducta tomada por el cirujano y por lo tanto no es de recibo el argumento. Por último pide el recurrente se reciba el testimonio del cardiólogo intervencionista de la Clínica Vascular Navarra y de la auditora médica de la Secretaría Departamental de Salud del Meta. Esta solicitud no es de recibo en este caso, no sólo por no aportar nuevos elementos a los ya expuestos a su debido tiempo por estos profesionales, sino porque en Tribunales de segunda instancia no se admiten pruebas y el ritual del derecho procesal no se puede alterar ni ser adaptado a interpretaciones personales.

Bastan las consideraciones anteriores para que le Tribunal Nacional de ética Médica en uso de sus atribuciones legales

RESUELVA

Artículo Primero - Confirmar como en efecto confirma la decisión tomada por el Tribunal de Ética Médica del Meta al declarar prescrita la acción Ético Disciplinaria y en consecuencia precluir la investigación en relación con los hechos ocurridos en el año 2.008. **Artículo Segundo** - Contra la presente Providencia no procede recurso alguno. **Artículo Tercero** - Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

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

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

**SALA PLENA SESIÓN No.1077 DEL OCHO (08)
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011)**

REF : Proceso 430 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico
Contra: Drs. E.R.A.H. y A.A.M.T.
Denunciante: Sr. V.M.G.G.
Asunto: Apelación

Magistrado ponente: Germán Peña Quiñones
Providencia No. 23-2011

VISTOS

El Tribunal de Ética Médica del Atlántico, en sesión de Sala Plena, el 20 de octubre de 2010 no aceptó los descargos del Dr. E.R.A. y lo sancionó con Censura Escrita y Pública, aceptó los descargos del Dr. A.A.M.T. que hizo en relación con violación del Artículo 1º de la Ley de Ética Médica pero no aceptó sus descargos en cuanto a violación de los Artículos 10 y 15 de dicha Ley y lo sancionó con Censura Escrita y Pública.

El 19 de noviembre de 2010 en el Tribunal seccional se recibió del Dr. P.J.V.P., defensor del Dr. E.A.H., escrito por el cual solicita el recurso de Apelación y el 22 de noviembre de 2010 escrito del Dr. J.E.B.B., defensor del Dr. A.A.M.T. interponiendo recurso de Reposición y en subsidio de apelación; el 24 de noviembre de 2010, el Tribunal Seccional concedió en el efecto suspensivo y ante el Tribunal Nacional de Ética Médica el recurso de Apelación solicitado por el abogado del Dr. A. y el recurso de reposición y en subsidio de apelación, solicitado por el defensor del Dr. M.

El Tribunal de Ética Médica del Atlántico, en Sala Plena del 15 de diciembre de 2010, decidió no reponer el proveído impugnado por el defensor del Dr. M. y le concedió el recurso de Apelación.

El Proceso en un cuaderno con 434 folios fue recibido en el Tribunal Nacional de Ética Médica el 28 de enero de 2011 y repartido en Sala Plena del 1 de marzo de 2011, le correspondió por sorteo a Germán Peña Quiñones. Cumplidos los términos se procede a decidir de acuerdo con los siguientes:

HECHOS

Según la queja el 9 de agosto de 2008 E.G., de 17 años de edad e hija del quejoso, entre las 20:30 y 21:00 horas presentó dolor en el pecho y asfixia por lo que acudió a la Clínica Regional de la Policía CLIPO, en compañía de su novio N.C. y de su hermana W.G donde se demoró su atención hasta que intervino la Intendente Jefe M.C. quién se encontraba allí con su hijo enfermo. La paciente le manifestó al médico que la atendió Dr. E.R.A.H. que tenía dolor en el pecho y asfixia; el médico la examinó y concluyó que se trataba de una gastritis; ella insistió que el dolor era en el pecho y se estaba ahogando y el médico le dijo que se trataba de una virosis y le prescribió una ampolla de ranitidina de 25 mgrs y tres bolsas de Lactato Ringer y que el 10 de agosto de 2008, a la 00:20 el Dr. A.A.M.T. le formuló 10 tabletas de acetaminofen de 500 mgrs y le dieron salida; que llegó a su residencia el mismo día Agosto 10 de 2008 a la 01:10 y que después de 45 minutos o una hora, la joven Estefanny “recayó nuevamente con los síntomas y se desmayó por lo que fue nuevamente trasladada a la Clínica de la Policía, donde fue atendida por el médico de turno, el padre no sabe si el Dr. A. o el Dr. M. y fue dejada en observación “previamente canalizada”; a las 05:30 del mismo día, estando en el baño se desmayó, fue auxiliada en 5 minutos y en ese momento la paciente presentaba “palidez” en todo el cuerpo y las plantas de los pies blancas”; en ese momento le practicaron examen de sangre y de orina y como el desmayo se repitiera, le solicitaron un electrocardiograma pero había interferencia por lo que fue repetido y al ver alteraciones en el electrocardiograma decidieron remitirla a un hospital de nivel más alto, pero argumentaron que debían esperar la opinión de un internista, pero como era domingo la refirieron a la Clínica de la Costa y fue enviada en ambulancia no medicalizada en compañía de una enfermera el conductor y los padres de la paciente, sin médico porque según la queja ambos se disculparon; durante el trayecto la paciente presentó crisis convulsivas en dos oportunidades.

En la Clínica de la Costa fue atendida, estabilizada y pasó a la UCI y después de ser evaluada por uno de los médicos de la UCI, se determinó que

era necesario colocarle una catéter (marcapaso) lo cual fue llevado a cabo después de su autorización; 10 u 11 horas después la paciente se “normalizó” y a las 5:30 o 06:00 del 11 de agosto de 2008, la joven paciente presentó asfixia y posteriormente “falleció a causa de un paro cardíaco”. El padre consideró que si los médicos que la atendieron inicialmente hubieran sido “diligentes, acuciosos y comprometidos con su labor”, no se hubiera presentado la muerte porque con su actuación, en vez de beneficiarla, la perjudicaron. En la diligencia de ampliación de la denuncia, el padre de la paciente se ratificó en la queja y agregó que ella era una persona normal y que al desmayarse en la Clínica de la Policía fue cuando se dieron cuenta que tenía el pulso muy lento. En la declaración jurada de la hermana de la paciente, W.G corroboró que la paciente se quejaba de dolor en el pecho y dificultad para respirar. Lo descrito durante el traslado en la ambulancia fue corroborado por el conductor, Sr. L.C.

LA ACTUACION

El 25 de agosto de 2008, el Tribunal de Ética Médica del Atlántico recibió la queja presentada por el Sr. V.M.G.G. en contra de los Drs. E.R.A.H. y A.A.M.T. por la atención que los médicos disciplinados le dieron a su hija S. y anexó copia de la historia clínica de la paciente; al día siguiente se acogió la queja que fue repartida el 27 de agosto y le correspondió al Magistrado NAZARIO HANI AGUGATTAS, quién el 28 de agosto de 2008 ordenó iniciar la investigación preliminar, citar al quejoso para ampliación de la queja, a los médicos acusados para ser escuchados en versión libre y espontánea y a otras personas que tuvieron conocimiento del caso además de solicitar las historias de la paciente de la Clínica de la Policía y de la Clínica de la Costa.

El 3 de abril de 2009 se llevó a cabo la Diligencia de ampliación de la denuncia por el Sr. V. M.G.G. (Folios 131 y 132)

El 17 de abril de 2009 se llevó a cabo la diligencia de Declaración Jurada de la Señorita W.G. (Folio 142) y el mismo día la diligencia de declaración jurada de la madre de la paciente Sra. E.V.H. (Folios 143 y 144).

El mismo día 17 de abril de 2009, se llevó a cabo la declaración jurada del Sr. L.C. conductor de la ambulancia en que se efectuó el traslado. (Folio 145)

El 4 de mayo de 2009, rindió versión libre y espontánea ante el Tribunal Seccional el Dr. E.R.A.H. acompañado por su abogado el Dr. OMAR ENRIQUE GONZÁLEZ AGUILAR y el 8 de mayo el Dr. A.A.M.T., acompañado por su abogado el Dr. LUIS RICARDO GARCÍA JARAMILLO.

El 19 de Junio de 2009 mediante exhorto comisorio del Tribunal seccional, ante el Juzgado Tercero Penal Municipal del Espinal, Tolima, se llevó a cabo la diligencia de declaración jurada del Sr. N.M.C.B.

El 3 de julio de 2009 se llevó a cabo la diligencia de declaración jurada de la Dra. L.M.A.H. y el 10 de julio de 2009 la del Dr. JU.C.D.P., médicos que atendieron a la paciente en la Clínica de la Costa.

El 22 de julio de 2009, mediante exhorto comisorio del Tribunal seccional, ante el Juzgado Promiscuo Municipal de Santo Tomás, Atlántico, se llevó a cabo la declaración jurada de la suboficial de la Policía Nacional Sra. M.B.C.S.

El 24 de marzo de 2010, en Sala Plena del Tribunal de Ética Médica del Atlántico, el Magistrado Ponente Dr. Nazario Hani Abugattas presentó el informe de conclusiones y se decidió a elevar pliego de cargos al Dr. E.R.A. por presunta violación de los artículos 1, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981 y Artículo 9 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981 y elevar pliego de cargos al Dr. A.A.M.T. por presunta violación de los Artículos 1, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981 y el Artículo 9 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981 y ordenó que rindieran descargos por la presunta violación de los artículos mencionados.

El 28 de abril de 2010 el Dr. E.R.A.H., acompañado de su abogado el Dr. PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ rindió diligencia de descargos ante el Tribunal seccional y solicitó ampliación de la denuncia del Sr. V.G.G. y escuchar en declaración jurada a los Srs. MT, YM, LSJ, MCP, RA Y NA., jefes del turno saliente y entrante respectivamente, lo cual fue ordenado por el Tribunal Seccional.

El 12 de mayo de 2010, se rindió la diligencia de descargos del Dr. A.A.M.T., acompañado por su abogado, el Dr. JORGE ELIÉCER BOLAÑO BARRIOS.

El 8 de junio de 2010 estando en Audiencia Pública el Tribunal de Ética Médica del Atlántico, se llevó a cabo la diligencia de inspección de la Clínica Regional de la Policía, con personal del cuerpo técnico de investigación de la Fiscalía General de la Nación y verificaron su sistema de historias clínicas.

El 22 de julio de 2010 el Tribunal seccional llevó a cabo la diligencia de declaración jurada del Sr. V.M.G.G actuando desde entonces como médico Instructor el Dr. EUSEBIO CONSUEGRA MANZANO con la presencia del Dr. PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ, abogado defensor del Dr. E.R.A.H..

El 16 de julio de 2010 se recibió en el Tribunal Seccional el Informe de la Inspección Judicial de la Clínica de la Policía.

El 27 de Julio de 2010 se llevó a cabo la diligencia de declaración jurada de la Sra. L.J. (Auxiliar de Enfermería) en presencia del Dr. PEDRO JOAQUÍN VELANDIA abogado del Dr. E.R.A. y el mismo día la declaración jurada de la Dra. Y.M., también en presencia del abogado del Dr. A.. También ese día se llevó a cabo la diligencia de declaración jurada de la Sra. M.C. (Auxiliar de enfermería) también con la presencia del abogado del Dr. A..

El 3 de agosto de 2010 se llevaron a cabo la diligencia de declaración jurada del Dr. M.T., más tarde la del Sr. R.A., (Enfermero Jefe), y luego la declaración jurada de la Sra. N.A. (Enfermera Jefe), todas en presencia del abogado defensor del Dr. A.

El Tribunal de Ética Médica del Atlántico, en sesión de Sala Plena, el 20 de octubre de 2010 no aceptó los descargos del Dr. E.R.A. y lo sancionó con Censura Escrita y Pública, aceptó los descargos del Dr. A.A.M.T. que hizo en relación con violación del Artículo 1º de la Ley de Ética Médica pero no aceptó sus descargos en cuanto a violación de los Artículos 10 y 15 de dicha Ley y lo sancionó con Censura Escrita y Pública.

El 19 de noviembre de 2010 se recibió del Dr. PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ, defensor del Dr. E.A.H., escrito por el cual solicita el recurso de Apelación y el 22 de noviembre de 2010 escrito del Dr. JORGE ENRIQUE BOLAÑO BARRIOS, defensor del Dr. A.A.M.T. interponien-

do recurso de Reposición y en Subsidio de Apelación y el 24 de noviembre de 2010, el Tribunal Seccional concedió en el efecto suspensivo y ante el Tribunal Nacional de Ética Médica el recurso de Apelación solicitado por el abogado del Dr. A. y el recurso de reposición y en subsidio de apelación, solicitado por el defensor del Dr. M..

El Tribunal de Ética Médica del Atlántico, en Sala Plena del 15 de diciembre de 2010, decidió no reponer el proveído impugnado y le concedió el recurso de Apelación al Dr. M..

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

El Tribunal Seccional conceptuó que el Dr. E.R.A.H. tuvo falla en el deber de cuidado médico porque encontró evidencia que en las dos oportunidades que atendió a la paciente, no le hizo una buena anamnesis y valoración del motivo de consulta, como fueron los episodios de desmayo, dolor en el pecho y dificultad respiratoria por lo que presumió que no le dedicó a la paciente el tiempo necesario para hacer una valoración adecuada e iniciar los exámenes indispensables en su nivel de atención, disponibles para presumir la gravedad de la enfermedad que presentaba la paciente y establecer el riesgo que justificara la remisión temprana a un centro de tercer nivel de complejidad.

Cuando atendió a la paciente por segunda vez, con la información de un nuevo desmayo no le dio importancia a éste y tampoco solicitó exámenes para descartar otras patologías que podrían haber causado los síntomas, en forma oportuna.

Por la falta de oportunidad remisoria la paciente llegó a la Clínica de la Costa en estado crítico y falleció, por lo cual, el Tribunal seccional consideró que violó los artículos 1, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 9 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981.

Argumenta el Dr. PEDRO JOAQUÍN VELÁNDIA PÉREZ, defensor del Dr. E.A.H. que la paciente sólo presentó un “episodio que requería atención pronta hasta las 6:17 de la mañana” y que sucedido esto le ordenó el electrocardiograma y la remitió a la Clínica de la Costa y “que no puede ser tomada como negligencia suya” el hecho que los médicos que seguían en turno quienes era los que sí tenían la responsabilidad del pronto traslado

del paciente y ello queda claro con las declaraciones de quienes laboran en la Institución, se negaron a conducir el paciente en la remisión y ahora descarguen la responsabilidad en la persona que actuó de manera adecuada, su prohijado y agrega que su defendido es una persona de amplia trayectoria en el ejercicio de la medicina y que procura su constante actualización y que por lo tanto no desconoce los códigos de ética médica y no actuó en forma negligente por lo que solicita la revocatorio de los cargos por violación al artículo primero del código de ética Médica.

El Tribunal Nacional de Ética Médica considera que en la primera evaluación de la paciente por el Dr. A, no menciona dos síntomas que los quejosos consideran como la principal causa de consulta y es el dolor precordial que el disciplinado interpreta como dolor epigástrico y la dificultad respiratoria.

Desestima el abogado defensor que otra de las causas de consulta inicial de la paciente fue “el desvanecimiento, que no fue pérdida de conocimiento”, síntoma que se repitió al llegar a su residencia y tan importante fue que tuvo como consecuencia el segundo ingreso a urgencias; en éste momento, el disciplinado ha debido iniciar investigación para la determinación de la causa de éstos “desvanecimientos” y no iniciar la investigación hasta después de las 6:17 AM, cuando sucedió el nuevo “desvanecimiento”.

Respecto al cargo referente a la violación del artículo 10 de la Ley 23 de 1981, el abogado defensor hace énfasis que se trató de dos atenciones distintas a la paciente, que en la primera fue dada de alta por otro médico y que en la segunda no se hizo la referencia a tiempo porque “no fueron acatadas por el personal que ingresaba a manejar el servicio de urgencias” y pide que para evaluar la actuación de su prohijado se debe colocar en el momento de los acontecimientos, con las condiciones de modo tiempo y lugar en que se desarrollaron los hechos y sugiere que las conductas asumidas por su defendido fueron las correctas y afirma que el tribunal seccional peca “por defecto y de paso vulnera el principio de presunción de inocencia”, por cuanto en las conclusiones de este cargo manifiesta: (citano al Tribunal Seccional) “Todo lo anterior hace pensar a esta corporación que faltó debido cuidado médico al no dedicar el tiempo necesario plantear en primera instancia una hipótesis diagnóstica que fundamentara la remisión urgente a otro nivel de complejidad”, y afirma que la expresión “hace pensar” indica que no existe la certeza para afirmar sin temor a equi-

vocarse que sí existió responsabilidad de su prohijado” y que el motivo por el cual no hay certeza es que no se determinó desde y hasta cuando fue la atención de su prohijado y que por ello “NO HAY CERTEZA DE LA COMISIÓN DE LA FALTA....Y SE PRESUME Y SE CORROBORÓ QUE SU ACTUAR FUE DILIGENTE, PRONTO Y PERTINENTE, HASTA EL MOMENTO EL CUAL ENTREGÓ LA RESPONSABILIDAD A LOS MÉDICOS QUE CONTINUABAN CON LA ATENCIÓN”

El Tribunal Nacional de Ética Médica considera que el médico disciplinado, Dr. E.A. no le dedicó 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 esto hay certeza, ya que no se ordenaron los exámenes sino después de la 6:17 AM, cuando presentó la paciente un estado crítico y el argumento del abogado defensor no desvirtúa la acusación hecha por el tribunal de primera instancia ya que le Dr. A. en sus descargos enumeró varias posibles entidades que podrían explicar la sintomatología causante del segundo ingreso de la paciente, pero no inició ninguna investigación para determinar el diagnóstico, hasta que la situación se hizo crítica.

Referente al cargo de violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 “su conducta no se enmarcó en la previsibilidad del riesgo y al no hacerlo expuso a su paciente a riesgos injustificados” el abogado defensor del Dr. A. argumentó que su prohijado hizo lo que estaba al alcance hasta el momento de entregar sus responsabilidades y que los médicos de turno también tenían las mismas obligaciones y las desconocieron y que no se le puede endilgar responsabilidad a su prohijado cuando fueron otras personas las que no ejecutaron las conductas que le correspondían y que el riesgo se creó cuando se demoró la remisión, culpando a los médicos que recibieron al paciente al terminar el turno del médico disciplinado. Argumenta el defensor del Dr. A., citando la sentencia 28124 del 22 de mayo de 2008 de la Corte Suprema de Justicia que la conducta de su prohijado no estaba enmarcada en la “previsibilidad del riesgo” y que la “imputación objetiva de aplicarse de ser analizada desde todos sus elementos y situaciones, no es solo la previsibilidad del riesgo, o el principio de confianza, o la violación del deber objetivo de cuidados separadas las unas de las otras, es un todo y que de acuerdo con dicho fallo, no basta solamente con encajar la conducta del investigado en uno de los componentes de la imputación objetiva, que se debe hacer una análisis completo de los elementos de juicio aplicables

a esta teoría para poder predicar la responsabilidad de una persona” y que en el caso que nos ocupa debemos analizar el principio de confianza, el deber objetivo de cuidado y demás situaciones que componen esta teoría con el fin de derrotar la presunción de inocencia y declarar con la certeza requerida la responsabilidad del investigado, o de lo contrario invoca la aplicación del in dubio pro reo. Agrega que fue en la Clínica de la Costa donde se expuso a la paciente a riesgos injustificados.

El Tribunal Nacional considera que hay evidencia incontrovertible y total certeza que fue con la demora del Dr. A. en iniciar la investigación y tratamiento de la paciente hasta las 06:17 A.M. cuando la paciente entró en estado crítico, que la expuso a riesgos injustificados, aunque acepta que la responsabilidad del Dr. A. terminó al finalizar su turno.

El tribunal Nacional de Ética Médica recibió el 22 de febrero de 2011 del Dr. PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ una adición a los argumentos de defensa del Dr. A., solicitando se le tenga en cuenta en la defensa para lo cual invoca el Artículo 82 de la Ley de Ética Médica, el Artículo 25 del Código de Procedimiento Legal, solicitando hacer remisión al Código Único Disciplinario (Ley 734), parágrafo del Artículo 171, para que se tenga en cuenta en la segunda instancia la prueba que adjunta porque ataca directamente los cargos que se presentaron en primera instancia y cita la sentencia C 181 de 2002 de la Corte Constitucional según la cual, “sólo por excepción, se ordene la práctica de pruebas durante dicha etapa y que sea el funcionario encargado de resolver la apelación el que pueda solicitarlas, tras haber comprobado la insuficiencia del recaudo probatorio practicado por el a quo”.

El Tribunal Nacional considera que éste no es el caso y se abstiene de considerar ésta adición, interpuesta en forma extemporánea, porque además no cumple con los requisitos estipulados en la sentencia de la Corte Constitucional.

