

**TRIBUNAL NACIONAL DE  
ÉTICA MÉDICA**

**GACETA JURISPRUDENCIAL**  
AGOSTO DE 2014

***PEDIATRÍA***

**No. 9**

© 2014 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](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)  
E-mail: [trnetmed@outlook.com](mailto:trnetmed@outlook.com)

ISSN 0123-0832

Diagramación: Camilo Atehortua D.  
Preparación litográfica e impresión:  
Giro Graphos Impresores Ltda.  
Calle 138 No. 58D-01  
Telefono: (571) 613 80 20  
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.

© 2014

## **MAGISTRADOS 2014**

Dr. Fernando Guzmán Mora (Presidente)

Dr. Germán Gamarra Hernández

Dr. Francisco Javier Henao Pérez

Dr. Juan Mendoza Vega

Dr. Francisco Parado Vargas

## **Asesor Jurídico**

Dr. Edgar Saavedra Rojas

## **Abogada Secretaria**

Dra. Martha Lucía Botero Castro

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

Entregando lo mejor de  
**los colombianos**



Permiso de Tarifa Postal Reducida. Servicios Postales Nacionales S.A.  
No. 2014.137.4-72, Vence 31 de Dic. de 2014

## INDICE

Editorial.	
Ante los niños y adolescentes...	
Dr. Juan Mendoza Vega	
Magistrado Tribunal Nacional de Etica Médica	09
Proceso No.2055 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Cundinamarca	
Negligencia Médica	
Confirma sanción	
Encefalopatía hiperbilirrubinémica	
Mp. Dr. Efraím Otero Ruíz	
Providencia 86-2010	12
Proceso No.512 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca	
Negligencia e imprudencia	
Confirma sanación	
Neumonía en recién nacido	
Mp. Dr. Efraím Otero Ruíz	
Providencia 59-2008	18
Proceso No. 1007 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca	
Falta de comunicación	
Providencia inhibitoria	
Gastroenteritis por Shigella	
Mp. Dr. Efraím Otero Ruíz	
Providencia 95-2011	24

Proceso No.1546 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia Ausencia de culpa médica Archivo de la investigación Amigdalitis-muerte Mp. Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia 95-2012	31
Proceso No.409 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta Impericia médica Confirma sanción Falla multisistémica Mp. Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia 04-2007	52
Proceso No.1437 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia Lex artis ad hoc Exoneración de culpa Embarazo en adolescente Mp. Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia 58-2010	101
Proceso No. 841 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca Principios probatorios Negación de prueba Sepsis neonatal Mp. Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia 26-2010	116
Proceso No. 144 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño Impedimento cambio de radicación Complicación en biopsia Mp. Dr. Germán Peña Quiñones Providencia 114-2010	130

---

Proceso No. 530 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Santander Revoca sentencia inhibitoria Sida en infancia Mp. Dr. Germán Peña Quiñones Providencia 102-2010	136
Proceso No. 1073 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda Inapelabilidad de preclusión Circuncisión complicada Mp. Dr. Juan Mendoza Vega Providencia 27-2014	140
Proceso No. 586 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta Archivo proceso Tumor cerebral- muerte Mp. Dr. Juan Mendoza Vega Providencia 05-2009	144
Proceso No.372 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico Suspensión en el ejercicio médico Problemas con citas médicas Mp. Dr. Juan Mendoza Vega Providencia 15-2011	150
Proceso No. 565 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico Revocatoria de sanción Actuación diligente Otitis media Mp. Dra. Lilian Torregrosa Almonacid Providencia 103-2013	157
Proceso No.712 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta Múltiples condenas Deshumanización de la medicina Enterocolitis - muerte en UCI	