En cuando al Dr. A.A.M.T. el tribunal seccional consideró que procuró al asistir a su paciente, el respeto a la vida y a la persona humana y aceptó que no incurrió en violación del artículo 1° de la Ley 23 de 1981, pero consideró que le faltó prudencia a la hora de determinar la salida y que su accionar se basó en parte en la confiabilidad y credibilidad de las anotaciones clínicas elaboradas por su colega; aceptó el Tribunal seccional que hizo

un juicioso examen clínico pero consideraron que incurrió en violación del artículo 10 de la ley 23 de 1981, por no haberle practicado monitoría cardiaca o un electrocardiograma y que no logró desvirtuar el hecho de no haber actuado en el marco de la previsibilidad del riesgo al dar salida a la paciente sin bases presuntivas de diagnóstico y que por lo tanto violó el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 9 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981.

Argumenta el abogado defensor del Dr. M.T. que no existen evidencias ni fundamento para la afirmación que su prohijado se basó en parte en credibilidad y confiabilidad de las anotaciones del Dr. A.H. y que según los testigos la paciente ingresó alerta, orientada y conciente y permaneció así hasta que el Dr. M. le dio salida.

Anota además que hay evidencia que el Dr. M. hizo su máximo esfuerzo en brindar todo el beneficio de la medicina a la paciente, al evidenciarse en su historia clínica un completo y minucioso interrogatorio y examen físico, después de los cuales se llegó a un análisis científico, una acción médica fundamentada, basada en el conjunto de signos y síntomas encontradas en la anamnesis y examen físico y agrega que se le están imputando a su defendido, hechos que ocurrieron después de haberla atendido.

Afirma el abogado defensor del Dr. M. que su representado ha sido prejuzgado y se han “utilizado argumentos falsos y contradictorios....”

Para el Tribunal Nacional de Ética Médica es de mal recibo las apreciaciones que hace el abogado defensor del Magistrado ponente y del Tribunal de Ética Médica del Atlántico y considera que no tiene el abogado ninguna evidencia con que respaldar su inconformidad con la actuación del Tribunal Seccional.

En cuanto a los argumentos que hace el abogado defensor del Dr. M. T., el Tribunal Nacional acepta que el médico disciplinado actuó de acuerdo con la Lex Artis y que no se le puede hacer cargos por violación de los Artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981 ni por violación del Artículo 9 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981.

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

RESUELVA

Artículo Primero - Confirmar como en efecto confirma, la decisión expedida por el Tribunal de Ética Médica del Atlántico de sancionar al Dr. E.R.A. con Censura Escrita y Pública. **Artículo Segundo** - Revocar como en efecto revoca la sanción impuesta al Dr. A.A.M.T. y absolverlo de todo cargo. **Artículo Tercero** - Contra la presente decisión no procede recurso alguno. **Artículo Cuarto** - Devolver éste expediente al Tribunal de origen para lo pertinente.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO, Presidente; GERMÁN PEÑA QUIÑONES, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; EFRAÍM OTERO RUIZ, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Octubre cuatro (04) del año dos mil once (2011)

**SALA PLENA SESIÓN No.1106 DEL CUATRO (04)
DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011)**

REF: Proceso 530 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico
Contra: Dr. A. de la H. B.
Denunciante: Sr. C.C.
Asunto:

Providencia No. 94-2011
Magistrado ponente: Dr. Germán Peña Quiñones

VISTOS

El Tribunal de Ética Médica del Atlántico, en Sala Plena del 10 de agosto de 2011, decidió aceptar los descargos del Dr. A. DE LA H.B. en relación con los Artículos 3 y 10 de la Ley 23 de 1981 y no aceptar los descargos por violación de los Artículos 34 y 42 de la Ley 23 de 1981 y sancionarlo con Censura Escrita y Pública.

El abogado defensor del médico encartado fue notificado de la sentencia el 12 de agosto de 2011 y ese mismo día interpuso el recurso de Reposición y en subsidio Apelación.

El 17 de agosto de 2011 se recibió en el Tribunal Seccional escrito del Dr. MARIO ALONSO PINEDA GOELKEL, abogado defensor del médico disciplinado por medio del cual renuncia al Recurso de Reposición y apela la sanción y el 18 de agosto de 2011 el Tribunal Seccional admitió el Recurso de Apelación y concedió cuatro días para que presentara la sustentación, que fue recibida el 25 de agosto en el Tribunal Seccional y se concedió el recurso de Apelación en Sala Plena del 7 de septiembre de 2011, por lo que el expediente fue enviado al Tribunal Nacional de Ética

Médica, donde fue recibido el 23 de septiembre de 2011 y repartido en Sala Plena del 27 de septiembre, le correspondió por sorteo al Magistrado Germán Peña Quiñones.

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

HECHOS

De acuerdo con la queja, el Sr. C.C.B. llevó a su hija N. De J. C. L. (de 2 y medio años de edad) quién sufría de Cardiopatía Congénita al Servicio de Urgencias de la E.S.E. Centro de Salud de Polonuevo, Atlántico el 27 de julio de 2009 a las 10:45 a.m. por presentar insuficiencia respiratoria debido a “altas temperauras” y que a pesar de las múltiples solicitudes que le hizo a la enfermera LUPILDA VARGAS, “ya que ella estaba muy mal” para que le dieran atención prioritaria y le colocaran oxígeno, porque en ocasiones anteriores había presentado la misma crisis que mejoraba con oxígeno, la enfermera había hecho caso omiso a sus solicitudes y además había sacado a la esposa del quejoso del consultorio, aduciendo que debía esperar el turno para ser atendida.

La niña fue atendida finalmente a las 12:40 p.m., después de 2 horas de espera, y que ya era tarde porque su hija hizo paro cardiorespiratorio y falleció por “negligencia y falta de oportunidad”. Se quejó también por el hecho de que cuando le fueron a poner oxígeno se dieron cuenta que no había. Agregó que hubo varios testigos entre quienes estaba la Sra. U.M. quién le había llamado la atención al médico.

De acuerdo con la versión libre del Dr. A. De la H. B la niña había sido atendida a las 12:00, que evidentemente era cierto que la primera bala de oxígeno estaba desocupada, que utilizaron otra, que en la reanimación la niña se había recuperado pero posteriormente tuvo dos paros más en un lapso de 40 minutos y que sólo después del fallecimiento de la niña se había enterado por el padre del hecho que la niña sufría cardiopatía congénita y que había estado programada para cirugía en tres oportunidades y que estas fueron canceladas por problemas respiratorios de la niña, que el padre no le había hecho ninguna recriminación y que en ningún momento habían sido requeridos para examinar a la niña con urgencia o apremio y que no hubo actos previos que dieran cuenta de urgencia extrema.

LA ACTUACION

El 3 de mayo de 2010 se recibió en el Tribunal de Ética Médica del Atlántico oficio de la Procuraduría General de la Nación donde remiten la queja que el Sr. C.C.B. había hecho en contra del Dr. A. DE LA H.B. y de la enfermera Lupilda Vargas por hechos sucedidos en la E.S.E. CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO que consta de 63 folios, y el día siguiente 4 de mayo de 2010 se acogió la queja y se ordenó tener como pruebas los documentos recibidos. El Dr. E.C.M. fue nombrado como Magistrado Instructor y el 6 de mayo de 2010 ordenó acoger los documentos recibidos como prueba, hacer compadecer al quejoso para ampliación de la queja, citar al Dr. A. DE LA H.B. y las demás diligencias necesarias.

El 19 de octubre de 2010, el Tribunal Seccional llevó a cabo la diligencia de ampliación de la denuncia del Sr. C.C.B. y el 1 de febrero de 2011 la declaración juramentada de la Sra. O. De la R. R.

El 22 de febrero de 2011 se llevó a cabo la diligencia de versión libre y espontánea del Dr. A. DE LA H.B. quién estuvo acompañado del Dr. MARIO ALONSO PINEDA GOELKEL, su abogado defensor.

El 15 de febrero de 2011 se intentó llevara a cabo la diligencia de Declaración Jurada de la Sra. Y.M., pero hubo de ser suspendida y llevada a cabo el 1 de marzo de 2011. Informó que ella no fue testigo de nada porque llegó al centro a la 1 p.m.

El 28 de marzo de 2011 se recibió en el Tribunal Seccional escrito de la Dra. MAGALY ESTHER ROMERO VENGOECHEA, Procuradora Judicial 11 N° 50 Delegada para la Defensa de Los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia en el que presenta las conclusiones de la investigación adelantada en el caso conocido bajo el número de radicación 530 iniciado en contra del Dr. A. DE LA H.B. que en sus conclusiones establece que hubo violación de la Lex Artis y que hay méritos para formular cargos al médico disciplinado.

El 25 de mayo de 2011, el Magistrado Instructor presentó el informe de conclusiones en el que evaluando las pruebas y los informes de la Secretaría del despacho del Municipio de Polonuevo y de la Procuradora Delegada deduce que hay evidencia que el Dr. A. DE LA H.B. actuó con negligencia y que su actuación fue inoportuna y recomendó elevarle pliego de cargos.

El primero de junio de 2011, el Tribunal Seccional, en Sala Plena, resolvió elevar pliego de Cargos al Dr. A. DE LA H.B. por presunta violación del artículo 1º, ordinal 2, Artículos 3, 10, 34 y 42 de la Ley 23 de 1981, Artículo 3º de la Resolución 1995 de 1999.

El 22 de junio de 2011, El Tribunal de Ética Médica del Atlántico, en Sala Plena llevó a cabo la diligencia de descargos del Dr. A. DE LA H.B. quién estuvo acompañado del Dr. MARIO ALONSO PINEDA GOELKEL, su abogado defensor.

El Tribunal de Ética Médica del Atlántico, en Sala Plena del 10 de agosto de 2011, decidió aceptar los descargos del Dr. A. DE LA H.B. en relación con los Artículos 3 y 10 de la Ley 23 de 1981 y no aceptar los descargos por violación de los Artículos 34 y 42 de la Ley 23 de 1981 y sancionarlo con Censura Escrita y Pública.

El abogado defensor del médico encartado fue notificado de la sentencia el 12 de agosto de 2011 y ese mismo día interpuso el recurso de Reposición y en subsidio Apelación.

El 17 de agosto de 2011 se recibió en el Tribunal Seccional escrito del Dr. MARIO ALONSO PINEDA GOELKEL, abogado defensor del médico disciplinado por medio del cual renuncia al Recurso de Reposición y apela la sanción y el 18 de agosto de 2011 se admitió el Recurso de Apelación y se concedieron cuatro días para que lo sustente, sustentación que fue recibida el 25 de agosto en el Tribunal Seccional y se concedió en Sala Plena del Tribunal del Atlántico del 7 de septiembre de 2011 el recurso de apelación.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

El apoderado del Dr. A. DE LA H.B. basa su inconformidad con la decisión del Tribunal Seccional por la sanción por violación de los artículos 34 y 42 de la Ley 23 de 1981:

1-. No violó el artículo 34 porque en la historia quedaron consignados todos los diagnósticos de la paciente y cita:

“Paciente con cardiopatía congénita

En estado de desnutrición

Ha sido devuelta en tres ocasiones para cirugía
Nacida prematuramente
Métodos para salvarle la vida
Revivida en tres oportunidades de paro cardiorespiratorio
Hora de ingreso
Peso corporal
Hora del fallecimiento
Y otras condiciones”

Y que por lo tanto, todo lo requerido está insertado en la historia, que la norma exige y las condiciones de salud y en caso de muerte, los motivos y esto que fue exactamente lo que escribió el médico encartado.

ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente en los casos previstos por la Ley.

Conc. D. 3380/81. Art. 23. “El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta”.

2-. En cuanto a la acusación por violación del Artículo 42, argumenta el apoderado que su poderdante no faltó a esta norma porque cumplió con sus deberes profesionales y administrativos, así como con el horario de trabajo y demás compromisos a que está obligado en la institución donde presta sus servicios y que además no se presentó ninguna queja por parte de la Institución donde trabaja y que en su expediente no figura ninguna llamada de atención por falta al horario u otros comportamientos que alteren la disciplina donde labora su poderdante.

ARTICULO 42. El médico cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios.

El Tribunal Nacional de ética Médica considera en cuanto a la acusación por violación del artículo 34 de la Ley 23 de 1981, que dadas las circunstancias en que sucedieron los hechos, en que la niña hace paro cardiorespiratorio en el momento que iba a ser examinada, no se le puede exigir más al médico que lo que el Dr. A. de la H.B. escribió en la historia, donde

hay un recuento cronológico de los hechos tal como ocurrieron y está de acuerdo con su apoderado en que no hubo violación del artículo 34 de la Ley 23 de 1981.

El Tribunal Nacional encuentra además que las condiciones de trabajo que se describen en el expediente para el médico, con turnos de 24 horas, sin más ayuda que una auxiliar de enfermería, no son las ideales para una práctica médica óptima y considera que deberá poner en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud esta situación aberrante.

Tampoco encuentra el Tribunal Nacional en el expediente, argumentos para sostener que el médico disciplinado violó el Artículo 42 de la Ley 23 de 1981 ya que cumplió a cabalidad con sus obligaciones médicas y laborales como lo hace notar su apoderado, por tanto la queja al respecto, carece de fundamento.

Por lo anterior, el Tribunal Nacional de Ética Médica considera se debe absolver al doctor A. DE LA H.B. de los cargos imputados.

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

RESUELVA

Artículo Primero - Revocar como en efecto revoca la sanción impuesta al Dr. A. de la H.B. por el Tribunal de Ética Médica del Atlántico. **Artículo Segundo** - Absolver al doctor A. de la H. B. de los cargos imputados. **Artículo Tercero** -Devolver éste expediente al Tribunal de origen para lo pertinente. **Artículo Cuarto** - Contra esta providencia no procede recurso alguno. **Artículo Quinto** - Compulsar copias del expediente a la Superintendencia Nacional de Salud.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. GERMAN PEÑA QUIÑONES, Presidente Magistrado- Ponente;
JUAN MENDOZA VEGA Magistrado, EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado;
EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaria

Bogotá, Diciembre primero (1) del año dos mil nueve (2009).

**SALA PLENA SESIÓN No.1027 DEL PRIMERO (1) DE
DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE (2009).**

REF: Proceso 426 de El Tribunal de Ética Médica de Norte de Santander
Contra: Dr. P.E.C.M.
Denunciante: Señor PE.J.R.

Magistrado ponente: Dra. Guillermina Schöonewolff de Loaiza
Providencia No. 87-09

VISTOS:

El 12 de agosto de 2009 el señor P.J.R. presenta recurso de reposición y en subsidio de apelación contra la decisión, del 27 de julio de 2009, tomada por el Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander, de precluir la investigación contra los doctores I.H., MA.P. y P.E.C.

En septiembre 7 de 2009 el Tribunal Seccional resuelve no reponer la providencia glosada por el recurrente y concede la apelación ante el Tribunal Nacional.

En septiembre 18/2009 se recibe el expediente que consta de dos cuaderos con 99 y 10 folios respectivamente.

En septiembre 22 entra para reparto y por sorteo corresponde su instrucción a la doctora Guillermina Schöonewolff de Loaiza.

ACTUACIÓN PROCESAL

Con fecha 15 de junio de 2007 el señor P.J.R. envía queja al Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander, en donde refiere que la señora M.P.G de R. madre del denunciante padecía de una enfermedad cardíaca

de alto riesgo que conocían los médicos tratantes, sin embargo procedieron a intervenirla “de la vista”. Considera que la paciente falleció por irresponsabilidad de los médicos y la forma ligera como procedieron para intervenirla. Solicita se investigue la actitud de los médicos que la atendieron.

El 26 de junio de 2007 en Tribunal Seccional decide realizar investigación previa, recibe la declaración del denunciante, de la Señora N.R.R., de los médicos anesthesiólogos doctora I.H. y Doctor M.A.P., del cardiólogo quien realizó el Ecocardiograma doctor F.C. y sin juramento del médico oftalmólogo doctor P.E.C.

El Tribunal de Primera Instancia después de valorar las diferentes declaraciones en sesión de junio 9 de 2008, resuelve declarar que la conducta médica denunciada por el señor R. no es constitutiva de infracción ética por lo tanto se abstiene de abrir investigación formal contra el doctor P.E.C.M..

El 16 de junio el quejoso interpone recursos de Ley contra la decisión del 9 de junio de 2008.

En septiembre 8 de 2008 el Tribunal Resuelve no reponer su decisión y concede el recurso de apelación interpuesto subsidiariamente.

En octubre 21 de 2008 la Sala Plena del Tribunal Nacional de Ética Médica resuelve REVOCAR la decisión del Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander de fecha junio 9 de 2008, por medio de la cual se inhibió de abrir investigación formal en contra del doctor P.E.C.M. Y ORDENA se abra investigación formal contra todos los médicos que participaron en la atención de la paciente.

En noviembre 12 de 2007(sic) 2008, el Tribunal Seccional ordena investigación formal y ordena oír en versión sin juramento a los doctores Anesthesiólogos I.H., M.A.P. y P.E.C.

En julio 27 de 2009 el Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander decide precluir la investigación contra los doctores I.H., M.A.P. y P.E.C.M.

El 12 de agosto de 2009 el quejoso interpone los recursos de reposición y de apelación contra el fallo que ordena la preclusión de la investigación. En septiembre 7 de 2009 el Tribunal Seccional decide no reponer su decisión y concede la apelación.

HECHOS

La señora M.P.G., madre del denunciante, de 69 años de edad, consultó con el doctor P.E.C.M., médico oftalmólogo, por presentar disminución de la agudeza visual por ojo derecho, se le diagnostica catarata de éste ojo. Paciente hipertensa con antecedente de obstrucción de 2 arterias coronarias diagnosticadas por cateterismo según información de la hija y en tratamiento médico para la hipertensión arterial.

El Dr. C. solicita valoración prequirúrgica para cirugía de catarata y lente intraocular ojo derecho. De las diferentes declaraciones, y de la comunicación de COOMEVA EPS, dirigida al quejoso se extrae que la paciente fue valorada en agosto de 2006 en el servicio de medicina interna, le solicitan ecocardiograma con impresión diagnóstica de hipertensión arterial hipertrofia ventricular y extrasístoles ventriculares.

En septiembre 15 de 2006 fue reportado por el doctor F.C.B., médico cardiólogo y de medicina nuclear, el ecocardiograma de la siguiente manera: (folio 9 del cuaderno No 2).

- 1-Ventrículo izquierdo esférico, severamente dilatado, hipertrofia mixta severa, moderado compromiso de la fracción de eyección (muy significativo para su enfermedad de base), con patrón difuso de alteración de contractilidad, y disfunción diastólica tipo IV.
- 2-Leve dilatación auricular izquierda en ritmo sinusal.
- 3-Insuficiencia aórtica severa.
- 4-Hipertensión pulmonar moderada con ventrículo derecho normal.
- 5-Presión auricular izquierda elevada y presión venosa central normal.

Con éste resultado es remitida a cardiología, es valorada en octubre 3 de 2006 (folio 8V del cuaderno No 2) y como datos positivos se encontró tensión arterial de 130/60 FC: de 76, FR: 20, disnea de medianos esfuerzos ortogénico, no edemas de MMII, 2-4 extrasístoles segmento sisto-diastólico, buena ventilación pulmonar, no hepatomegalia. El EKG mostró hipertrofia de ventrículo izquierdo mas sobrecarga con extrasístoles.

El cardiólogo conceptuó que la paciente presentaba riesgo cardíaco II, y recomendó programar la cirugía, previa autorización de la familia en institución con UCI (firma ilegible).

El Tribunal Seccional a folio 35 anota que esta valoración fue realizada por el doctor A.C.Z.

El 10 de noviembre de 2006, previo al consentimiento de la misma paciente y de la hija quien firma el consentimiento, el doctor C.M., procede a efectuar el procedimiento quirúrgico con paciente monitorizada y en clínica con unidad de cuidados intensivos. Al terminar el procedimiento, aún en la sala de cirugía la paciente manifiesta dificultad respiratoria, colocan O2, es inmediatamente atendida por los anestesiólogos Dra. II.H. y Dr. M.A.P., presenta disnea, sudoración, tolera mal el decúbito, pulso débil, la disnea se hace cada vez mas intensa, abundantes estertores en ambos campos pulmonares, con diagnostico de edema pulmonar agudo se aplica lasix, morfina, intubación oro-traqueal y se traslada inmediatamente a la UCI. A su ingreso se encuentra paciente con respiraciones agónicas, diaforesis, inconsciente y sin movimientos al estímulo fuerte; se observa además salida de material espumoso por boca. Con diagnostico de paro cardio-respiratorio se inicia reanimación cerebro-cardio-pulmonar avanzada, luego de 40 minutos de reanimación se declara la muerte de la paciente.

En septiembre 8 de 2008 el Tribunal Seccional resuelve no reponer su decisión de junio 9 de 2008 por medio de la cual se inhibió de abrir investigación formal, y concede el recurso de apelación interpuesto subsidiariamente.

En el recurso el denunciante argumenta:

- 1- Que la junta médica que AUTORIZÓ la intervención, no tuvo en cuenta los antecedentes clínicos de la paciente.
- 2- Los médicos no fueron totalmente claros, en su información acerca del riesgo que se corría con la intervención.
- 3- Que a folio 7 se informa que el anestesiólogo le realiza una visita a la paciente cuando ya estaba en el quirófano y no le realiza la consulta antes de ingresar, en donde se había podido evitar la intervención y por tanto el fallecimiento.
- 4- Dice que los médicos les solicitaron la autorización para la intervención “nosotros no somos las personas idóneas para dar un visto bueno”

El Tribunal Nacional al resolver el recurso interpuesto, consideró “Esta Corporación no se encuentra satisfecha con la forma como se ha realizado

la investigación preliminar y por lo tanto solicita se investigue la actitud de todos los médicos que intervinieron en la atención de la paciente.”Y resuelve revocar la decisión del Tribunal Seccional de inhibirse de abrir investigación formal, y ordena se abra la investigación formal contra todos los médicos que intervinieron en la atención de la paciente.

En cumplimiento de lo ordenando por el Tribunal Nacional se reciben libres de apremio del juramento las declaraciones de los médicos investigados:

El doctor M.A.P., médico anestesiólogo de la Universidad del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario dice en su declaración, que no era el anestesiólogo asignado a la paciente en mención, estaba en la otra sala de cirugía que queda enfrente a la sala de ojos y por llamado de una enfermera acudió a colaborar a la doctora H. anestesióloga que se encontraba atendiendo a la paciente y que en compañía de esta se realiza el traslado a la UCI. Aclara que en Colombia los oftalmólogos están facultados para realizar sus procedimientos oftalmológicos sin la presencia permanente de anestesiólogo y agrega que el doctor C. es un médico idóneo y muy competente para realizar cualquier acto oftalmológico.

La doctora I.H. en su declaración libre de juramento, médica anestesióloga, dice que fue llamada a la sala de oftalmología porque la paciente se había complicado al terminar la cirugía, en ningún momento fue su paciente programada, estaba dando anestesia en otra sala cuando fue requerida por la enfermera, acudió inmediatamente y encontró a la paciente con dificultad respiratoria severa, diagnostica edema pulmonar agudo, le pide colaboración al doctor P. que se encontraba programado en otra sala de cirugía, fue trasladada a una camilla, con tórax elevado, oxígeno y se le suministró furosemida y morfina y se traslada inmediatamente a la UCI.

Al ser interrogada sobre el punto tres del recurso de apelación visible a folio 45: “Según el folio 7 de la historia clínica, que envía la clínica Santa Ana se informa que el anestesiólogo le realiza una visita a mi mamá cuando ésta ya estaba en quirófano y no le realiza antes de ingresar.....” la doctora H. comenta que son muchas las cirugías que se programan con anestesia local, estos pacientes no los conocemos ni los valoramos antes de entrar a cirugía. Dice que su intervención se limitó cuando fue llamada de emergencia al presentarse el evento. Agrega:” debo decir finalmente que conozco al doctor P.E.C. desde hace varios años, tengo un

excelente concepto de él como profesional y que muchas de las cirugías de oftalmología se hacen sin asistencia de anestesiólogo.

Rinde su declaración libre de juramento el doctor P.E.C.M. en compañía de su defensor doctor Juvenal Valero. Dice el acusado que es especialista en oftalmología de la Universidad Industrial de Santander y con experiencia de 12 años en la especialidad; que su actuación fue realizar la cirugía de catarata mas lente intraocular en ojo derecho, en la Clínica Santa Ana, donde se contaba con sala de cuidados intensivos, y todos los equipos profesionales idóneos para realizar cirugía oftalmológica. La paciente había sido valorada por medicina interna y cardiología y se encontraba hemodinámicamente estable, con todos los signos vitales normales al momento de iniciar el procedimiento quirúrgico; a la paciente se le colocó bloqueo anestésico colocado por él por estar facultados los oftalmólogos para este procedimiento, y por tener una basta experiencia en este tipo de anestesias. Dice que la mayoría de los pacientes para esta cirugía son pacientes de edad y el 99,9% de ellos poseen problemas hipertensivos, son diabéticos o con problemas cardiacos. Agrega que durante el procedimiento quirúrgico de la señora P. todo transcurrió normal y ya en los últimos minutos al terminar la cirugía la señora presentó dificultad respiratoria y por ese motivo se pide la intervención de los anestesiólogos que acudieron instantáneamente.

Continúa diciendo el doctor C. que para realizar la cirugía se solicita a la clínica presencia de anestesiólogo, pero estos en este momento se encontraban en otro procedimiento quirúrgico, la cirugía la realiza en vista que el procedimiento había sido cancelado anteriormente y se les pide a los anestesiólogos la asesoría en caso de cualquier complicación o impase, e insiste que en el 99.9% de pacientes con patologías cardíacas, hipertensivas o diabéticas, no se presenta ninguna complicación con el procedimiento quirúrgico en si.

Narra el doctor C. que a la paciente y a la hija que fueron las que asistieron a las consultas previas a la cirugía se les informó sobre el procedimiento y se les hizo firmar el consentimiento previo a la cirugía en el consultorio y posteriormente en la clínica también firmaron el consentimiento donde se les informaban los riesgos, y beneficios y complicaciones que se podían presentar en una cirugía de catarata, la señora y su hija aceptaron el procedimiento habida cuanta que la visión de su ojo derecho estaba bastante disminuida y la señora P. quería mejorar su agudeza visual.

Aclara el oftalmólogo que este procedimiento es corto máximo se demoran de 20 a 30 minutos y que se contaba con toda la infraestructura médica y técnica para proceder en caso de una complicación que son muy raras en oftalmología.

Con relación a los planteamientos de recurso interpuesto afirma que se si fuero tenidos muy en cuenta los antecedentes clínicos que padecía la paciente ya que fue valorada no solamente por médico internista, sino también por una sub-especialista en cardiología, y les advirtieron del riesgo.

El 27 de julio de 2009 el Tribunal de Ética Médica del Norte de Santander Resuelve precluir la investigación contra los doctores I.M., M.A.P. y P.E.C.

El 12 de agosto del 2009 el quejoso señor R. interpone recurso de reposición y apelación. El Tribunal Seccional resuelve no reponer su decisión de precluir la investigación y concede la apelación.

En el recurso el señor P.J.R. dice textualmente: “Teniendo en cuenta que esta decisión fue tomada de una forma radical, parcializada y sin ninguna consideración, manifestación. Y ajustada a la ética profesional médica sino al contrario violándose, negándose y desconociendo de una manera por lo demás extraña y misteriosa demostrando con esta decisión duda en los fallos que como tribunal de la ética debe proferir.”

Copia a la Superintendencia de Salud.

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL

La cirugía de catarata está catalogada como una cirugía de baja complejidad y las complicaciones inherentes a la misma son muy escasas y de baja incidencia; por ser una intervención que se realiza en personas de la tercera edad, la mayoría de las veces, estas pueden presentar otras enfermedades concomitantes como en el caso de la señora M.P.G. La paciente acude al consultorio del Dr. P.E.C. por presentar notoria disminución de la agudeza visual, que como se sabe es una entidad incapacitante y que disminuye la calidad de vida, el oftalmólogo teniendo en cuenta la patología cardiaca de la paciente le solicita cuadro hemático, glicemia, creatinina, coagulación, exámenes reportados como normales, y la remite para valo-

ración por médico internista, este solicita el Ecocardiograma y ante reporte de este la remite para valoración y concepto por cardiología; atendida por el Dr. A.C. le explica a la paciente y a su hija N. que la acompañaba la enfermedad y los riesgos cardiológicos que presentaba descritos por la hija en su declaración bajo juramento en donde acepta que a su parecer la atención recibida fue correcta que la paciente deseaba se le realizara la cirugía porque no veía por el ojo derecho; y que las dos autorizaron el procedimiento.

En declaración de la señora N.R.R., hija de la paciente y quien vivía con ella y le suministraba los medicamentos, al ser interrogada por el magistrado instructor sobre los motivos de la queja presentada con relación a la atención de la señora M.P., contesto:

“a mí me parece que la atención de ella fue correcta”. Se le interrogó que si la señora deseaba se le realizara la cirugía y contesto: “ sí porque ella decía que no veía por el ojo derecho”.

Con relación al consentimiento informado, la señora N.R. afirma que el cardiólogo les informó que la cirugía tenía riesgos : “según el doctor, el cardiólogo, le dijo a mi mamá y a mí que tenía riesgos, pero que eso era como una lotería. Textualmente nos dijo, que eso era como una rifa, que de cinco puestos, para que lo entiéramos mejor, uno era el ganador, y que el no pensaba que ella fuera la ganadora”. Después de ésta explicación la paciente autorizó la cirugía y la hija firmó el consentimiento informado.

El cardiólogo informa riesgo cardiaco II y solicita programar previa autorización de la familia en institución que contara con unidad de cuidado intensivo. Estos requerimientos fueron cumplidos por el oftalmólogo Dr. C. quien realiza el procedimiento en clínica de tercer nivel, con unidad de cuidado intensivo permaneciendo la paciente monitorizada durante el procedimiento y a donde acudieron inmediatamente los anestesiólogos al presentarse la dificultad respiratoria de la paciente.

Desafortunadamente la señora G. De R. presenta en el postoperatorio inmediato fibrilación ventricular con edema pulmonar y paro cardiorrespiratorio que a pesar de todos los procedimientos realizados por los médicos de la unidad de cuidados intensivos la paciente fallece.

De las declaraciones de los médicos anestesiólogos se desprende que la doctora I.H y el Dr. M.A.P. no intervinieron como médicos tratantes de la paciente, acudieron al llamado al presentarse el desafortunado evento, realizando en forma rápida y diligente la atención de la paciente y su traslado a la UCI por lo tanto no se les puede vincular como responsables del hecho investigado.

El Dr. P.E.C., oftalmólogo realiza todos los estudios necesarios y las valoraciones médicas que requería la paciente previas a la cirugía, por encontrarse la paciente en ese momento estable sin sintomatología que contraindicara la cirugía y cumpliendo con las recomendaciones solicitadas por cardiología y con la autorización de la paciente y su hija, realiza el procedimiento quirúrgico cuya duración no pasó de 20 minutos.

La sala considera que hubo una información completa de la patología que presentaba la paciente, de los riesgos que de ella se desprendían y de la cirugía que se le iba a realizar y por lo tanto autorizaron su realización con la firma de la paciente y de la hija. El quejoso asiste con la paciente el día de la cirugía, no presenta ningún reparo ni cuestiona su realización, lo que indica que tácitamente está de acuerdo.

El doctor P.E.C en su versión libre afirma que a la paciente y a su hija les explicó en que consistía la cirugía y los riesgos inherentes al acto quirúrgico, puesto que los riesgos cardiológicos ya le habían sido explicados.

El cirujano tomó las medidas necesarias prequirúrgica y durante el acto quirúrgico, indicadas por cardiología, por lo cual no se encuentra en su actuación, indicios de violación a los postulados de la ética médica.

Con relación a la apelación del 12 de Agosto de 2009, mediante la cual se precluyó la investigación, El Tribunal Nacional considera que siendo el propósito del recurso el que la corporación revoque la decisión de una sentencia, éste debe contener los argumentos para controvertir la decisión impugnada.

En el escrito de apelación no se observa que el quejoso anote ningún argumento que controvierte lo decidido por el Tribunal Seccional, se trata de un escrito de difícil interpretación e irrespetuoso hacia el Tribunal.

El quejoso tienen la obligación de respetar las instituciones y a los miembros que las constituyen.

CONCLUSIONES

La Sala considera que no puede afirmarse que exista relación de causalidad entre el acto quirúrgico y el desenlace desafortunado del fallecimiento de la paciente. Además que los familiares sí fueron informados de los riesgos tanto por el cardiólogo como por el oftalmólogo y por lo tanto se firmó el consentimiento informado.

Por las consideraciones anteriores, el Tribunal Nacional de Ética Médica en uso de sus atribuciones que le confiere la ley.

RESUELVE

Artículo Primero - Confirmar la decisión del Tribunal De Ética Médica de Norte de Santander de precluir la investigación ético-disciplinaria en contra de los doctores P.E.C.M., I. H. y M.A.P. **Artículo Segundo** - Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. MIGUEL OTERO CADENA Presidente (E.) GUILLERMINA SCHOONEWOLFF DE LOAIZA, Magistrada Ponente; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO. Secretaria.

Bogotá, Enero quince (15) del año dos mil trece (2013)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1160 DEL QUINCE (15)
DE ENERO DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

REF: Proceso No. 960, Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta
Contra: Médicos en averiguación, Central de Urgencias de Acacías
Denunciante: Señor L.A.G.G.
Asunto: Recurso de apelación

Providencia No. 01-2013

Magistrado ponente : Dr. Juan Mendoza Vega

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, en Sala Plena del 13 de Septiembre de 2012, resolvió archivar las diligencias de la investigación preliminar número 960 iniciadas contra médicos de la Central de Urgencias de Acacías, Meta, por queja presentada por el señor L.A.G.G. . Contra la providencia mencionada presentó el quejoso, recursos de reposición y en subsidio apelación en escrito fechado el 18 de Septiembre de 2012. El tribunal seccional negó la reposición pero concedió la apelación en Sala Plena del 15 de Noviembre y envió el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

Recibido el expediente el día 10 de Diciembre, fue puesto para reparto en Sala Plena del 11 de Diciembre de 2012 y le correspondió por sorteo al Magistrado Juan Mendoza-Vega. Cumplidos los términos, se procede a decidir de acuerdo con los siguientes:

HECHOS

El 15 de Diciembre de 2011 se recibió en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta el escrito de queja presentado por el señor L.A.G.G. con-

tra los médicos de la IPS Central de Urgencias de Acacías, porque según fueron vulnerados (sic) el derecho a la salud de su esposa, la señora A.H.A., quien “falleció por motivos de negligencia” de dichos profesionales, que la atendieron el día 6 de Diciembre de 2011; adjuntó fotocopias de la historia clínica y del certificado de defunción de la señora A.H.A. . Según la queja, la señora fue llevada a urgencias por “dolor en el pecho”, la médica de turno “dijo que no era nada grave, que la llevara para la casa” y “no prestaron el servicio de ambulancia ni autorizaron la remisión para Villavicencio para que fuera atendida a tiempo”.

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, recibió bajo juramento la ratificación y ampliación de la queja, recabó oficialmente tanto las copias de las historias clínicas como la del informe de necropsia médico-legal; oyó en versión libre sin juramento a los médicos que fueron identificados como participantes en la atención dada a la señora A.H.A., doctores J.E.S.R., J.C.M.O., M.A.B.C. y J.A.N.B.; se encontró que, tanto en el Centro de Urgencias de Acacías como en la Clínica Marta de Villavicencio, los médicos mencionados atendieron oportunamente a la enferma, la examinaron y dejaron constancia de ello en la historia clínica correspondiente, ordenaron los exámenes de laboratorio que consideraron adecuados y, en el centro de Acacías, como había mejorado del dolor torácico que había causado la consulta, le dieron salida con remisión a Psiquiatría porque el cuadro se interpretó como prolongación del que, según el esposo, había sufrido ella quince días antes tras ingerir bebidas alcohólicas. La evolución en la clínica de Villavicencio fue de agravación rápida y desembocó en paro cardiorespiratorio que no tuvo respuesta favorable a las maniobras de reanimación. El tribunal del Meta señala que el cuadro clínico fue siempre de características inusuales, hasta el punto de plantear gran dificultad para el diagnóstico inclusive en el Hospital San Rafael de Bogotá, como lo demuestra la historia clínica de ese centro asistencial.

Ante estas evidencias, la magistrada instructora presentó informe de conclusiones que fue acogido por la Sala Plena, según el cual no incurrieron los doctores J.E.S.R., J.C.M.O., M.A.B.C. y J.A.N.B., en falta alguna, como lo pretendía mostrar la queja, y por ello decidió el tribunal de primera instancia archivar las diligencias. Como el quejoso presentó recurso de reposición y en subsidio apelación contra esta decisión, el tribunal seccio-

nal en Sala del 15 de Noviembre de 2012 negó la reposición, concedió la apelación y envió el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:

En el escrito de presentación de los recursos, el señor L.A.G.G., no manifiesta de modo concreto la razón de su inconformidad, se limita a repetir algunas de las afirmaciones hechas en su queja sobre la presunta negativa de los médicos de Acacias a darle remisión para una institución asistencial de nivel superior, así como sobre la demora en la Clínica Marta para dar atención a la señora A.H., lo que en su sentir configura “negligencia médica” y lo lleva a pedir “ampliar la investigación”. A este respecto, el apoderado de uno de los disciplinados describió el traslado de los recursos haciendo constar que, por no estar debidamente sustentados, tales recursos deberían denegarse; es claro que cabe razón a este argumento, pero habiendo procedido el tribunal de primera instancia a estudiar los recursos, negar la reposición y conceder la apelación, procede este Tribunal Nacional a resolver con el ánimo primordial de dejar claras ante el quejoso las razones de la decisión tomada.

Las propias palabras del quejoso, en la diligencia de ratificación y ampliación visible a folios 32 a 35 rectos, muestran que los médicos en Acacias atendieron a la señora A.H.A., la examinaron y le ordenaron el tratamiento que consideraron adecuado, el cual incluyó varias horas de observación en hospitalización, después de las cuales la enferma no volvió a estar a sus órdenes porque fue llevada a Villavicencio por decisión de ella misma y del señor G., su esposo; en la Clínica Marta, por su parte, las notas de enfermería muestran que ingresó a las 18 horas y 40 minutos, fue atendida sin demora y su estado clínico se deterioró con rapidez en las dos horas siguientes, sin que pudiera controlarse el cuadro con el tratamiento que se puso en marcha. No hay evidencia de indebidas demoras ni negligencia en la atención. Estas fueron las razones para que el tribunal seccional decidiera ordenar el archivo de la queja y ellas no han sido desvirtuadas, por lo que el recurso no prosperará.

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 960, por la cual se archivó la queja presentada por el señor L.A.G.G. , por las razones expuestas en 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. FRANCISCO PARDO VARGAS, Presidente –Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; EFRAÍM OTERO RUIZ, Magistrado; LILIAN TORREGROSAALMONACID, Magistrada; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Mayo veinticinco (25) del año dos mil diez (2010)

**SALA PLENA SESIÓN No.1043 DEL VEINTICINCO (25)
DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010)**

REF: Proceso No. 1402, Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia
Contra: Doctor O.G.P.R
Denunciante: Señora M.O.S.S.
Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado ponente: Doctor Juan Mendoza Vega
Providencia No. 47-2010

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia, en Sala Plena del 20 de Octubre de 2009, resolvió precluir la investigación adelantada contra el médico O.G.P.R., como consecuencia de la queja presentada por la señora O.S.S., por considerar que el profesional obró de acuerdo con la Lex artis y con las disposiciones de la Ley 23 de 1981.

La providencia respectiva fue recurrida para reposición y en subsidio apelación, dentro de términos, por la quejosa, señora O.S.S.; el tribunal de primera instancia resolvió, en Sala Plena del 10 de Noviembre de 2009, no reponer su decisión y concedió la apelación en el efecto suspensivo, para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Los cuadernos que contienen la actuación se recibieron en este Tribunal Nacional el 12 de Mayo de 2010; puesto para reparto en la Sala Plena del 18 de Mayo, correspondió por sorteo al magistrado Juan Mendoza-Vega.

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

HECHOS

En escrito fechado el 27 de Mayo de 2008 y presentado ante el Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia el 19 de Junio de 2008, la señora O.S.S. instauró queja por presuntas fallas en la atención que a su hijo A.J.D.S. le prestó el doctor O.G..P.R. en el mes de Abril de 2008, cuando lo sometió a Safeno-varicectomía izquierda programada en el hospital Venancio Díaz de la ciudad de Sabaneta.

Según el mencionado escrito, durante la intervención se presentó una complicación con hemorragia grave que requirió traslado del joven D. a hospital de tercer nivel, donde el cirujano vascular doctor A.E.U., procedió a reparar la sección de vena femoral que había realizado el cirujano P. R., creyendo que se trataba del cayado aumentado de tamaño de la vena safena; se procedió también a las transfusiones sanguíneas y demás tratamientos y cuidados que requirió el paciente.

El tribunal de primera instancia aceptó la queja y abrió investigación disciplinaria ético-profesional, en el curso de la cual procedió a solicitar copia de la historia clínica correspondiente al joven A.J.D.S., comprobó la calidad de médico del disciplinado, recibió de la señora quejosa ampliación bajo juramento de su queja y oyó al doctor P.R. en declaración sin juramento, diligencia ésta en la que estuvo presente la abogada Margarita María Villegas en calidad de defensora. Se llamó también a declarar bajo juramento, en calidad de testigo, al doctor A.E.U., quien atendió la complicación y practicó la cirugía necesaria contando con la ayudantía del doctor P.

Con base en el acervo probatorio, el tribunal de primera instancia en Sala Plena del 20 de Octubre de 2009 consideró que la actuación del doctor O.G.P.R. en este caso se ajustó a las normas éticas y científicas, que la complicación consistente en sección de la vena femoral izquierda no se debió a falla en el procedimiento quirúrgico sino a error imposible de evitar porque, al hacer avanzar el instrumento denominado flebotomo por la luz de la vena safena, como es lo acostumbrado en estos procedimientos, dicho instrumento pasó sin dificultad de las venas superficiales a las profundas, quizá porque había alguna peculiaridad anatómica imprevisible, y el cirujano al encontrar la punta del flebotomo en una vena en la región inguinal creyó que se trataba de la vena safena y procedió en consecuencia,

con el resultado de abundante hemorragia incoercible que le hizo enseguida reconocer la necesidad de buscar la asesoría de un cirujano vascular, como en efecto lo hizo, trasladando el paciente en ambulancia al centro de atención de tercer nivel y acompañándolo tanto en el traslado como en la nueva cirugía. En consecuencia, el tribunal no encontró vulneración a la Ley 23 de 1981 ni a la Lex artis ad hoc y resolvió decretar la preclusión de la investigación.