Mp. Dra. Lilian Torregrosa Almonacid Providencia 08-2014	168
Proceso No.536 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas Preclusión de la investigación Muerte de causa desconocida Mp. Dr. Miguel Otero Cadena Providencia 37-08	182
Proceso No.336 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico Condena severa Deficiencia en el sistema de salud Reacción medicamentos Mp. Dr. Miguel Otero Cadena Providencia 26-09	188
Proceso No. 479 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta Archivo proceso Muerte por reacción a droga Mp. Dr. Miguel Otero Cadena Providencia 27-07	200
Artículo. Dignidad Humana y Persona Dr. Fernando Guzmán Mora. Md. Cn Sara Edith Moreno Mazo. Md	209
Artículo. Ética Médica y Bioética Medica: Un Cambio de Paradigma Dr. Fernando Guzmán Mora. Md.	216
Artículo. La Experimentación Humana en ka Alemania Nazi Dr. Fernando Guzmán Mora. Md. Capitán de Navío. Dra. Sara Edith Moreno Mazo. Md	232
Artículo. Deber de Cuidado y Medicina Defensiva Dr. Fernando Guzmán Mora. Md Capitán de Navío. Dra. Sara Edith Moreno Mazo. Md	238



## **EDITORIAL**

### **ANTE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES...**

Cualquier conglomerado que pretenda llamarse sociedad humana debe, por la más elemental lógica, ofrecer protección especial a aquellos de sus integrantes que sean más vulnerables frente al medio que los rodea; la ayuda a los débiles, su defensa contra posibles o reales agresiones de cualquier origen, es una de las características esenciales de lo que acostumbramos considerar “buen comportamiento humano” o actitud humanitaria; entre los beneficiarios principales de tal actitud deben estar siempre las personas que se hallan en los extremos inicial y final de la vida.

Pocos seres vivos se hallan más desprotegidos que un humano recién nacido. Incapaz de moverse eficazmente en su entorno, necesita que alguien lo alimente poniendo en su boca la comida adecuada, que lo cubran contra las inclemencias del clima, lo mantengan alejado de objetos peligrosos, le ayuden a ir aprendiendo muy poco a poco la manera de usar su propio cuerpo, incluyendo ese cerebro que también va madurando y que al cabo de unos años le permitirá ejercer plenamente las habilidades y destrezas físicas y mentales características de su especie. La infancia, desde el momento del nacimiento hasta el final de la pubertad, necesita consideraciones especiales en todos los terrenos, una de las cuales debe ser el comprender que el niño o el adolescente no es un adulto de tamaño pequeño pero tampoco un objeto, una cosa propiedad de sus padres.

En el actuar ético del médico, la atención a infantes y adolescentes debe atender a facetas múltiples en las que se equilibren el respeto por la dignidad de esa criatura en cuanto ser humano, con el riguroso cuidado de sus mejores intereses, de los cuales el galeno es sin discusión ni duda un obligado representante a quien se le hacen especiales exigencias por cuanto tiene conocimientos y habilidades también especiales.

Bien saben los especialistas en Pediatría las grandes dificultades que suelen rodear actos médicos como el diagnóstico y la recolección de datos de anamnesis, por la simple razón de que el pequeño enfermo no es capaz de suministrar tales datos ni describir con exactitud las sensaciones y vivencias que llamamos síntomas; quienes atienden muchachos y niñas adolescentes sufren a su vez por las peculiaridades emocionales con que ellos reaccionan frente a sus problemas de salud y aún más, al tratar de enfrentar las situaciones de sufrimiento psicológico que con frecuencia los aquejan.

En condiciones tan difíciles, actuar con estricto apego a las normas de la ética profesional y de la *lex artis ad hoc* exige del profesional no sólo el conocimiento de estas normas sino la explícita e indeclinable voluntad de acatarlas siempre, sin limitarse apenas a una aplicación más o menos mecánica de sabiduría y destrezas porque no se trata de arreglar las entrañas de una complicada máquina sino de establecer verdadero **acto médico** con una persona que tiene derechos, dignidad intrínseca y, después de cierta edad – variable de un individuo a otro, pero en general situada alrededor de los diez a doce años- capacidad para que se oigan sus opiniones y se le permita participar en la toma de decisiones sobre aquello que lo afecte.