Notificada la providencia, la quejosa en escrito presentado el 26 de Octubre de 2009 solicitó la reposición de la misma y en subsidio apeló, reiterando su queja y afirmando que el tribunal de primera instancia “no analizó las pruebas sino a favor del doctor P.”, a quien acusa de negligencia, afán de obtener dinero y “...afán de practicar y ensayar”.

En decisión de Sala Plena del 10 de Noviembre de 2009, el tribunal de primera instancia resolvió confirmar su decisión y conceder el recurso subsidiario de apelación, por lo que remitió las diligencias a este Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Tanto la calidad de médico graduado, especialista en Cirugía General, del doctor O.P.R. como su actuación en la cirugía practicada al hijo de la quejosa, están debidamente probadas en el informativo.

Como bien lo resume el tribunal de primera instancia, los argumentos de sustentación del recurso pueden sintetizarse en cuatro puntos:

- 1 – El hospital Venancio Díaz no era la institución adecuada para practicar la cirugía que necesitaba su hijo.
- 2 – El doctor O.P. no previó “el daño que le hizo”, lo que considera “extraño”.
- 3 – El tribunal sólo analizó las pruebas a favor del médico y desconoció que el paciente “estuvo a punto de morir por la negligencia del médico”, a quien además sólo le interesaba “obtener dinero” como lo demuestra el hecho de que tuviera otros pacientes para operar en la misma tarde de los hechos denunciados.
- 4 – El doctor P. cometió un craso error que causó el daño en las venas del paciente y la hemorragia abundante que debió ser tratada en otra institución y por otro cirujano, este sí especialista en vasos.

Procede este Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de la competencia que le otorga el artículo 88 de la Ley 23 de 1981, a resolver el recurso en la siguiente forma:

Al punto primero, debe responderse que la afirmación de la quejosa no corresponde a la realidad técnico-científica, porque el Hospital Venancio Díaz está catalogado en segundo nivel y la cirugía de venas varicosas puede practicarse normalmente en instituciones de segundo nivel, como lo afirma con claridad el cirujano vascular doctor A.E.U. en su declaración juramentada (folio 33 recto); el doctor P., por lo mismo, no cometió falta alguna cuando decidió operar en el Hospital Venancio Díaz, a donde había sido remitido el joven D. por su EPS.

El segundo punto tampoco tiene razón, porque la existencia de variantes anatómicas como la que pudo permitir la desviación del instrumento quirúrgico y su llegada a la luz de la vena femoral, aunque conocida para los estudiosos del cuerpo humano, suele tener muy poca frecuencia y por lo mismo no está dentro de la lista de posibilidades que por costumbre analiza un cirujano al planear sus intervenciones. La quejosa, como la mayor parte de las personas sin conocimientos médicos, ignora de muy buena fe que no hay dos organismos idénticos entre sí ni con reacciones exactamente iguales; por ello no entiende con claridad lo que ocurrió en el caso de su hijo ni la ausencia de culpa del cirujano en ese acontecimiento completamente inesperado e impredecible.

Es injusta, atribuible sólo al dolor maternal ante los peligros afrontados por su hijo, la acusación de que el disciplinado doctor P. estuviera interesado sólo en ganar dinero y hubiera procedido con esa materialista intención, perjudicando de paso a quien era su paciente; ocurrido el accidente al final de la cirugía, el médico Palacio no sólo se apresuró a buscar con diligencia los medios para afrontar la situación, de modo que ayudó a salvar la vida del joven D.S., sino abandonó todos sus demás compromisos del momento para acompañarlo en el traslado a otro centro asistencial y ayudar en la nueva cirugía, de manera evidentemente altruista y digna de elogio.

Lo correspondiente al punto cuarto tiene parte de su respuesta en las consideraciones hechas frente al punto segundo; vale la pena insistir en que la sección de la vena femoral se debió a la imprevisible circunstancia de que el instrumento quirúrgico tomó un camino distinto del planeado y buscado

por el cirujano, no por impericia, descuido ni ignorancia de éste sino por la existencia de una peculiaridad anatómica, de tal modo que el doctor P. creyó estar cortando la vena que debía, aunque en realidad se trataba de otra situada muy cerca y en cuyo interior estaba el instrumento. Se configuró así un accidente en el que no puede atribuirse culpa a ninguno de los participantes en el acto médico, lo que en la actualidad se clasifica como un evento adverso.

No se encuentran, pues, razones para desvirtuar la actuación del tribunal de primera instancia y su decisión deberá confirmarse.

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

RESUELVA

Artículo Primero - Confirmar, como en efecto confirma, la resolución por la cual el Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia precluyó la investigación contra el doctor O.G.P.R., abierta con base en la queja presentada por la señora O.S.S., por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **Artículo Segundo** - Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado-Presidente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado Ponente; LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO, Magistrado; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado; GERMÁN PEÑA QUIÑONES, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Agosto treinta y uno (31) del año dos mil diez (2010)

**SALA PLENA SESIÓN No.1056 DEL TREINTA Y UNO
(31) DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010)**

REF : Proceso No. 435, Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima
Contra: Médicos en Averiguación
Denunciante: Señora M.C.R.R. y otros
Asunto: Recurso de apelación

Magistrado ponente : Juan Mendoza Vega. M.D.
Providencia No. 77-2010

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima, en Sala Plena del 15 de Julio de 2010, resolvió no reponer su decisión del diecisiete (17) de Junio de 2010 por la cual ordenó archivar la queja presentada por los señores M.C .R.R., F., S., A.L., J.E, y R.R.R., contra los médicos que atendieron al señor S.R.S. en la EPS Salud Total y en la Clínica Minerva de la ciudad de Ibagué; concedió en cambio el recurso de Apelación interpuesto por los quejosos en forma subsidiaria y remitió las diligencias a este Tribunal Nacional para lo de competencia.

Recibido el cuaderno que contiene la actuación el 13 de agosto, fue puesto para reparto en Sala Plena del 17 de agosto, y asignado por sorteo al magistrado Juan Mendoza-Vega.

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

HECHOS

En escrito fechado el 28 de Septiembre de 2008, fecha que es evidentemente errónea porque los presuntos hechos ocurrieron en el año 2009,

los quejosos pidieron al Instituto Nacional de Salud que investigara las presuntas irregularidades en que se habría incurrido durante la atención dada a su padre, el señor S.R.S., las que habrían influido en el desenlace fatal de la enfermedad que sufría el señor R.; el Instituto Nacional de Salud respondió con fecha 8 de Octubre de 2009 que lo solicitado no era de su competencia y que por tal razón se limitaba a enviar copia de la queja a la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Seccional de Salud del Tolima.

La Superintendencia Nacional de Salud dio traslado al Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima de la queja mencionada, por considerar que el asunto era competencia de dicho tribunal.

Según la queja, el señor S.R.S., de 77 años de edad, fue llevado a mediados del mes de mayo de 2009 al servicio de urgencias de la EPS Salud Total en la ciudad de Ibagué, donde fue atendido y luego remitido a la Clínica del Corazón de Calambeo, en la cual fue hospitalizado por varios días con diagnóstico de tromboflebitis, al parecer en miembros inferiores, de la cual mejoró con tratamiento médico. Posteriormente, el 26 de Julio de 2009, debió consultar de nuevo a urgencias por sintomatología similar a la de antes y fue remitido de nuevo a la misma clínica, en la que permaneció unas horas pero se le ordenó salida esa noche; fue necesario reingresarlo el 28 de Julio y se lo remitió al día siguiente a la Clínica Minerva, en la que permaneció en tratamiento pero al parecer sin mejoría hasta el 6 de Septiembre por la noche, cuando falleció. En el escrito de queja los firmantes “relacionamos las siguientes pruebas”, que enumeran de 1 a 5 y son según ese escrito “copias de historia clínica y algunos exámenes de la evolución” del señor S.R., en 81 folios; certificado de fecha de hospitalización expedido por la Clínica Minerva en 1 folio; anexos varios, en 13 folios; oficio enviado a Salud Total solicitando cambio de médico, en 1 folio, y oficio solicitando cambio de UCI, también en 1 folio. Es de anotar que estos folios de copias y certificados no se hallan adjuntos a la queja ni figuran en el cuaderno del expediente.

El tribunal de primera instancia, al no encontrar las pruebas que enumeraban los quejosos, las solicitó por escrito a la Superintendencia Nacional de Salud, pero dicha entidad certificó que en su poder no había ninguno de los documentos aludidos. Por tal razón, el tribunal seccional decidió archivar la queja por no haberse presentado prueba sumaria de los hechos denunciados, al tenor de lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley 23 de 1981.

La decisión de archivo fue recurrida por los quejosos para reposición y en subsidio apelación; tales recursos fueron estudiados y resueltos por el tribunal seccional, que no accedió a reponer su decisión por considerar que no se habían aportado las pruebas pertinentes, pero concedió la apelación para ante este Tribunal Nacional y remitió el cuaderno con las diligencias para lo de competencia

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Es cierto que, pese a su afirmación escrita en la queja, los quejosos no entregaron ni la copia de la historia clínica de su señor padre fallecido, ni los demás documentos que ellos mismos enumeraron como pruebas.

Sin embargo, lo que dispone el inciso final del artículo 74 de la Ley 23 de 1981 es que cualquier queja debe tener “por lo menos, una prueba sumaria del acto que se considere reñido con la ética médica”; es jurisprudencia reiterada de los tribunales de ética médica en Colombia que puede considerarse prueba sumaria para una queja sobre presuntos hechos violatorios de la ética médica o de la *lex artis ad hoc*, la narración que de los hechos haga la persona quejosa siempre que dicha narración no sea evidentemente fantasiosa o claramente reñida con la posible realidad; igualmente, han considerado los tribunales que es preferible admitir una queja y realizar la averiguación preliminar respectiva, que negarse a recibir la queja y dejar en el ciudadano común la sensación de no haber sido escuchado ni tenido adecuadamente en cuenta.

En el caso que se analiza, el relato escrito y pormenorizado de los hijos del difunto señor R. bien puede tenerse como la prueba sumaria exigida por la Ley 23 de 1981, por lo que será necesario ordenar que se abra la averiguación preliminar y se intente recaudar las pruebas del caso, por los medios legales al alcance del tribunal seccional.

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

RESUELVA

Artículo Primero - Revocar, como en efecto revoca, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima, por la cual se ordenó

archivar la queja presentada por la señora M.C.R.C. y otros, según consta en el proceso número 435, y ordenar en cambio que se abra la averiguación preliminar sobre los hechos denunciados y se proceda en consecuencia, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **Artículo Segundo** - Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado Ponente; LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO Magistrado; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; GERMÁN PEÑA QUIÑONES, Magistrado; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Octubre veintinueve (29) del año dos mil trece (2013)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1200 DEL VEINTINUEVE (29)
DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

REF: Proceso No.989, Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta
Contra: Médicos en averiguación
Denunciante: Señor A.R.R.
Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado ponente: Dr. Juan Mendoza Vega
Providencia No. 84 -2013

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, en Sala Plena del 13 de Agosto de 2013, resolvió archivar las diligencias de la investigación preliminar número 989 iniciadas contra médicos de la Nueva EPS y de la Clínica Universidad Cooperativa, ambas de la ciudad de Villavicencio, por queja presentada por el señor A.R.R.. Contra la providencia mencionada presentó el quejoso, recursos de reposición y en subsidio apelación en escrito fechado el 29 de Agosto de 2013. El tribunal seccional negó la reposición pero concedió la apelación en Sala Plena del 24 de Septiembre y envió el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

Recibido el expediente el día 17 de Octubre, fue puesto para reparto en Sala Plena del 22 de Octubre de 2013 y le correspondió por sorteo al Magistrado Juan Mendoza-Vega. Cumplidos los términos, se procede a decidir de acuerdo con los siguientes:

HECHOS

El 16 de Abril de 2012 se recibió en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta el escrito de queja presentado por el señor A.R.R. contra los

médicos de la Nueva EPS y de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia, porque “causaron la muerte de la señora G.R.”, madre del quejoso, al atenderla en forma deficiente entre el 14 y el 16 de Febrero de 2012; adjuntó fotocopias de la historia clínica, del certificado de defunción de la señora R. y de la denuncia que por homicidio culposo presentó ante la Fiscalía General de la Nación, seccional de Villavicencio. Según la queja, la señora fue llevada a consulta urgente por “dolor en el pecho”, fue hospitalizada y se le practicaron exámenes que al parecer indicaron la ocurrencia de un infarto del miocardio, pero luego no fue trasladada a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) ni se le practicó el cateterismo que uno de los médicos consideró necesario; solamente se logró que llegara a la UCI después de que el quejoso instauró una acción de tutela que le fue resuelta favorablemente y de la cual hay también copia en el expediente.

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, recibió bajo juramento la ratificación y ampliación de la queja, recabó oficialmente las copias de las historias clínicas y encontró, según el informe de conclusiones presentado por la magistrada instructora, que los médicos involucrados en el caso atendieron oportunamente a la enferma, la examinaron y dejaron constancia de ello en la historia clínica correspondiente, ordenaron los exámenes de laboratorio que consideraron adecuados y dieron en forma oportuna tanto la orden de traslado a UCI por notorio riesgo de muerte súbita como la de cateterismo cardíaco; evidentemente y por razones administrativas, concretamente porque no había camas disponibles en la UCI ni existían los medios técnicos para el cateterismo, tales órdenes médicas no pudieron cumplirse con la celeridad necesaria y la enferma falleció hacia el final de la tarde del 16 de Febrero de 2012.

La historia clínica permite demostrar con certeza que los médicos tratantes no incurrieron en falta alguna, como lo pretendía mostrar la queja, y por ello decidió el tribunal de primera instancia archivar las diligencias.

Como el quejoso presentó recurso de reposición y en subsidio apelación contra esta decisión, el tribunal seccional en Sala del 15 de Noviembre de 2012 negó la reposición, concedió la apelación y envió el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En el escrito de presentación de los recursos, el señor A.R.R. manifiesta de modo concreto la razón de su inconformidad con la frase “el fundamento del recurso es porque no se le practicó a esta paciente el cateterismo o en su defecto operación de corazón abierto etc. La forma tardía en la UCI pues se hizo o se logró por vía de tutela”, pero no extiende otra sustentación ni presenta hechos o datos nuevos. A pesar de esta aparente falta de sustentación, procede el Tribunal Nacional a resolver el recurso con el ánimo primordial de dejar claras ante el quejoso las razones de la decisión tomada.

Como lo argumenta muy juiciosamente el tribunal de primera instancia, la señora G.R. era a sus 77 años de edad una persona de salud notoriamente deficiente, que había sido sometida a nefrectomía por cálculos renales, tenía historia de dislipidemia y presentaba en el momento de la consulta el 14 de Febrero un cuadro de dolor precordial con exámenes paraclínicos no concluyentes, por lo que fue dejada en observación hospitalaria; horas mas tarde y aunque había mejorado del dolor, se le realizaron nuevos estudios paraclínicos con cuyo auxilio se diagnosticó infarto miocárdico de cara inferior; se ordenó el traslado a UCI, que no pudo efectuarse en ese momento porque no había camas disponibles, y uno de los médicos pensó en la conveniencia de cateterismo cardíaco, a pesar de que los estudios científicos sugieren que tal procedimiento debe evitarse en personas ancianas por el gran riesgo de complicaciones graves, a veces mortales; en ese momento no tenían las entidades asistenciales involucradas en el caso los medios técnicos para tal cateterismo, por lo que debió aplazarse; además, la conducta desplegada por los médicos es una buena alternativa científicamente aceptada para pacientes con infarto agudo del miocardio; la señora G., quien había mejorado notoriamente su cuadro clínico según relato del propio quejoso, en las últimas horas de la tarde del 16 de Febrero sufrió paro cardiorrespiratorio que fue atendido sin demora pero no respondió a las medidas de reanimación y produjo la muerte. No hay evidencia de indebidas demoras ni negligencia en la atención que puedan atribuirse a los médicos tratantes. Estas fueron las razones para que el tribunal seccional decidiera ordenar el archivo de la queja y ellas no han sido desvirtuadas, por lo que el recurso no prosperará.

Conviene anotar que el tribunal de primera instancia, con muy buen criterio y ante las posibles fallas administrativas que demoraron la atención

de la señora G.R., ordenó compulsar copias de lo actuado a la Superintendencia Nacional de Salud, pues los tribunales de ética médica no tienen la competencia para vigilar o sancionar a las instituciones asistenciales.

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 989, por la cual se archivó la queja presentada por el señor A.R.R. y se ordenó compulsar copias a la Superintendencia Nacional de Salud, por las razones expuestas en 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. EFRAÍM OTERO RUÍZ Presidente-Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; LILIAN TORREGROSA ALMONACID, Magistrada; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Febrero primero (01) del año dos mil once (2011)

**SALA PLENA SESIÓN No.1072 DEL PRIMERO (01)
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011)**

REF: Proceso No. 1117-08 del Tribunal Seccional de Ética Médica del
Valle del Cauca
Contra: Dr.A.L.R.
Denunciante: Señora E.O.G.
Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado Ponente: Dr Luis Alberto Blanco Rubio M.D.
Providencia No.03-2011

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca, en sala plena del 22 de septiembre de 2010, resolvió abstenerse de abrir investigación y ordenar el archivo de la queja presentada por la señora E.O.G.

En escrito con fecha de 29 de septiembre, recibido en el tribunal seccional el 30 de agosto de 2010, la quejosa señora O. presentó recurso de reposición y en subsidio el de apelación contra la providencia mencionada.

Mediante providencia del 24 de noviembre de 2010, el tribunal seccional resolvió no reponer el auto interlocutorio N 067 de 22 de septiembre de 2010 por medio del cual se dispuso el archivo de las diligencias como consecuencia de no encontrar mérito para abrir investigación formal contra el doctor A.R.S. y conceder la apelación impetrada, por lo que remitió las diligencias al Tribunal Nacional de Ética Médica. Los cuadernos que contienen el expediente se recibieron en el Tribunal Nacional el día 17 de enero de 2011; puesto para reparto en la sala plena del 25 de Enero de 2011, correspondió por sorteo al Magistrado Luis Alberto Blanco Rubio.

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

HECHOS

En escrito del 19 de agosto de 2008, es recibido en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca el señor H.F.U de la C., secretario departamental de Salud, comunica la queja que la señora E.O.G. presentó ante dicho despacho, contra el médico A.R. quien le practicó una escleroterapia de unas várices superficiales en tres sesiones del 25 de mayo al 9 de junio de 2006 con polibanol al 0,5% en el centro Médico LER. La paciente dice que presentó una flebitis porque le dolía mucho y que además presentó trombos y más tarde fibromas que se le han ido quitando pero que aún le queda uno, Alega que todo esto fue debido a mala técnica en la aplicación del producto y a la falta de experiencia del médico.

Del centro Médico LER envían el protocolo para hacer estos procedimientos. La paciente solicitó la devolución del dinero el cual es devuelto por el centro porque no estaba contenta con el tratamiento y porque fue a ese centro porque le habían dicho que allí trataban esa patología médicos cubanos, pero eso no era así.

El Tribunal Seccional aceptó la queja e inició averiguación preliminar, en el curso de la cual revisó la historia clínica de la señora M.E.O.G. , se oyó en ratificación y ampliación de la quejosa y se identificó al doctor A.L.R. como el médico directamente involucrados en la atención a la señora M.E.O.G. . El doctor A.L.R. fue oído en declaración sin juramento, en la cual explicó sus actuaciones.

Resolvió el tribunal de primera instancia que no hay méritos para abrir investigación formal, por cuanto la atención prestada a la señora M.E.O.G. estuvo ajustada a la Lex Artis ad hoc y por consiguiente son conductas que no constituyen infracción ética.

La quejosa presentó dentro de términos el recurso de apelación contra el fallo sancionatorio y 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 M.E.O.G. tras hacer nuevo recuento detallado de lo ocurrido con el tratamiento, funda su inconformidad en tres puntos principales:

1 – Según el resultado de los Doppler Venosos tomados por R. y el doctor H.P., “si tengo problemas de insuficiencia venosa profunda” y por eso la remitieron al cirujano vascular. No está de acuerdo con lo que dice el doctor A.L.R. que cualquier médico que sea cirujano puede hacer el procedimiento. Dice que el doctor A.L.R. es médico general y que esto no lo faculta para desempeñarse en cualquier campo de la medicina. El doctor A.L.R. no tiene “los créditos ni la experiencia que lo capaciten para practicar dicho procedimiento”

2- Dice que una cosa son los trombos y otra la fibrosis que produce el exceso de líquido que el doctor le aplicó, porque aunque las instrucciones vienen en el medicamento, éste no puede ser inyectada en un solo punto como lo hizo el doctor A.L.R. . Los otros médicos que la vieron, coinciden en que el tratamiento para ella era la cirugía para lo cual anexa nuevas pruebas de nuevos conceptos médicos

3- En el numeral 3 el doctor A.L.R. dice que “todo procedimiento que conlleva a aplicar una inyección, como requisito primario y fundamental exige asepsia y antisepsia....De nada sirve saberlo si no lo aplica.”

En esto tienen mucha culpa los organismos encargados de la vigilancia y control y de sancionar, que poco o nada hacen para evitar que estos médicos sigan ejerciendo de manera irresponsable.

Presenta, además, la señora M.E.O.G. unos anexos en los que trata de probar que el doctor A.L.R. actuó vulnerando el Código de ética Médica. En los anexos hay una nota del doctor H.P. quien remite a vascular el 7 de septiembre de 2006 (folio 0079) en la que dice que se hace doppler en ambos miembros inferiores y concluye tratamiento adecuado: safenectomía. El Tribunal Seccional aclara que el doctor P.A no es especialista en vascular periférico a pesar de que en su membrete anuncie ESCLEROTERAPIA-TEXAS U.S.A y pareciera que el mismo interpretó el doppler. Pero lo que llama la atención es que esta prueba muestra que la consulta

fue muy posterior a los hechos, sept 7 de 2006. Por lo tanto en nada incide en el análisis que en su oportunidad hizo la sala cuando se dispuso el archivo de las diligencias, y ningún efecto probatorio produce ahora al desatarse el recurso. Se tiene que el doctor H.E.F., mencionado por la paciente (folio0080), a 5 de noviembre de 2009, dos años y 11 meses después de los hechos motivo de queja e investigación, no establece en verdad ningún diagnóstico y expide una orden para electrocardiograma.

En otras palabras, tampoco repercute éste en la valoración de los hechos. De otra parte el doctor J.R.M.M, especialista en cirugía general, ve a la paciente O.G. el 17 de abril de 2009, dos años y 11 meses después de los hechos motivo de la investigación y ordena doppler venoso y remite para evaluar el sistema venoso periférico. Esto significa que solo hasta 2009 se podría hablar de insuficiencia venosa profunda y no en el 2006, que corresponde al año en el cual actuó como médico tratante el doctor R.S.

Uno y otro caso, al igual que en el hecho anterior, la prueba aportada no fue objeto de debate porque la quejosa no lo presentó al tribunal.

Sobre el numeral 3 se puede decir que simplemente la paciente hace una afirmación sobre la forma de realizar el procedimiento sin que se presente ningún soporte de prueba “

El Tribunal Nacional está de acuerdo en que los anexos que presenta la paciente como pruebas, no corresponden al año en el cual actuó como médico el doctor R.S, sino a valoraciones muy posteriores en las cuales los médicos insinúan, de una u otra forma, que la paciente pueda tener una insuficiencia venosa profunda. Con estas pruebas pretende la quejosa que se abra investigación disciplinaria contra el doctor A.L.R. , pero los hechos deben ser juzgados con las pruebas que existan al momento de tomar la decisión. Los elementos aportados no contradicen los que se estimaron al proferirse la decisión de archivo por lo tanto se mantendrá así. El archivo de la queja” tiene lugar cuando el juzgador tiene razonable certeza de que no han ocurrido los hechos denunciados, o éstos no fueron cometidos por el médico acusado, o no constituyen violación a las normas ético-disciplinaria.

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

RESUELVA

Artículo Primero - No Revocar, como en efecto no revoca, la providencia por la cual el Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca se abstuvo de abrir investigación formal y ordenó el archivo de la queja presentada por la señora M.E.O.G. contra el Dr. A.L.R. **Artículo Segundo** - Devolver el expediente al tribunal de origen, para lo de su competencia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO, Presidente -Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; GERMÁN PEÑA QUIÑONES, Magistrado; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Marzo veintitrés (23) del año dos mil diez (2010)

**SALA PLENA SESIÓN No.1036 DEL VEINTITRES (23)
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010).**

REF: Proceso No. 1993 del Tribunal Seccional de Ética Médica de
Cundinamarca
Contra: Doctora M.F.B.B.
Denunciante: Señora L.E.H.A.
Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado Ponente: Doctor Luis Alberto Blanco Rubio M.D.
Providencia No. 27-2010

VISTOS

Con fecha veintiséis de enero del año dos mil diez (2010) procede la sala plena, sesión 1220, del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca a resolver el recurso de reposición y en subsidio el de apelación, interpuesto por el defensor de la doctora M.F.B.B. contra la providencia de fecha diez (10) de noviembre de 2009, proferida en sesión 1213 por medio de la cual se le impuso sanción de censura escrita pero privada, conforme a lo expuesto en la parte motiva del citado proveído y resuelve:

ARTÍCULO PRIMERO: Manténgase la providencia de fecha diez (10) de noviembre del año dos mil nueve (2009) por medio de la cual se le impuso la doctora M.F.B.B. la sanción de censura escrita pero privada

ARTÍCULO SEGUNDO: Concédase ante el Tribunal Nacional de Ética Médica el recurso de apelación interpuesto, en el efecto suspensivo.

Los cuadernos que contienen el expediente se recibieron en el Tribunal Nacional el día 18 de febrero de 2010; puesto para reparto en la sala plena

del 9 de marzo de 2010, correspondió por sorteo al Magistrado Luis Alberto Blanco R.

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

HECHOS

En escrito del 27 de agosto de 2007 enviado por la señora L.E.H.A. a la defensoría del pueblo, remitido por ésta a la secretaria de salud dirección de vigilancia, inspección y control de Cundinamarca y a la vez por ella al Tribunal Seccional de Ética Médica Cundinamarca el 24 de octubre 2008, presentó queja contra de la doctora M.F.B.B al servicio del hospital San Rafael De Fusagasugá.

La señora L.E.H.A. de 37 años de edad, consultó el 30 de julio de 2007 a la clínica Belén de la misma localidad por dolor torácico retroesternal tipo opresivo, irradiado al dorso , acompañado de dificultad respiratoria y de un episodio de lipotimia de un día de evolución. Atendida por el doctor A.A. la encontró álgida y con una tensión arterial de 86/36 con el resto del examen físico normal. El electrocardiograma fue normal, y exámenes de laboratorio mostraron elevación de la enzima CPK y de la enzima CK con troponina normal, pero un segundo electrocardiograma mostró inversión de la onda T en V1 y V 3. Fue tratada médicamente con solución salina, tramadol, meperidina, dinitrato de isosorbide, dipirona, ranitidina y oxígeno. Al día siguiente se le dio salida, remitida para valoración y manejo por medicina interna en el hospital San Rafael de la misma ciudad con el diagnóstico de “dolor torácico, síndrome coronario”. Fue recibido en esta institución por la doctora M.B., quien encontró dolor a la palpación en los espacios intercostales 3° y 5°, interpretó la elevación de las enzimas como producidas por la inyección de dipirona y consideró que la paciente cursaba con una “costocondritis” y con síntomas de ansiedad; le dio salida el mismo día con analgésicos a pesar de que el diagnóstico de remisión fue de “dolor torácico y síndrome coronario”. Como la señora H. siguiera sintiéndose muy mal, al otro día, el 1° de agosto, consultó nuevamente a la clínica Belén en donde la atendió la doctora C.Y.A., quien diagnosticó una costocondritis y recomendó descartar un infarto agudo del miocardio. Al día siguiente fue vista por la doctora A.VA.. y por el doctor A.A.. Este encontró un soplo sistólico en la base. Consideró que el dolor podía deberse a una costocondritis, pero se debía descartar una cardiopatía valvular o isquémica. Le dio salida recomendando interconsulta externa,

con cardiología. No contenta con la atención recibida, la paciente L.E.H.A consultó el 3 de agosto a la clínica Shaio en la ciudad de Bogotá. Le encontraron soplos y danza carotídea, soplo aórtico sistólico grado IV, soplo aórtico diastólico en el foco aórtico grado IV irradiado axila y le hacen un diagnóstico de insuficiencia aortica reumática y una disección de la aorta. La hospitalizan en cuidados intensivos y fue tratada quirúrgicamente al día siguiente, 4 de agosto. Bajo circulación extracorpórea, la exploran y le encuentran un aneurisma disecante de la aorta con grave insuficiencia aortica. Le resecaron la aorta ascendente, inclusive la válvula. Le fue colocado un tubo valvulado de 25 mm, al cual le anastomosaron las coronarias derecha e izquierda. La paciente tuvo un post operatorio satisfactorio y le dieron de alta el 8 de agosto de 2007.

La providencia impugnada

Previo todos los análisis y consideraciones consignados en la providencia del 10 de noviembre de 2009, en la cual se analizaron los cargos y descargos presentados por la médica, se resolvió no aceptar los descargos e imponer una censura escrita pero privada conforme a las motivaciones expuestas.

Análisis y conclusiones:

El recurrente reitera los argumentos de defensa expuestos en la diligencia de descargos referidos a que, es muy posible confundir una enfermedad coronaria con una osteocondritis y fundamenta su discusión con literatura médica al respecto. Dice que la enfermedad coronaria no era de fácil diagnóstico y que si no se efectuaron exámenes y tratamientos fue porque la paciente se tornó asintomática sin haber recibido tratamiento para la posible afección coronaria y que la troponina estaba en valores normales.

El Tribunal Seccional de Ética médica de Cundinamarca considera que la literatura médica y los argumentos que tratan de convencer que se puede confundir una costocondritis con una afección coronaria no tiene sustento, como se dice en la providencia impugnada. La paciente no tenía una enfermedad coronaria sino soplo aórtico grado IV, un soplo aórtico diastólico grado IV en todos los focos irradiado a axila. Le diagnosticaron una insuficiencia aórtica reumática y una disección de las paredes de la aorta. La troponina no tenía por qué estar alta porque la paciente no tenía un daño

del miocardio. Su problema era aórtico pues presentaba una disección tipo A de un aneurisma de la raíz aortica.

La CPK y la CPKMB elevadas se justificaban por su problema aórtico. La médica, con un fundamento muy débil, descartó la gravedad de los signos y síntomas que habían sido descritos por sus colegas que la vieron antes que ella y quienes consideraron que la paciente debía ser tratada en un hospital de más alto nivel porque tenía un problema cardíaco. No valoró en su medida la elevación de las enzimas y no valoró tampoco la hora de la postura de la dipirone que, según la doctora, fue la que le elevó dichas enzimas, pero no se dio cuenta que la toma de las muestras se practicaron previamente a la aplicación de la inyección.

Muchos de los signos que presentó la paciente debieron analizarse con mayor cuidado con el objeto de aclarar el diagnóstico. La interpretación del cuadro clínico de la costochondritis no fue producto de un análisis serio de sus condiciones clínico-patológicas, ni las conclusiones de los exámenes necesarios que se le debieron practicar y no se le practicaron. Fue el producto de una decisión apresurada sin los suficientes elementos de juicio para hacerlo. Desestimar toda la información que se tenía sugestiva de un problema cardiovascular grave frente al caso “sub iudice” constituye una falta al deber del cuidado y sometimiento de la paciente a riesgos injustificados.

Con respecto a la falta de rayos X de tórax y de electrocardiograma en el hospital San Rafael de Fusagasugá, el paciente ha debido remitirse a otra institución en la cual si hubiera los medios para poder aclarar un diagnóstico, con la debida oportunidad, eficiencia y seguridad.

La médica no cumplió con las obligaciones a su cargo de una forma diligente y este es el hecho que origina la no prosperidad de los descargos. La obligación del médico es de medios y por lo tanto la sanción no se origina en no haber hecho el diagnóstico, sino en no haber realizado en forma diligente y prudente todas las acciones que le eran exigibles conforme a la *lex artis*.

Con respecto a lo que manifiesta el impugnante:

“...Esas fueron las razones que la defensa consignó en el momento del descargo ante la sala Plena del Tribunal Seccional; sin embargo hoy han

sido desdeñadas por manifestar la instancia ética- disciplinar que, el reproche se hace no por la equivocación en el diagnóstico sino en no haber sido diligente y prudente en el cumplir de todas las acciones que le eran exigibles, aunque a ciencia cierta no se dicen, de donde la defensa quiere realzar que así hay un vacío grande porque el diagnóstico pudo haber sido errado si se mira frente a la costocondritis, hecho que jamás y como bien lo acepta la instancia, puede ser reprochable. Pero el punto está en que el tribunal no reprocha ya eso como parece si lo hizo en el auto de cargos, sino en el no cumplimiento de protocolo que no se sabe a cuál se refiere, ya que es conocido por todos que estos no son universales y dependen de la zona geográfica mundial, de la naturaleza del hospital, del recurso humano y tecnológico con que se cuente, de donde es imposible que pueda mirarse a guisa de ejemplo, el existente en un centro asistencial especializado en eventos coronarios como es la clínica Shaio, a uno de segundo nivel, como es el hospital San Rafael de Fusagasugá, sin que la defensa conozca antes de la decisión final esos textos, si es que existen, Es decir, si la instancia exige que se de cumplimiento a un protocolo, debería haber señalado con precisión y exactitud cuando menos en el auto de cargos, de su existencia y parámetros para ejercer la defensa cabalmente y contradecir esos dichos; no fue así y ahora estima la defensa que se le condena argumentando que se le condena el incumplimiento de un protocolo que no se sabe cuál es. Eso hace nula la determinación por basarse en algo inexistente, esto es, que se le pide a la médica MFBB comportarse conforme a un protocolo que ni se sabe cuál es y mucho más delicado es que se sale de lo expuesto en el acto de cargos en donde no se especificó sobre eso. Por eso se debe revocar la decisión y absolverse a la doctora MFBB.

Téngase en cuenta que ese es el único argumento en el cual se basa el tribunal para edificar su sanción el no cumplimiento de las normas que se elevaron el auto de cargos cuales son los artículos 10 y 15 del CEM. De esta forma puede afirmarse a guisa de analogía un vicio jurídico en el fallo por falso juicio de raciocinio al ampararse la disquisición en una prueba inexistente o que no conoce la defensa antes de la decisión final, en ambos casos ilícita por quebrantamiento del orden jurídico y no por otra interpretación.”

Al respecto el Tribunal de ética Médica De Cundinamarca considera:

- 1- Que debe hacerse una definición de “protocolo” y para ello toma el diccionario de María Moliner página 796, no sin antes advertir que la

connotación de la palabra “protocolo” no se refiere el juzgador a un documento específico, sino a las normas generales que deben seguirse con un paciente que presentaba una sintomatología como la que presentaba la señora L.E.H.A y que deben ser conocidos por todo médico. El diccionario dice que es “...serie de actos médicos previamente fijados que se deben seguir en el tratamiento y diagnóstico de una enfermedad”. Por lo tanto es en la Universidad donde el médico aprende en primera instancia cual es esa serie de actos y de conductas que debe realizar frente a una patología y es en el transcurso de la vida profesional mediante el constante estudio y actualización que el médico va conociendo los mejores protocolos que señala la *lex artis* para el manejo de un paciente, lo cual no obsta para que el ministerio de salud y las diferentes instituciones hospitalarias diseñen un recordatorio de esas normas básicas que se aprenden en la Universidad y que constituyen la *lex artis* frente a un caso determinado y que se bautizan también con el nombre de protocolos. Si se lee el párrafo completo sin dividirlo para hacer interpretaciones parciales se observa que muy claramente de su redacción se infiere cuales fueron los protocolos no seguidos por la doctora M.B. en su actuación frente al paciente cuando se dice que la médica no cumplió en forma prudente y diligente con todas las acciones conforme a la *lex artis*.

2- Tanto en la providencia que llama a descargos como en la providencia que impone la sanción se dijo en forma clara cuales fueron estas acciones y omisiones a la *lex artis*, tales como son: primero, haber desestimado el diagnóstico efectuado por los médicos de primer nivel del problema cardiovascular sin haber realizado los exámenes y análisis suficientes que permitieran descartar el diagnóstico inicial de primer nivel. segundo, haber desestimado los resultados del CK y CKMB imputándole a la aplicación de una inyección de dipirone que inclusive en el momento del examen no se la habían aplicado. La severa elevación de la CPK se debía a la lesión aortica. Tercero, no remitir a la paciente para la práctica de un electrocardiograma si no existían posibilidades de practicarlos en la institución hospitalaria y desestimar toda la información que se tenía, sugestiva de un problema cardiovascular grave. Tal y como se dijo oportunamente “la interpretación del cuadro de la paciente como el de una osteocondritis no fue producto de un análisis serio de sus condiciones clínicas patológicas, ni la conclusión de los exámenes necesarios que se le debieron practicar y no se le practicaron”.

El **Tribunal Nacional de Ética Médica** está de acuerdo con las apreciaciones del Tribunal seccional de Cundinamarca y agrega:

La función de la medicina es convertir las sensaciones de los pacientes o síntomas y los elementos de la exploración clínica o signos, en datos positivos, es decir, en hechos objetivos. El médico tiene que agrupar estos dos elementos en constelaciones dotadas de regularidad, que son los llamados síndromes, y buscar su causa o enfermedad básica probable. A esta parte de la medicina se le llama Semiología. Cuando se hace una impresión diagnóstica de alguna enfermedad, deben también hacerse los diagnósticos diferenciales con enfermedades que se le parecen, pero no se puede aceptar como diagnóstico definitivo la menos grave sin hacer un estudio adecuado de las otras y darle de alta al paciente. La función del médico es objetivar unos hechos elementales, síntomas y signos, y a partir de ellos elaborar unidades significativas, agruparlas para descartar en orden desde la más grave a la menos grave y así priorizar el real estado clínico del enfermo como se enseña en todas las facultades de medicina en los primeros semestres. El médico debe atenerse escrupulosamente en su práctica diaria a aplicar los conocimientos adquiridos en la Universidad y desde el punto de vista de la ética, no solamente no ser negligente sino ser diligente.

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 sentencia del TRIBUNAL DE ÉTICA MEDICA DE CUNDINAMARCA de fecha DIEZ (10) DE NOVIEMBRE DE DOS MIL NUEVE (2009), en donde se impone sanción escrita y privada a la Dra. M.F.B.B. **Artículo Segundo** - Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia.
COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. FERNANDO GUZMÁN MORA Magistrado -Presidente LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO Magistrado Ponente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO. Secretaria.

Bogotá, Junio veintiocho (28) del año dos mil once (2011).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1092 DEL VEINTIOCHO (28)
DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011).**

REF: Proceso No. 2416 del Tribunal Seccional de Ética Médica de
Cundinamarca

Contra: Dr. D.A.G.R.

Denunciante: Procuraduría Regional de Cundinamarca

Asunto: recurso de apelación

Magistrado Ponente: Dr. Luis Alberto Blanco Rubio M.D.

Providencia No.63-2011

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca, en sala plena, de mayo 17 (diez y siete) de 2011 (dos mil once), en resolución del recurso de reposición, procede a ratificar los cargos formulados al médico D.A.G.R. y a mantener la providencia del 22 de Marzo del año dos mil once (2011) mediante la cual se le impuso sanción consistente en censura escrita pero privada por violación de la ley 23 de 1981.

Al mismo tiempo concedió ante el Tribunal Nacional de Ética Médica el recurso de apelación interpuesto por el disciplinado por intermedio de su defensor MANUEL GUILLERMO CONTRERAS ZAFRA.

El cuaderno que contiene el expediente se recibió en el Tribunal Nacional el día 20 de junio de 2011; puesto para reparto en la sala plena el 21 de junio de 2011, correspondió por sorteo al Magistrado LUIS ALBERTO BLANCO R.

HECHOS

El señor H.V.T. de 60 años de edad consultó el 27 de octubre de 2009 a las 2 y 45 am al HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO de CUNDINAMARCA de Soacha, por estar sufriendo de dolor precordial y dificultad respiratoria. Fue recibido por la enfermera Andrea de los Ángeles Reyes González, encargada en ese momento del Triage. Se conoció el motivo de la consulta y le tomó los signos vitales que mostraron una tensión arterial de 149/107, frecuencia cardíaca de 72, temperatura de 37 y saturación de oxígeno de 99%. En vista del cuadro clínico, la enfermera le tomó un electrocardiograma que presentó a uno de los médicos de turno de urgencias, doctor D.A.G.R.. Según la enfermera Reyes, el doctor G. consideró que el electrocardiograma era normal y que el paciente debía continuar tomando aspirinetas, que según el paciente y los familiares, lo aliviaron cuando en otra ocasión presentó un cuadro similar. Según la Perita del Tribunal en cardiología, este electrocardiograma mostró un infarto anteroseptal y lateral agudo.

Con el diagnóstico de “angina, dolor torácico” el paciente fue clasificado con triage III, consulta extra-prioritaria, y se le dio salida. El paciente siguió mal y a las 5 am del mismo día consultó a la clínica de Occidente de Bogotá. Allí se le encontró una tensión arterial de 110/70. El electrocardiograma mostró una desviación del segmento ST en derivaciones V2, V3, y V4. Fue visto por el internista quien diagnosticó un infarto transmural agudo de la pared anterior e indicó tratamiento de trombo-lisis con estreptoquinasa y hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos. El señor V. fue monitorizado continuamente y tratado con todos los parámetros que para estos casos se aplican. Sin embargo no mejoró y a las 8 y 30 am presentó un paro cardio-respiratorio que no cedió a las maniobras de reanimación y el paciente fallece.

RESULTADOS Y CONSIDERANDOS.

El Tribunal Seccional de Cundinamarca le impuso la sanción de censura escrita pero privada al doctor D.A.G.R. , previas las consideraciones consignadas en la providencia impugnada según las cuales el doctor D.A.G.R. en su diligencia de descargos niega en forma categórica su participación en la atención prestada al señor H.T.V. en el hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca, y en la lectura del electrocardiograma que se le practicó al paciente el día 27 de octubre de 2009.

Según el Tribunal Seccional esta manifestación es totalmente contraevidente con el resto del material probatorio que obra en autos porque, en primer lugar, en la noche de los hechos el doctor D.AL.G se encontraba de turno en el servicio de urgencias del hospital Cardio-Vascular del Niño de Cundinamarca. La enfermera Andrea de los Ángeles Reyes González quién también se encontraba de turno de urgencias a la misma hora, fecha y que recibiera al paciente, narra en una forma clara, precisa y sencilla la intervención del doctor G. frente a este paciente, en los términos que se encuentran en su declaración. Esta narración coincide con la manifestada por el señor J.D.R.C. en su queja presentada en el mes de Julio de 2010.

Al valorar la eficacia del testimonio de la enfermera Reyes González, se encuentra que se trata de un testigo plenamente capaz que hace una exposición sincera y clara de los hechos, que concuerdan con los hechos relatados en la queja. No existe elemento para considerar mala fe o deseo de la enfermera de perjudicar al médico o distorsionar los hechos que se investigan. Los argumentos de prueba son suficientes para considerar que la enfermera consultó el electrocardiograma con el médico D.A.G.R. , y que el médico D.A.G.R. sin efectuar ninguna valoración personal al paciente, ni examen físico, ordenó que consultara por consulta prioritaria y tomara aspirinas.

Se dice en el memorial de impugnación que las pruebas recaudadas dentro del proceso disciplinario no tienen los requisitos de la ley para demostrar con carácter de certeza que el hecho que da origen a la sanción existió. Que se trata de un incipiente recaudo probatorio, que no reúne los requisitos para sancionar y que no hay certeza sobre la existencia del hecho materia de investigación. Manifiesta el apoderado que no se investigó si había parentesco entre la enfermera y el denunciante y que el testimonio de la enfermera no puede tenerse en cuenta porque pudo ser dado con miras a eludir su responsabilidad por no haber tramitado el respectivo ingreso del paciente y para hacer caer la responsabilidad en el médico de turno mintiendo para defenderse.

La SALA del Tribunal Seccional considera con respecto a lo anterior que: “muy lejos se encuentran los tiempos en los que la validez del testimonio se basaba en un criterio numérico y cuantitativo. Es la certeza, el estadio del conocimiento en el que racionalmente el juzgador, después de una evaluación analítica y cuidadosa de los hechos y de las pruebas, adquiere la

convicción sobre los hechos materia de su juzgamiento” sic. Manifiesta la defensa que la enfermera miente para ocultar su culpa y derivar su responsabilidad en el médico...El dicho es totalmente contraevidente porque la enfermera no está endilgando al médico la responsabilidad, ni la omisión de los deberes propios de su cargo. En ningún momento está diciendo que el médico hizo o dejó de hacer algo que le correspondía a la enfermera. La enfermera declara sobre su obligación cuando dice que le mostró al médico el electrocardiograma y que el médico manifestó que era normal. El testimonio analizado reúne todos los requisitos de contundencia, pertinencia, eficacia y utilidad. El dicho de la enfermera, bajo juramento, en cuanto que mostró el electrocardiograma al médico de turno es corroborado en la queja cuando el denunciante afirma:”una vez tomado procedió (la enfermera) a ir en busca del médico de urgencias para que lo leyera”.

No existe un elemento de prueba dentro del proceso que lleve a concluir que había un parentesco entre la enfermera y el denunciante. La simple coincidencia de un apellido no lleva a esa conclusión de manera alguna como trata de hacerlo el defensor.

Se dice en el memorial del recurso de reposición y /o de apelación que no existió la oportunidad procesal para la contradicción de la prueba, que se violó el debido proceso por falta total de defensa técnica, por la ausencia del derecho de defensa por la imposibilidad de controvertir la prueba y por total ausencia de prueba para que pueda proferirse fallo sancionatorio en contra del disciplinado. En el presente caso , durante la etapa de indagación preliminar, el Tribunal en congruencia con el artículo 77 de la ley 23 de 1981, advirtió al médico en la citación para versión libre, que podría estar acompañado de un abogado , manifestando el médico en la versión libre su deseo de comparecer sin abogado y en el momento en que lo vincula formalmente al proceso mediante el llamamiento a descargos lo citó a diligencia de descargos acompañado de apoderado, exigencia que se cumple mediante el nombramiento del apoderado quien lo acompaña a dicha diligencia de descargos y a quien se le otorgan amplia facultades y todas las garantías para contradecir las pruebas, solicitar pruebas y ejercer todos los derechos tendientes a una adecuada defensa.

La oportunidad procesal de controvertir tanto el testimonio de la enfermera como el dictamen pericial se otorgó en forma plena y conforme al debido proceso. En la diligencia de descargos en la que intervinieron tanto

el médico D.A.G.R. como su apoderado, se refieren al electrocardiograma del señor H.T. discrepando del mismo y a la declaración de la enfermera. El Tribunal Seccional aclara que aunque el médico en su defensa puede solicitar todas las pruebas que considere necesarias y pertinentes desde el inicio del proceso, el momento procesal por excelencia para solicitar las pruebas y contradecirlas, es la diligencia de descargos.

Analizados los hechos materia de investigación, y teniendo en cuenta las pruebas aportadas al proceso y también los descargos presentados por el médico disciplinado, debe el Tribunal Nacional de Ética Médica pronunciarse frente a los mismos. Es así como esta Corporación manifiesta que está de acuerdo con todas las apreciaciones del Tribunal Seccional porque el doctor D.A.G. violó la ley 23 de 1981 en el artículo 15 pues expuso al paciente a riesgos injustificados y en el artículo 10 “el médico dedicará a su paciente el tiempo suficiente para hacer una evaluación adecuada...” ; de esta manera considera también que, los recursos presentados no están llamados a prosperar y debe mantenerse el proveído de fecha 22 de marzo del año 2011 en su totalidad en la cual se impone la sanción de censura escrita pero privada al doctor D.A.G.R. .

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 por la cual el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca impuso sanción de CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA al doctor D.A.G.R. dentro del proceso # 2416 adelantado con base en la queja presentada por la Procuraduría Regional de Cundinamarca por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **Artículo Segundo** - Devolver el expediente al tribunal de origen, para lo de su competencia. **Artículo Tercero** - contra esta providencia no procede recurso alguno.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FDO. GERMÁN PEÑA QUIÑONES, Magistrado -Presidente; LUIS ALBERTO BLANCO RUBIO, Magistrado Ponente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; EFRÍM OTERO RUÍZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Septiembre trece (13) del año dos mil once (2011)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1103 DEL TRTECE (13) DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011)**

REF: Proceso No. 354, Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima
Contra: Médicos en Averiguación de la Clínica Ibanasca de Ibagué
Denunciante: Señor M.F.H.
Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado ponente : Luis Alberto Blanco R. M.D.
Providencia No. 87-2011

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima, en Sala Plena del 21 de Julio de 2011, resolvió: “..ARTICULO PRIMERO: no aceptar los descargos rendidos durante el presente disciplinario por el doctor C.F.R.C. ... ARTÍCULO SEGUNDO: IMPONER la sanción de CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA AL DOCTOR C.F.R.C. por violación al artículo 1 numeral 2, inciso 2 y el artículo 10 de la ley 23 de 1981.

ARTICULO TERCERO: no aceptar los descargos rendidos dentro del presente disciplinario, por la doctora M.L.M., por cuanto su conducta y proceder ético profesional en el presente caso no se ajusta a los postulados de la ley 23 de 1981 conforme lo dispone el artículo 1, numeral 2, el artículo 10 y el artículo 13 de la LEY 23 de 1981.

ARTÍCULO CUARTO: IMPONER la sanción de censura verbal y pública, a la doctora M.L.M., por violación del artículo 1 numeral 2, el artículo 10 (concordante con el artículo 7 del decreto reglamentario 3380 de 1981) y el artículo 13 de la ley 23 de 1981, cargos formulados en providencia de fecha 17 de febrero de 2011 proferida en sesión de sala plena ordinaria # 745 de esta corporación....”

Recibido el cuaderno que contiene la actuación el 2 de septiembre de 2011, fue puesto para reparto en Sala Plena del 06 de septiembre, y asignado por sorteo al magistrado Luis Alberto Blanco Rubio.

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

HECHOS

En escrito fechado el 26 de Septiembre de 2008, la secretaría de Salud del Tolima remite copia de la queja instaurada por M.F.H.H. en la cual pide a la secretaría que investigaran las presuntas irregularidades en que habrían incurrido los médicos durante la atención dada a su madre, la señora E.H., las que habrían influido en el desenlace fatal de la enfermedad que sufría el señora H.; la secretaría considerando que la queja versa sobre la idoneidad médica y que no era de su competencia, por lo tanto enviaba copia de la queja al TRIBUNAL SECCIONAL DEL TOLIMA.

Según la queja, la señora E.H. 68 años de edad, fue llevada a la clínica Ibanasca el 11 de julio a las 2 de la tarde, por que ella manifestaba dolor en el pecho, torax y falta de aire. A los 25 minutos fue atendida por el médico de turno quien le dio una fórmula y le solicitó un electrocardiograma que fue normal según el doctor. El médico le manifestó que debía tomarse los medicamentos y pedir consulta con el médico general .

A las 8 PM de ese mismo día volvió a manifestar los mismos síntomas, fue a Medicardiz en donde no se le brindó atención porque, según las enfermeras que estaban de turno a los de la policía se atendían después de las 10 de la noche. Ante esto se dirigieron con la paciente nuevamente a Ilbanasca en donde se le practicó nuevamente un electrocardiograma que fue normal y le ordenan que continuara con la prescripción anterior.

Al otro día a las 9 am vuelve a presentar los síntomas, fue trasladada al Hospital Federico Lleras en donde los médicos informan que ingresaba sin signos vitales

El tribunal de primera instancia aceptó la queja, realizó averiguación preliminar durante la cual examinó copia de la historia clínica correspondiente a la señora, recibió ratificación juramentada de la queja por parte de señor M.F.H.H., oyó en declaración a los disciplinados; analizado el material

probatorio así reunido, ese tribunal aceptó en su totalidad el informe de conclusiones del magistrado investigador y decidió elevar pliego de cargos contra el doctor C.F.R.C. y contra la doctora M.L.M. por posibles faltas contra Ley 23 de 1981, señalándole fecha para la respectiva diligencia de descargos. Como en los descargos, rendidos por los disciplinados con asistencia de su respectivo abogado defensor ante la Sala Plena del tribunal seccional el 21 de julio de 2011, los doctores C.F.R.C. y M.L.M. no desvirtuaron las acusaciones planteadas, el Tribunal del Tolima decidió imponerles la sanción de censura escrita pero privada al doctor C.F.R.C. Y sanción de Censura verbal y Pública a la doctora M.L.M.; la providencia respectiva, debidamente notificada, fue recurrida dentro de términos para apelación por parte de la doctora M.L.M.; el Tribunal de Primera instancia concedió la apelación, por lo que el proceso fue enviado a este Tribunal Nacional para lo de competencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Al sustentar el recurso de apelación interpuesto dentro de los términos, el abogado LUIS GABRIEL RICAURTE OSPINA, apoderado de la doctora M.L.M. funda su inconformidad en dos puntos principales:

1 – Mi poderdante nunca faltó a su deber humanitario y como médico por cuanto, analizando la historia clínica de la paciente se dio cuenta de que tenía los mismos síntomas con los que había llegado anteriormente a la clínica y que fue atendida por el doctor C.F.R.C. mi pro-hijada verificó que lo realizado por el doctor C.F.R.C. lo había hecho ajustado a los protocolos.

La doctora M.L.M. siempre actuó de manera eficiente y responsable brindándole a la paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud utilizando los métodos y medicamentos a su disposición.

2- No existen pruebas que determinen la violación de los preceptos estipulados en la ley 23 de 1981.

El Tribunal Seccional de Tolima opina que actúa de forma inadecuada la doctora L. cuando aplica o asume un protocolo que no corresponde a la situación real de la paciente, por que ella reingresa al servicio de urgencias 5 horas después y a pesar de haber estado con medicamentos como

butil bromuro de hioscina mas dipirona, metoprolol, ranitidina, metoclopramida y dinitrato de isosorbide, persiste con dolor severo en el pecho. Este solo hecho bastaba para que se hiciera una evaluación más detenida del estado cardiovascular. Además del electrocardiograma, que en un buen porcentaje sale normal habiendo patología coronaria, En esta paciente, con los síntomas descritos, debería hacerse un marcador bioquímico.

El TRIBUNAL NACIONAL considera que las otras causas de dolor del tórax deben tenerse en cuenta pero una vez descartada la patología cardiovascular, según la literatura aportada y los protocolos existentes. No se puede asumir, ante un cuadro clínico como el de la paciente, que tiene alguna enfermedad que reviste menor gravedad, dentro de la lista de diagnósticos diferenciales.

Por otro lado, no se puede partir de la base que porque un médico ha valorado a un paciente 5 horas antes, las impresiones diagnósticas tienen que seguir siendo las mismas y así actuar, sin tener en cuenta que en este caso, los síntomas no revirtieron ante el tratamiento que ese médico le prescribió. De todas formas a esta paciente por cuadro clínico ha debido investigársele con un marcado bioquímico.

El TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MÉDICA está de acuerdo con el TRIBUNAL SECCIONAL DEL TOLIMA, en que la doctora M.L.M. , violó el artículo 1, numeral 2, el artículo 10 (concordante con el artículo 7 del decreto reglamentario 3380 de 1981) y el artículo 13 de la ley 23 de 1981 porque el hombre es unidad síquica y somática y el método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos. En consecuencia el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales y adoptar las medidas curativas y de rehabilitación correspondiente.

Además el médico dedicará 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 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 la gravedad de la falta pudo merecer una sanción mayor.

Bastan las anteriores consideraciones 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 Ética Médica del Tolima a la doctora M.L.M.A, que consiste en una CENSURA VERBAL Y PUBLICA de acuerdo al Artículo 83, literal a) de la ley 23 de 1981, por violación del artículo 1, numeral 2, el artículo 10 (concordante con el artículo 7 del decreto reglamentario 3380 de 1981) y el artículo 13 de la ley 23 de 1981 CARGOS FORMULADOS EN PROVIDENCIA DE FECHA 17 de febrero del año 2011, proferida en sala plena ordinaria # 745 de esta corporación en donde también se impuso sanción de censura escrita pero privada al doctor C.F.R.C.

Artículo Segundo - Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **Artículo Tercero** - Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

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

OBEDIENCIA AL DERECHO

FERNANDO GUZMÁN MORA, MD

Médico. Universidad del Rosario

Especialista en Anatomopatología. Universidad del Rosario

Especialista en Cirugía General. Universidad Javeriana

Especialista en Cirugía Cardiovascular. U of Newcastle upon Tyne

Especialista en Administración en Salud. Universidad Santo Tomas

Abogado. Magna Cum Laude. Universidad Militar Nueva Granada

Magíster en Derecho Penal. Universidad Libre Bogota

Especialista en Bioética. Universidad El Bosque

Aspirante a Maestría en Bioética. Universidad El Bosque

Catedrático de Derecho e Investigador. U Militar Nueva Granada.

Expresidente Nacional. Federación Médica Colombiana

Magistrado y Presidente. Tribunal Nacional de Etica Médica

Vicepresidente. Colegio Médico de Cundinamarca (FMC)

Asesor Médico Jurídico. Hospital Militar Central

CN MED (ARM NAL) ® SARA EDITH MORENO MAZO, MD

Médica. Universidad Militar Nueva Granada

Especialista en Oftalmología. Universidad Militar Nueva Granada

Subespecialista en Glaucomatología. U Militar Nueva Granada

Capitán de Navío (R). Armada Nacional de Colombia

Especialista en Docencia Universitaria. U Militar Nueva Granada

Especialista en Bioética. Universidad El Bosque

MSc en Bioética. Universidad El Bosque

Especialista en Alta Gerencia. Universidad Sergio Arboleda

Magíster en Bioética. U El Bosque

INTRODUCCIÓN

Jurista es aquel que tiene el oficio de interpretar una norma y de aplicarla, llámese juez o magistrado. También puede incluirse en esta definición al Abogado litigante, porque al sustentar sus actuaciones judiciales no puede

recurrir a otra cosa que lo que está en el ordenamiento jurídico. Por consiguiente, cuando el jurista está en la función de servidor de la legalidad vigente como su aplicador, le debe obediencia irrestricta. En el caso del operador de justicia, debe atenerse al imperio de la ley, interpretar la norma de la manera más exegética posible y abstenerse de aplicar su criterio cuando es discordante con la Ley que se está aplicando.

Y lo debe hacer a pesar de que se aleje de la justicia o la equidad. Su criterio no puede sustituir a la norma. Por consiguiente no puede hacer crítica de la norma sino interpretarla en la forma que el Legislador quiso que se hiciera y asimismo aplicarla. A este respecto, muchas veces debe proferir sentencia con base en la aparente verdad que reposa en los expedientes, aún conociendo que dicha verdad puede ser relativa, dudosa y alejada de la verdad real. Por eso, quien aporta la mejor prueba puede obtener la titularidad del derecho en litigio. Como dice el viejo adagio: Dame la prueba y yo te concedo el derecho.

Por ejemplo, un propietario de veinte apartamentos que se encuentran arrendados, puede acudir a la Jurisdicción para iniciar un juicio de lanzamiento a una familia que se haya atrasado en sus pagos, de manera inmisericorde. Y a pesar de ser dueño de una fortuna enorme, puede exigir que sus deudores sean ignominiosamente arrojados a la calle. Esto podrá ser legal pero injusto, probando que muchas veces la ley y la justicia no necesariamente van de la mano.

El jurista no puede mezclar la obligatoriedad de aplicar una ley a un caso específico, con el acuerdo que pueda o no tener respecto de su conciencia personal, sus creencias filosóficas o sus convicciones religiosas. Por ejemplo, si a un Magistrado de un Tribunal de Ética Médica llega un caso de aborto para su evaluación, y la Corte Constitucional ha expresado que no puede haber penalización cuando existe alguno de los elementos que permitan efectuar un aborto por parte de un médico que no tenga objeciones de conciencia al respecto, mal podría ese magistrado condenarlo simplemente por sus convicciones religiosas, porque entraría en desobediencia jurídica con una sentencia vinculante de la Corte Constitucional y rondaría el campo del prevaricato con todas sus consecuencias legales.

La jurisprudencia no es norma, con excepción de la obligatoriedad de las sentencias de la Corte Constitucional en los aspectos que tienen que ver

con la aplicación de las normas de la Carta Política. Lo que hacen los altos juristas es interpretar la norma y darle la aplicación más adecuada a la misma y en esta forma sustentar su decisión. El jurista por lo tanto le debe obediencia irrestricta a la norma, pues su función es ser guardián de la legislación.

Es el respeto a la dogmática jurídica, no entendiendo la expresión “dogma” como aceptación ciega basada en la fe, sino como obediencia a la norma con el conocimiento de la misma. El jurista recibe las normas, códigos, constitución, reglamentos, ordenes etc. Esa es la dogmática. Es algo que tiene que aceptar entendiéndolo perfectamente, pero sin discutirlo en el momento de dictar sus sentencias, porque es servidor del Estado de Derecho y su ordenamiento jurídico

Si cada jurista aplicara su propio criterio, habrá inseguridad jurídica

Pese a que la norma se aleje de su propio criterio filosófico, religioso, moral o intelectual, debe aplicarla, a no ser que esa norma vaya en contra de otra norma superior a ella misma. Pero debe sujetarse al imperio de la Ley. Quien tiene el contacto con la realidad social y debe dar respuesta a las exigencias de la justicia en un contexto social es el Legislador y no el jurista. Por lo tanto, si el juez en general no aplica la norma y aplica su criterio, puede estar incurso en el delito de prevaricato.

El que interpreta la Ley es el Congreso de la Republica en primera instancia. Segundo aquellos que por creación constitucional tienen esa función, en el caso colombiano la Corte Constitucional que le hace un juicio a la ley para decir si está concordante con los principios constitucionales.

El que litiga, así sus criterios sean extraordinarios, tiene que someterse a la formalidad legal vigente: Hechos, pretensiones y fundamentos de derecho. Es decir, no puede traer como sustento de sus pretensiones, sino aquello que está en el ordenamiento.

LA CRÍTICA A LA NORMA

El operador judicial no puede criticar la norma porque es un servidor, un obediente miembro del engranaje que no discute, un aplicador de la norma vigente.

Lo puede hacer como persona privada o particular. El jurista litigante es un conocedor del derecho, de la ciencia jurídica. Y mas que nadie tiene la experiencia porque ha tenido el contacto con el alejamiento de la norma respecto de la justicia real. Por lo tanto es el mas autorizado como persona privada pero no en ejercicio de alguna función pública.

Cuando el jurista es persona publica u oficial, Investido de facultades publicas, es decir, facultades que tienen origen en el ordenamiento jurídico y por ende en directa relación con el bien común y la seguridad jurídica del país, solamente puede actuar dentro de su jurisdicción (función pública de administrar justicia) y de su competencia (distribución de cada jurisdicción) y siempre dentro de la norma.

Si es funcionario publico, no puede ser juez y parte. Como jurista es juez y no puede enjuiciar la norma. Por pura seguridad jurídica debe someterse al ordenamiento.

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

El particular podría negarse a cumplir alguna ley (ateniéndose a las consecuencias de su negativa, por supuesto), en lo que se denomina objeción de conciencia. Recientemente esto ha involucrado casos de negativa a prestar el servicio militar, a practicar un aborto cuando la ley autoriza a hacerlo en casos específicos, a practicar procedimientos de control natal, etc.

Esta objeción de conciencia no es aplicable a los jueces.

El profesor Edgardo Villamil Portilla expresa en uno de sus escritos:

“El asunto que se ha planteado, y que suscita interés para los estudiantes, atañe a saber si un juez puede sustraerse a decidir un caso en que la demandante solicita autorización judicial para practicarse un procedimiento de aborto, pretextando el funcionario objeción de conciencia. Para intentar una respuesta a ese interrogante lo primero que debe advertirse es que el asunto sometido a controversia judicial no puede quedar sin solución, pues el ciudadano que ha elevado el reclamo no puede recibir el silencio como respuesta. En el evento particular, si el sistema judicial no proveyera una decisión pronta, la ciudadana que ha pedido se le resuelva sobre la autorización para que se le practique un

aborto tiene un derecho constitucional a que se le brinde la solución oportuna, si no se decide mediante una sentencia para ella el ordenamiento no existe. Para ella no habría Constitución, tampoco si se le resuelve tardíamente porque la gestación no da espera y si se superan ciertos límites la situación jurídica y fisiológica puede variar de tal modo que se incremente la complejidad del asunto.

Entre el derecho a la objeción de conciencia del juez y el derecho al acceso a la administración de justicia, que es realmente el derecho a la vigencia del ordenamiento jurídico, debe primar este. No podría el juez declararse impedido pues las causales de impedimento se hallan previstas en la Ley y la configuración del debido proceso corresponde al legislador. Mas allá de ese aspecto puramente técnico, si se sometiera el asunto al trámite de un impedimento, además de carecer de causal para hacerlo, de nada valdría la intervención del juez que debe resolver el impedimento si es que finalmente le niega el derecho a la objeción de conciencia. Dicho de otro modo, de qué valdría tramitar un impedimento si al ser decidido por un superior este le ordenase al Juez decidir el asunto. El dictamen judicial del superior, negando el impedimento ningún cambio produciría contra el alegato de conciencia puesto por el Juez, pues si en el sopesamiento entre su conciencia y la Constitución que le ordena decidir el asunto, como que es parte de sus funciones, pesa más su conciencia. En ese escenario nada valdría la decisión del superior de ese juez negando el impedimento y retornándole el proceso para que decida. Síguese de ello que el camino del impedimento parece no razonable.

Desde otra perspectiva, es curioso que las primeras expresiones de objeción de conciencia hayan sido expresada por jueces varones, es decir que el punto de vista de la mujer y de quien es forzado a la maternidad no cuenta para nada, pues primero está la conciencia del Juez, ya sea que esta se halle anclada en lo religioso o en su posición ética ante la vida. El Juez que expresa objeción de conciencia para decidir sobre la autorización de un aborto por razones de salud, de malformación del feto o por ser producto de una violación, a manera de ejemplo, no toma en cuenta que la decisión individual de la ciudadana que en los pliegues de su conciencia ya deliberó sobre sus propios valores y tomó la opción.

El juez que expresa la objeción de conciencia en un caso de autorización de aborto en verdad quiere escapar al mandato de decidir, él, de acuerdo a sus valores y preferencias sí tiene el sentido de la decisión. Es su deber decidir, así sea para negar la autorización, en verdad pareciera que rehuye el riesgo de decidir. NO se conoce norma o sentencia que le haya obligado a autorizar, pues si la ley dijera de modo imperativo cómo decidir, el juez sería innecesario, justamente el juez está ahí para decidir, en cualquier sentido, puede ser en aquel que no choca contra su conciencia, por ejemplo que el que dice preservar la vida. Si esa es la manera en que concibe los valores que la sociedad debe practicar en este momento de la historia debe hacerlo, a menos que use el pretexto de la objeción de conciencia para no tomar el riesgo de ser investigado, por ejemplo, por prevaricato. En el juzgamiento de este podría plantear sí la objeción de conciencia para justificar porque negó la autorización.

El Juez que plantea en este caso la objeción de conciencia está negando la vigencia de los mecanismos que la democracia tiene previstos para la definición sobre cuales son los derechos y valores más estimables de estas generaciones y sobre cómo ellos deben ser protegidos, y lo que es peor aún, se niega a exponer los motivos que tiene para hacerlo, razones que podrían forzar, por la potencia dialéctica que a ellos atribuye, un cambio en la tendencia jurisprudencial o las transformaciones legales y constitucionales.

La objeción de conciencia puesta por un juez para decidir un caso, plantea el difícil problema de si el juez debe ser garante de que la sociedad siga la ruta que se trazó en el programa constitucional, tomando como norte la construcción colectiva de esos valores en los órganos democráticamente elegidos, o si ante la imposibilidad de aplicar su propia escala puede apartarse de su función sagrada de decidir.

No es poca cosa el debate que aquí se plantea, pues, a manera de ejemplo, un juez penal que abraza el abolicionismo podría lograr que se dispusiese su traslado a la justicia civil, y de ésta a otra, si es que su conciencia social le impide, por ejemplo, decretar el despojo de una familia de una vivienda de interés social, cruzada que parece plausible, pero que plantea problemas de hondo contenido. Un juez que asume funciones como tal, profesa de antemano el deber de obediencia al derecho y ello le impone el deber de decidir, no importa el choque del

ordenamiento jurídico con sus propios valores, que si los considera superiores, más altos o más altruistas, no puede renunciar a defenderlos públicamente, ni negar el debate que será el motor del cambio.

Más complejo se hace este problema, si el juez ignora cuál es el ordenamiento vigente, ignorancia que no puede salvar. La Corte Constitucional por la modalidad de sus fallos crea nuevas normas a partir de la Constitución, y siembra el campo de prohibiciones al legislador para legislar en determinado sentido. No obstante, cuando entre el anuncio de la sentencia y la promulgación de esa sentencia con pretensiones de ser fuente formal de derecho, se produce una especie de vacatio legis en que no hay principio de legalidad y tanto el juez como los interesados podrían estar cometiendo un delito sin saberlo. Si se tratara de la ley expedida por el Congreso, la historia del derecho nos diría que para aplicar los principios de legalidad y favorabilidad la promulgación es el criterio definidor. Cuando la regla está en una sentencia dictada y no promulgada el problema es más complejo y genera un margen intolerable de incertidumbre...”

LA OBJECCION DE CONCIENCIA POR PARTE DE LAS PERSONAS JURÍDICAS

Cuando se expidió la Sentencia C-355/06, con fuerte oposición de las iglesias católica y evangélicas, directivos de clínicas y hospitales privados de instituciones religiosas o de esa orientación, invocando el derecho a la “objección de conciencia”, manifestaron que no acatarían la Sentencia y que en esas IPS no se practicaría “ningún aborto”, pues éste es contrario a los valores y principios que orientan sus servicios. En relación con dicha posición debo anotar que, como las personas jurídicas no tienen conciencia, pues es un atributo exclusivo de la persona natural, las IPS privadas no son titulares del derecho fundamental a la objeción de conciencia, que es subjetivo e individual.

Pero como esas IPS si pueden tener su orientación religiosa o política, unos valores y principios diferentes a los reivindicados en la sentencia, en nuestro Estado democrático de derecho, laico y pluralista, se debería respetar esa decisión y los principios religiosos en que se fundamenta -según artículo 18 de la Constitución que garantiza libertad de cultos-, y reconocer a aquéllas una exención análoga al derecho a objeción de conciencia,

excepto en caso de urgencia o de estado de necesidad (cuando por indicación médica la inmediata interrupción del embarazo es el único medio para proteger la vida de la mujer).

Así lo dejó establecido la Corte Constitucional en la citada sentencia y lo reiteró el Magistrado Manuel José Cepeda al sostener que: “No hay un solo escrito de derecho constitucional en el mundo que sostenga que una persona jurídica tiene conciencia. La conciencia es un atributo exclusivo de la persona natural”. Revista Semana, No. 1271, septiembre 11 de 2006, pág. 72.

Basados en el trabajo del Profesor Francisco José Cañal García (Doctor en Derecho de la Universidad de Salamanca), podemos enumerar las condiciones para que el particular pueda expresar una objeción de conciencia respecto del cumplimiento de alguna norma:

A) Ausencia de fin político. El móvil de la objeción ha de ser el imperativo de conciencia, no un modo de influir en la opinión pública, obstaculizar la decisión de la mayoría o suscitar adeptos a la postura del objetor. No quiere esto decir que sean ilegítimos esos comportamientos, sino que pertenecen a otras figuras distintas de la objeción. Es posible, sin desnaturalizar por eso la conducta de objeción, que alguna de estas circunstancias acompañen a la objeción, por darse junto con ella, en la práctica, otras formas de desobediencia al Derecho. No vamos a entrar en este momento a ponderar la necesidad o no de que la objeción sea una conducta interna o externa, que trascienda a la opinión pública o no, etc. pues esto no cambia la naturaleza de la objeción, cuando se da y, en muchas ocasiones son hechos independientes de la objeción, no buscados por el sujeto ni dependientes de su voluntad.

B) El respeto a los derechos ajenos. El objetor puede ampararse en su autonomía moral siempre que no transforme a otras personas en objetos o meros instrumentos de la satisfacción de su deber de conciencia, pues la dignidad de la persona impide que pueda considerarse de modo distinto que un fin en sí misma. El objetor está legitimado para incumplir un deber jurídico, pero no lesionar los derechos ajenos, obligarles a compartir sus criterios o utilizar a los demás como instrumentos.

C) Dado que normalmente se producirá un conflicto entre la conducta del objetor y el cumplimiento de un deber jurídico o los derechos o

intereses de terceros, será necesario hacer una valoración de todo ello para determinar la admisibilidad o no de la objeción.

Por una parte debe valorarse la intensidad del imperativo ético del objetor; por otra parte la intensidad o extensión de la lesión del derecho o interés que no se satisface. Así hay que valorar la posibilidad de sustitución del objetor; en los casos en que sea fácilmente sustituible no habrá problemas para el reconocimiento de la objeción, pero esto no quiere decir que en caso de que sea insustituible no deba admitirse nunca la objeción, por el mismo motivo antes señalado de la dignidad de la persona: nadie puede utilizar a otro (en este caso el objetor) como instrumento para el ejercicio de un derecho o la satisfacción de un interés.

Se puede hacer una clasificación de los derechos que pueden lesionarse con la objeción:

- 1) Derechos del propio objetor: en este caso no habrá dificultad para legitimar la objeción.
- 2) Derechos subjetivos de un tercero. En este caso es más difícil dar reglas generales, aunque difícilmente puede admitirse la objeción si los derechos que están en juego son especialmente valiosos, como la vida o la libertad.
- 3) Derechos de personas indeterminadas, en cuyo caso sería más fácil admitir la objeción.

Es difícil dar más reglas generales, pues habría que situarse ante cada caso concreto y su examen nos llevaría a un casuismo interminable.

Por otra parte debemos señalar que la limitación de la objeción de conciencia debe ser restrictiva, pues la autonomía moral da un fundamento “fuerte”, en terminología de Habermas, para la conducta del objetor. Por respeto a esa autonomía moral en ningún caso debe entrarse a juzgar la “calidad” de la objeción; quiere esto decir que el derecho a la objeción de conciencia subsiste siempre con independencia de que el que deba apreciarla considere que el objetor tiene una conciencia errónea.

Las limitaciones a la objeción deben contar con los siguientes requisitos:

- a) que el interés ajeno sea relevante, que comprometa también su autonomía moral y no se cuente con su consentimiento.

b) que por el volumen sociológico de la objeción la conducta del objetor cause un daño importante o irreversible (aquí se ha de tener en cuenta la posibilidad de la sustitución del objetor).

c) que la conducta previa del objetor no le sitúe en una posición de compromiso previamente asumido de realizar la conducta que pretende objetar.

Hay que considerar además que el objetor, como ya quedó dicho, no pretende alterar los principios de justicia del orden constituido y que su conducta en todo caso se mantiene, por tanto, dentro de la llamada por la doctrina “lealtad constitucional”.

ÉTICA KANTIANA: EL DEBER POR EL DEBER.

FERNANDO GUZMAN MORA, MD

Médico. Universidad del Rosario

Especialista en Anatomopatología. Universidad del Rosario

Especialista en Cirugía General. Universidad Javeriana

Especialista en Cirugía Cardiovascular. U of Newcastle upon Tyne

Especialista en Administración en Salud. Universidad Santo Tomas

Abogado. Magna Cum Laude. Universidad Militar Nueva Granada

Magíster en Derecho Penal. Universidad Libre Bogota

Especialista en Bioética. Universidad El Bosque

Aspirante a Maestría en Bioética. Universidad El Bosque

Catedrático de Derecho e Investigador. U Militar Nueva Granada.

Expresidente Nacional. Federación Médica Colombiana

Magistrado y Presidente. Tribunal Nacional de Etica Medica

Vicepresidente. Colegio Médico de Cundinamarca (FMC)

Asesor Médico Jurídico. Hospital Militar Central

CN MED (ARM NAL) ® SARA EDITH MORENO MAZO, MD

Medica. Universidad Militar Nueva Granada

Especialista en Oftalmología. Universidad Militar Nueva Granada

Subespecialista en Glaucomatología. U Militar Nueva Granada

Capitán de Navío (R). Armada Nacional de Colombia

Especialista en Docencia Universitaria. U Militar Nueva Granada

Especialista en Bioética. Universidad El Bosque

MSc en Bioética. Universidad El Bosque

Especialista en Alta Gerencia. Universidad Sergio Arboleda

Magíster en Bioética. U El Bosque

Una de las más profundas contradicciones de nuestra sociedad es vivir al mismo tiempo y en el mismo sitio bajo el dictado de éticas totalmente diferentes (si no francamente opuestas). Quizás la “pareja” más interesante esté constituida por el concurso de la ética utilitarista planteada por el pensamiento neoliberal y su contraparte, el grupo de ideologías de tipo

proteccionista social, entre ellas la escuela keynesiana, la doctrina social de la Iglesia y los planteamientos de los diferentes pensadores socialistas.

Quizás la comunidad actual deba regresar un poco a los conceptos básicos y a las normas mínimas de convivencia social. Una de las fuentes de pensamiento más importantes es la filosofía kantiana. El filósofo de Königsberg trabajó una serie de conceptos de enorme profundidad, con el objeto de fundamentar la ética a la luz de los principios del deber y de la conservación del individuo y la especie.

LA ÉTICA KANTIANA

En opinión de Kant, los principios prácticos son máximas, cuando el sujeto los considera válidos sólo en relación con su propia voluntad. Son imperativos cuando poseen un alcance objetivo y toman la forma de un 'deber ser'.

Estos Imperativos pueden ser hipotéticos cuando prescriben bajo ciertos supuestos (si quieres ganar la carrera, debes entrenar todos los días) y categóricos cuando ordenan en términos absolutos e incondicionales, es decir, los imperativos categóricos son las verdaderas leyes morales (Ej.: se debe decir siempre la verdad). Como tales, pueden coaccionar la voluntad individual a través de un mandato, en razón a que representan una voluntad universal. Las características de los imperativos categóricos son su autonomía y su universalidad.

El ser humano tiene dos dimensiones dentro de sí: el instinto, gobernado por el principio del placer, y la razón, gobernada por el principio del deber.

Para obrar en forma racional, haciendo prevalecer los principios morales esenciales (imperativos categóricos), sobre las inclinaciones naturales o instintivas, el hombre debe poseer la fuerza interior necesaria, el sentido claro del deber, la capacidad de actuar por fines nobles sacrificando, si es necesario, su propio bienestar.

Es precisamente aquí en donde Aristóteles intenta responder a la pregunta ¿qué es la felicidad?

"...Nuestra definición está de conformidad con aquellos que identifican la felicidad con la virtud o alguna virtud, porque la actividad virtuosa tiende a la virtud."

Explica luego el significado:

“[...] Por virtud humana queremos decir, no la corporal, sino la anímica; y en cuanto a la felicidad la llamamos también actividad del alma. Pero, de ser como decimos, es evidente que el investigador en política debe conocer de algún modo o medida los hechos sobre el alma, de la misma manera que el que tiene que curar los ojos o el cuerpo; y mucho más cuanto la política es más honorable que la medicina; pero aun entre los médicos el mejor instruido entre ellos dedica gran parte de sus trabajos a la adquisición del conocimiento del cuerpo.”

Y luego de advertir que, tratándose de la conducta, el valor de un acto es eminentemente relativo, concluye que “la virtud es un hábito apto para ejercitar acciones deliberadas, que está en el justo medio relativo: es decir, el medio con relación a nosotros, determinado por un principio racional, y por cuyo principio el hombre prudente lo determinaría. La virtud es punto medio entre dos estados viciosos: uno en el sentido del exceso y otro en el sentido del defecto; [...]” (capítulo VI).

EL PRINCIPIO DEL DEBER

Habiendo pasado esta pequeña revista a los conceptos del filósofo estagirita, debemos decir a la luz del pensamiento kantiano que para el ciudadano, el fundamento de la ética no puede ser la felicidad, que es una representación empírica de la imaginación, sino el deber, que es una representación formal de la razón. No puede ordenar su conducta con base en la felicidad que de ella pueda derivar, ni por obedecer a un mandato externo de la voluntad, pues si esto fuera así, el instinto hubiera cumplido su cometido con más eficacia que la razón.

¿Por qué no la felicidad como fin moral último? Por varias razones: La apetencia de los objetos guarda relación con el fenómeno del placer, que es subjetivo e individual. La felicidad depende de la constitución y características de cada sujeto, heterogéneas por definición y por tanto no puede erigirse como ley objetiva.

Kant lo expresaba, entre otros escritos, en la siguiente forma: “Satisfacer el mandato categórico de la moralidad, está en todo tiempo en poder de cada cual; satisfacer el precepto empírico condicionado de la felicidad, no es

para cada uno más que rara vez posible, aun sólo con respecto a una única intención. [...]"

"[...] Es una desdicha que el concepto de felicidad sea un concepto tan indeterminado que, aun cuando todo hombre desea alcanzarla, nunca puede decir de modo fijo y acorde consigo mismo lo que propiamente quiere y desea. Y la causa de ello es que todos los elementos que pertenecen al concepto de felicidad son empíricos, es decir, tienen que derivarse de la experiencia y que, sin embargo, para la idea de la felicidad se exige un todo absoluto, un máximo de bienestar en mi estado actual y en todo estado futuro [...]"

Por tanto, determinar con exactitud aquello que produce la felicidad de un ser racional, es totalmente imposible. En consecuencia, no se puede 'ordenar' lo que nos haga felices. Se procede moralmente cuando el principio adoptado tiene amplitud universal.

Y en este punto, nuestro filósofo prusiano afirma que lo moralmente bueno es la Buena Voluntad. Con ello no quiere decir que baste solamente con una buena intención, se requiere, además, colocar todos los medios posibles para que lo bueno tenga efecto. Aquí entra el concepto de voluntad: Es el modo de querer de aquellos seres racionales que, cuando desean un determinado fin, desean también los medios oportunos para alcanzarlo, aun contando con la debilidad en la praxis.

En conclusión, en lugar de decir "Haz aquello que te haga feliz", Kant dice: "Haz aquello que te haga digno de ser feliz".

LA HUMANIDAD COMO UN FIN

Para Kant, sólo las cosas tienen precio. La persona humana tiene dignidad. Los seres racionales, por lo tanto, nunca son medios. Son fines en sí mismos. Por esta razón debe tratarse siempre a la humanidad, tanto en la persona propia como en la de los demás como un fin, sin servirse de ella exclusivamente como medio.

"[...] toda voluntad, incluso la propia voluntad de toda persona, dirigida sobre esta misma, está limitada por la condición del acuerdo con la autonomía del ser racional, a saber, no someterlo a ninguna intención que no

sea posible, según una ley que puede originarse en la voluntad del sujeto pasivo mismo; no emplear, pues, éste nunca sólo como medio, sino al mismo tiempo también como fin[...]"

La ley natural es la del beneficio individual, propia de la libre competencia. En cambio, la ley moral es la de la sociedad libre.

El ser humano tiene una representación consciente de sí mismo. Esta autoconciencia puede derivar en egoísmo porque el individuo a menudo confunde el acto de conocerse con el de valorarse. Kant clasificó el egoísmo así: lógico (que no somete su juicio al efecto comparativo de otras opiniones por considerarlas innecesarias); estético (que continúa con sus preferencias, aun por encima de las críticas de los otros); y moral (para quien no hay más valor que lo que a él le produce provecho).

En palabras del mismo Kant: "Muy hermoso es hacer el bien a los hombres por amor a ellos y por benevolencia compasiva, [...] pero esa no es todavía la legítima máxima moral de nuestra conducta [...] si nosotros tenemos la pretensión a modo por decirlo así, de soldados voluntarios de alzarnos con orgullosa ilusión por encima del pensamiento del deber y de querer hacer, independientes del mandato, sólo por el propio placer aquello para lo cual ningún mandato sería necesario [...] obremos con buen ánimo. Amar al prójimo quiere decir cumplir con gusto todos los deberes con respecto a él."

Como consecuencia de esta postura, habrá 'bondad en el propósito', porque "[...] la necesidad de mis acciones por puro respeto hacia la ley práctica es lo que constituye el deber, ante el cual tiene que inclinarse cualquier otro determinante, porque es la condición de una voluntad buena en sí cuyo valor está por encima de todo[...]"

LA REVOLUCIÓN FRANCESA

FERNANDO GUZMÁN MORA, MD

Médico. Universidad del Rosario

Especialista en Anatomopatología. Universidad del Rosario

Especialista en Cirugía General. Universidad Javeriana

Especialista en Cirugía Cardiovascular. U of Newcastle upon Tyne

Especialista en Administración en Salud. Universidad Santo Tomas

Abogado. Magna Cum Laude. Universidad Militar Nueva Granada

Magíster en Derecho Penal. Universidad Libre Bogota

Especialista en Bioética. Universidad El Bosque

Aspirante a Maestría en Bioética. Universidad El Bosque

Catedrático de Derecho e Investigador. U Militar Nueva Granada.

Expresidente Nacional. Federación Médica Colombiana

Magistrado y Presidente. Tribunal Nacional de Etica Médica

Vicepresidente. Colegio Médico de Cundinamarca (FMC)

Asesor Médico Jurídico. Hospital Militar Central

CN MED (ARM NAL) ® SARA EDITH MORENO MAZO, MD

Médica. Universidad Militar Nueva Granada

Especialista en Oftalmología. Universidad Militar Nueva Granada

Subespecialista en Glaucomatología. U Militar Nueva Granada

Capitán de Navío (R). Armada Nacional de Colombia

Especialista en Docencia Universitaria. U Militar Nueva Granada

Especialista en Bioética. Universidad El Bosque

MSc en Bioética. Universidad El Bosque

Especialista en Alta Gerencia. Universidad Sergio Arboleda

Magíster en Bioética. U El Bosque

MAURICIO HENAO BOHORQUEZ

Abogado. Universidad Militar Nueva Granada

Especialista en Derecho Procesal Penal

Especialista en Derecho Penal, Constitucional y Penal Militar

Doctorado en Derecho Penal Procesal

Profesor de la Universidades Alma Mater, Cooperativa, Gran Colombia,

Universidad Militar Granada

Director de la Carrera de Derecho. Universidad Militar Nueva Granada

La Revolución Francesa es uno de los hechos de mayor trascendencia en la historia moderna y contemporánea.

Con ella cayeron en forma definitiva el absolutismo monárquico, el sistema de producción feudal y la sociedad dividida en estamentos, para dar nacimiento a la sociedad dividida en clases sociales.

La mentalidad continental, influenciada por la reciente Revolución de Independencia Norteamericana y por los enormes gastos que ella representó para el erario francés, había pasado por el malestar civil de la década comprendida entre 1778 y 1787, cuando se hizo evidente que los gremios se aferraban a sus privilegios y las clases pudientes del país se oponían a cualquier reforma fiscal.

La Corte real era una de las principales causantes de la quiebra de la nación. Y a este desmedro económico tuvieron que enfrentarse ministros de Hacienda de la talla de Turgot, Calonne, Brienne y Necker.

De otro lado, ocurrió otro hecho que golpeó a la tambaleante economía: La apertura indiscriminada a los productos ingleses, que acabó con la incipiente industria francesa

Pero el abono ideológico de mayor ponderación fue la publicación del primer tomo de la Enciclopedia en 1751, dirigida por Diderot y D'Alambert, en la cual participaron los cerebros más ilustres de Francia. Allí se planteaban ideas como el abandono de Dios, la sociedad igualitaria, la elección popular de los gobernantes, la voluntad general y la resistencia a la opresión. Los tres hombres que más contribuyeron a este nuevo pensamiento fueron Rousseau, Montesquieu y Voltaire.

Los privilegios de la nobleza fueron blanco de la política fiscal de varios ministros de Hacienda, que se vieron obligados a renunciar a su cargo luego de la reacción de rechazo por parte de los poderosos.

Brienne, uno de estos ministros, dimitió en 1788, no sin antes haber propuesto la convocatoria de Estados generales para 1789. Fué reemplazado por el banquero Necker, quien catalizó la división entre la nobleza y la burguesía. A esta última ingresaron en manifestación de apoyo nobles como Lafayette, Condorcet y Mirabeu.

Los Estados Generales constituían una vieja institución nacida en la Edad media, en donde se reunían la nobleza, el Clero y el Estado Llano y cuya

última Asamblea databa del año 1614 (!). Gracias a Necker se logró que el número de diputados del Tercer Estado o estado Llano tuviera tantos diputados como nobleza y clero juntos.

Reunidos en Versalles el 2 de Mayo de 1789, contabilizaron un total de mil ciento treinta y nueve diputados (1139) y las peticiones de la burguesía fueron dilatadas mediante técnicas de grupo dirigidas por Necker, que ya entreveía las consecuencias de haber aceptado la convocatoria propuesta por Brienne.

El Rey Luis XVI exigió que cada uno de los Estados Generales se reuniera por aparte. Sin embargo, el 10 de Junio, contrariando la disposición real, se convocó a todos los diputados en forma individual. A esta convocatoria asistieron, además de los burgueses, cuarenta y siete nobles y ciento catorce clérigos. Todos se declararon representantes verdaderos de la nación y se proclamó la conformación de la Asamblea Nacional, dándole un entierro de segunda clase a los Estados Generales y pregonando el principio de la Soberanía Nacional.

El rey, contrariado por esta acción, cerró la sala el 20 de Junio, motivo por el cual la Asamblea se reunió en el estadio. El diputado Mounier solicitó a los integrantes no moverse del sitio hasta tanto no se elaborase una constitución para el país. El rey se hizo presente e increpó duramente a los “revoltosos”. Mirabeau pronunció un monumental discurso que obligó a todos a permanecer en su puesto.

La nobleza y el clero abandonaron al Pueblo. Necker, a pesar de su condición de millonario, apoyó al Pueblo y renunció al cargo de Ministro de Hacienda. Su renuncia aumentó aún más la furia popular. El 9 de Junio comenzó la redacción de la constitución exigida por los asambleístas.

En predios del Duque de Orleans se presentaron revueltas. Luis XVI ordenó el envío de tropas a Versalles y París. Camilo Desmoulins, otro brillante orador, pronunció su célebre discurso de guerra, solicitando al Pueblo tomar las armas, porque la aristocracia estaba a punto de aplastar al pueblo.

El 13 de Junio se formó el Comité Permanente Electoral de París, organizando la Guardia Republicana, compuesta por cerca de cincuenta mil hombres, a cuyo mando se puso el General Lafayette, veterano de la revolución Norteamericana.

El Pueblo, respaldado ahora por un verdadero Ejército Popular y dirigido por un gran militar, se enardeció de emoción. Por fin podría enfrentarse a la opresión de centenares de años de injusticia. Cientos de hombres, mujeres y niños se unieron a las filas de los revolucionarios. El 14 de Julio se dirigieron al Edificio de Inválidos, en donde asaltaron el almacén de armas y se llevaron treinta mil fusiles y veinte cañones.

La Bastilla, fortaleza que simbolizaba la imponentia del poder real, había sido convertida en prisión. El destacamento militar que la defendía estaba compuesto por ochenta y dos veteranos lisiados y treinta y dos mercenarios suizos. Quince cañones defendían su integridad desde las almenas.

El comandante de la guarnición, Marqués de Launay, esperaba un ataque del pueblo en armas. Jamás un sitio. Los disparos de los mosquetes se generalizaron en el área de combate.

Hacia las tres de la tarde, grupos de milicianos se tomaron uno de los campos periféricos y lograron abrir un orificio en las columnas del castillo. El Marqués ordenó no disparar los cañones sobre el populacho y envió una nota solicitando le dejaran abandonar el fuerte sin más disparos. Los dirigentes populares se negaron a la tregua y exigieron fueran abiertas las puertas de inmediato

Entre los atacantes se encontraban muchas mujeres. Y entre ellas destacaba la belleza de Teroíña de Merincourt quien, vestida con traje de montar rojo intenso y armada de pistolas y sable, siempre se mantuvo en la primera línea de combate.

Los disparos recrudecieron. El Marqués envió una nueva nota advirtiendo que tenía una reserva de diez toneladas de pólvora y que si no se aceptaba su rendición, prendería fuego a la fortaleza y a los barrios vecinos. También fue rechazada la amenaza.

Launay, en lugar de proceder al cañoneo, ordenó bajar los puentes y abrir las puertas. La masa humana inundó el castillo y asesinó a los guardias suizos. Por su parte, los revolucionarios pagaron con ochenta y tres muertos y más de setenta heridos.

Aterrorizado por los acontecimientos, el Rey ordenó el retiro de las tropas y pidió ayuda a la Asamblea Nacional Constituyente, cuyos miembros exi-

gieron el despeje definitivo de la tropa, el retorno del ministro Necker y la presencia del Rey en París.

Esta fue la primera de una serie de humillaciones para Luis XVI, quien fué obligado a colocarse la escarapela tricolor republicana. Los nobles comenzaron a huir de Francia. Los campesinos se tomaron las tierras y atacaron a los dueños. La Asamblea se tomó el gobierno. Francia y el mundo no serían lo mismo a partir de estos acontecimientos.

LOS DERECHOS DE HOMBRE Y DEL CIUDADANO

Los primeros eventos de la Revolución Francesa se hallaban en plena efervescencia. A finales de Agosto la Constitución se encontraba ya casi redactada en su totalidad. El 27 de Agosto de 1789 se proclamaban los Derechos del Hombre y del Ciudadano, inspirados en la reciente Constitución Norteamericana.

La Declaración decía, entre otras cosas:

“...Los representantes del pueblo francés, constituidos en Asamblea Nacional, considerando que la ignorancia, el olvido, el desprecio de los derechos del hombre son las únicas causas de las desgracias públicas y de la corrupción de los gobiernos, ha resuelto exponer en una declaración solemne los derechos naturales, inalienables y sagrados del hombre, a fin de que esta declaración represente constantemente a todos los miembros del cuerpo social, les recuerde sin cesar sus derechos y deberes; a fin de que los actos del poder legislativo, y los del poder ejecutivo, pudiendo ser en cada instante comparados con la finalidad de la institución política, sean más respetados; a fin de que las reclamaciones de los ciudadanos, fundadas en adelante en principios simples e indiscutibles, contribuyan siempre al mantenimiento de la constitución y la felicidad de todos...”

Cuando se presentó al rey esta declaración de derechos, se negó por completo a respaldarla con su firma. Esto ahondó la división entre los monarquistas y los demócratas de la Asamblea.

Luis XVI llamó de nuevo al Ejército a Versalles. Esta fue la gota que acabó de enfurecer al Pueblo parisino que marchó sobre Versalles y atacó el Palacio Real. El Rey escapó de París y se dirigió hacia la frontera, pero fue atrapado por una de las patrullas de vigilancia

Por su parte, la Asamblea Constitucional se disolvió y se constituyó entonces la Asamblea Legislativa, que habría de durar hasta 1792 y en donde dominaría la burguesía. Allí se presentaron tres tendencias políticas:

- Derechista, inspirada por Lafayette, que solicitaba una Monarquía Constitucional
- Izquierda Moderada, encabezada por Condorcet y el grupo Girondino
- Extrema Izquierda, con Robespierre, Danton, Marat y otros Jacobinos

La pobreza que desencadenó el desorden revolucionario fue espantosa. El hambre de la gente era de tal magnitud que no quedó ninguna panadería sin ser asaltada, ningún convoy de trigo, ningún depósito de víveres en pie...

El grupo de los “Sans-Culottes”, de origen popular, presionaba con amenazas a los miembros de la Asamblea, hasta que esta decretó el embargo y secuestro de bienes de los emigrantes y de los clérigos que no habían jurado la Constitución.

Por su parte, los que huyeron de Francia se pusieron en la tarea de pedir ayuda a los gobiernos vecinos para que aplastaran la Revolución. Los gobiernos de Prusia e Inglaterra amenazan con guerra si llega a atentarse contra la persona del rey Luis XVI.

La Asamblea, enfurecida por las amenazas de los otros gobiernos despóticos, deciden destituir al Rey como una de sus últimas actuaciones, antes de formarse la Convención, que plantea abolir definitivamente la Monarquía y proclamar la República.

Se divide entonces el Pueblo. La Gironda, conformada por los burgueses moderados, encuentran apoyo en los llamados de la Llanura. Entretanto, los Jacobinos, se alían con los Sans Culottes

Luis XVI y María Antonieta, que habían sido trasladados del Palacio de Versalles a Las Tullerías, no estaban educados en política para entender la importancia del suceso que se desarrollaba en toda Francia. Convencidos del origen divino del poder real, miraron inicialmente con displicencia a la masa humana que clamaba por ser reconocida como gente.

Pero su olímpico desprecio pasó al miedo y de allí a la conspiración para terminar con el proceso revolucionario francés. El 20 de Junio de 1791

decidieron escaparse. Pero lo hicieron de una forma tan descoordinada que no encontraron los batallones leales que debían escoltarlos a la frontera austríaca. Además, fueron fácilmente reconocidos por un vigilante popular que de inmediato hizo que los atraparan y los regresaran a París en medio de la furia popular.

La huida del rey destruyó la posibilidad de instaurar una Monarquía Democrática. La tajante voz de Camilo Desmoulins, quien tachaba al rey de palurdo y mala bestia, había calado entre el Pueblo. Los Girondinos, partidarios de conservar al Rey con vida temían el viraje izquierdista del movimiento popular.

Por esos días ocurrían cambios políticos en las filas revolucionarias. Los clubes populares (cordeliers) incitaban a la acción violenta en todas partes. Los Jacobinos se dividieron en dos grupos: el club de los feuillants por un lado y los seguidores de Robespierre por otro.

El 10 de Agosto, turbas enardecidas atacaron las Tullerías. El Rey su familia lograron huir de los atacantes, al tiempo que eran defendidos por guardias suizos, que al enfrentarse al populacho perdieron más de ochocientos hombres, cuyos cuerpos sin vida fueron arrastrados por todo París.

La Asamblea Legislativa ordenó entonces el traslado de la familia real al Palacio del Temple. Terrible paradoja de la historia para quien era, precisamente, la generación número 13 del Rey Felipe el Hermoso, cuyo linaje había sido maldecido después de las atrocidades cometidas contra los templarios en 1315.

Se convocó entonces una Convención Nacional elegida por sufragio universal. En su Consejo Provisional entraron Danton y Roland. Entretanto, se impulsó el poder de Robespierre, apoyado por artesanos, tenderos, abogados, médicos y pensadores liberales.

La Convención Nacional presenció uno de sus momentos cruciales cuando se enfrentaron los Girondinos (conservadores) y los Montañeros (Jacobinos radicales), en torno al juicio de Luis XVI por traición a la patria y su condena a muerte. Los votos quedaron en trescientos ochenta y siete (387) contra trescientos treinta y cuatro (334), a favor de quienes pedían la pena capital para el monarca. El capeto fue guillotinado el 21 de Enero de 1793.

La despedida de su familia en el edificio del Temple fue uno de los capítulos más conmovedores de la historia de Francia de la época. A las nueve de la mañana fue subido a la carreta que lo condujo al patíbulo, en medio de redoble de tambores que acallaron los gritos de súplica de muchísimas personas del pueblo parisino. En esos últimos momentos demostró el coraje y valentía que le faltaron durante la mayor parte de sus treinta y ocho años de vida y diecinueve de reinado.

El verdugo, una vez cumplida su labor, levantó la cabeza del rey y la mostró a los espectadores. Posteriormente, su cuerpo fue trasladado al cementerio de Santa Margarita.

Debido a sus tendencias moderadas, los Girondinos perdieron influencia en la Convención Nacional, no solamente por tratar de defender la vida de Luis XVI, sino por las derrotas sufridas por las tropas francesas ante la Primera Coalición contra Francia (Gran Bretaña, Países Bajos y España) y su negativa a reforzar el ejército como prioridad absoluta.

Los Jacobinos convencieron entonces a las Convención de ordenar el reclutamiento de trescientos mil hombres, enviando oficiales a cada uno de los departamentos para enganchar a los nuevos soldados. Esto provocó el descontento en varios sitios del país, especialmente en la Vendée, cuyos campesinos estaban notablemente influídos por el clero local.

Para empeorar aún más el panorama, los austríacos derrotaron al General Dumouriez en la batalla de Neerwinden (Marzo 18 de 1793), luego de la cual el antiguo héroe de Valmy desertó de su posición como Jefe del Ejército de Francia y se pasó del lado de los austríacos.

Los Jacobinos se pusieron frenéticos. El 6 de Abril se creó el Comité de Salvación Pública, como el verdadero poder ejecutivo de la nación. Se reforzaron las medidas del reclutamiento, se enfrentó la guerra civil contra la Vendée y se reorganizaron las divisiones de defensa del país. Pero lo más importante en la evolución del movimiento revolucionario fue la arremetida contra los Girondinos.

El periodista Jacques Hebert se encargó de levantar a los parisinos contra los “traidores de la Gironda” y presionó a la Convención para que detuviera a veintinueve de sus delegados. Posteriormente los Jacobinos se tomaron la dirección del Comité de Salvación Pública.

Uno de los hechos relevantes de ese momento fue el asesinato del líder Jean Paul Marat por la simpatizante girondina Carlota Corday. La noticia fue fatal para el ala conservadora. La extrema izquierda se volvió la dueña absoluta del poder en Francia. El abogado jacobino Maximiliano Robespierre, el más influyente de los miembros del Comité de Salvación Pública, apoyado por Louis Saint-Just, Lazare Carnot y Georges Couthon, consiguió que se decretaran medidas policivas de control con el fin de aplastar cualquier movimiento antirrevolucionario a cualquier precio. Fue el comienzo de una época realmente negra

Dentro de los Jacobinos se presentaron también divisiones. Los ultra izquierdistas, dirigidos por Hebert y Chaumette, se enfrentaron al ala “moderada” del grupo Jacobino, en cabeza de Robespierre, apodado como “el incorruptible”. Este personaje, tan pródigo en sentenciar a muerte a quienes se le opusieran, logró obtener la detención de Hebert y sus seguidores, los cuales fueron ejecutados el 24 de Marzo de 1794. A ellos siguieron Danton y sus seguidores, quienes también acabaron sus días en la guillotina.

Los miembros del Comité de Salvación Pública comenzaron a sentir en peligro sus propios cuellos. La paranoia contrarrevolucionaria había llegado a niveles jamás sospechados. Pero fueron las victorias de los ejércitos franceses en Austria las que devolvieron la confianza en la fortaleza de la nación e hicieron que las medidas de control adoptadas por Robespierre cayeran en el descrédito.

De esa manera, Robespierre y sus amigos fueron acusados, juzgados y condenados a muerte el 27 de Julio de 1794 (9 de Termidor del año III). En la misma guillotina a la que enviaron a miles de personas fueron ejecutados los artífices de la llamada “República de la Virtud” y sus atropellos, que cobraron la vida de más de cuarenta mil personas en menos de un año.

Fueron ejecutados los veintiún dirigentes Girondinos previamente encarcelados, que acompañaron en su suerte a la desventurada reina María Antonieta, quien fue guillotizada el 16 de Octubre de 1793. El número de ejecuciones en París hasta Julio de 1794 superó la cifra de dos mil seiscientos

Pero fueron más severos los tribunales de otras localidades. En Nantes, por ejemplo, se encontraba el magistrado Carrier, quien solamente en tres meses mandó al cadalso a ocho mil simpatizantes de los rebeldes de la

Vendée. Lo más contradictorio, sin embargo, fue la procedencia de las víctimas, pues más del setenta por ciento pertenecían a la clase obrera y campesina.

Ante la delicada situación militar, agravada por la caída de varias localidades ante los prusianos, el sitio de Tolón por los ingleses y el control de la Vendée y Bretaña por los enemigos de la Revolución, el Comité de Salvación dispuso la incorporación de setecientos cincuenta mil hombres en catorce nuevos ejércitos.

A nivel interno ordenó la persecución de todos los partidarios de la monarquía, de los líderes Girondinos, de los sacerdotes y de todos aquellos que mostraran la más mínima tendencia contrarrevolucionaria. Por otro lado, el calendario católico fue cambiado por el Calendario Republicano. Al mismo tiempo, se ordenó el cierre de todas las iglesias de Francia y se impulsó la nueva religión conocida como Culto a la Razón.

Los pensadores iluministas habían logrado cambiar el mundo a través de la Revolución Francesa. Los infames privilegios de los estamentos sociales fueron sacudidos en sus cimientos. Los enciclopedistas y sus predecesores, entre los cuales figura de manera destacada el Marqués de Beccaria, podían descansar en paz.