Medidas constitucionales y legales dan, en Colombia, protección especial a niños y adolescentes. El médico está obligado a saber en este campo cuáles son sus obligaciones, hasta dónde va la potestad de los padres, cómo prevé la ley que se ejerza la representación de un menor que no puede todavía ejercerla por sí mismo. Todo esto servirá para encuadrar mejor su conducta al atender personas de estas edades, no

---

sólo en cuanto a decisiones puramente científicas sino en el delicado terreno de la ética profesional.

**Juan Mendoza-Vega M.D.**

Bogotá, septiembre veintiuno (21) del año dos mil diez (2010).

**SALA PLENA SESIÓN No.1059 DEL VEINTIUNO (21)  
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010)**

Ref: Proceso No. 2055 del Tribunal de Etica Médica de  
Cundinamarca.

Contra: Dr. L.E.O.R.

Denunciante: Sr. Gustavo Cifuentes

Magistrado ponente: Dr. Efraím Otero Ruíz.

Providencia No. 86-2010

**VISTOS:**

Mediante fallo de junio 1 de 2010 el Tribunal de Etica Médica de Cundinamarca decidió no reponer y conceder la apelación por el fallo de fondo del 4 de mayo de 2010 mediante el cual sancionó al pediatra Dr. L.E.O.R. con censura escrita y privada por infracciones a la ética médica durante su atención el 17 de octubre de 2007 en el Hospital de Soacha al neonato E.G.C., hijo del quejoso Sr. G.C. quien lo demandó ante la Personería Municipal de Granada (Cund.) la cual dio traslado al Tribunal seccional, por secuelas neurológicas irreversibles de una ictericia neonatorum no diagnosticada y tratada a tiempo . La apelación, de junio 24 de 2010 fue enviada al Tribunal Nacional de Etica Médica donde fue recibida el mismo día. Puesto el expediente para reparto en Sala Plena del 29 de junio correspondió por sorteo al Magistrado Efraim Otero Ruiz.

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

### HECHOS:

De acuerdo con la historia clínica, la ratificación juramentada de su queja, y las conclusiones del Magistrado ponente, en octubre 16 de 2007 el niño E.G.C. (grupo sanguíneo A+), nació en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha después de embarazo y parto normales de la sra. G.E.C. (con grupo sanguíneo 0); desde el nacimiento presentó moderado color amarillo de piel y mucosas. Al día siguiente fue valorado por el pediatra, Dr. L.O. quien, después de verificar una prueba de Coombs negativa y de valorar al paciente (sin ordenar una determinación cuantitativa de bilirrubina) lo dio de alta, aparentemente por resistencia de la madre a dejarlo hospitalizado –esa orden de hospitalización y esa resistencia no constan en la historia clínica-, para salir a su casa, con órdenes para control ambulatorio con administración de lactulosa y determinación de bilirrubina 48 horas después. Ello no se cumplió y 5 días después el niño convulsionó y fue llevado a Urgencias del mismo Hospital, donde se halló severa ictericia y encefalopatía hiperbilirrubinémica que motivó su envío al Hospital de la Samaritana donde se confirmó el daño neurológico irreversible.

Al expediente, en el cuaderno de 441 folios, se adjuntan los siguientes documentos aducidos como pruebas:

1. Queja del 10 de marzo de 2008 presentada ante la Personería Municipal de Granada (Cund.) por el Sr. G.C.C. en la que afirma que “el niño nació de color amarillo y al siguiente día del nacimiento el señor pediatra L.E.O.R. fue y lo valoró y no me explicó el riesgo que tenía la enfermedad (bilirrubina alta) y me dejó sacar al niño el día 17 de octubre de 2007 sin explicarme los riesgos que tenía la enfermedad, el niño a los 5 días convulsionó ingresándolo de urgencias al Hospital de Soacha en el cual el pediatra L.E.O.R. le

formuló un medicamento especial a mi hijo el cual no lo encontré en Soacha y me dijeron que lo encontraba en centros especiales como la Cruz Roja, duré 3 horas caminando buscando la medicina, al regreso al señor L.E.O.R. no lo encontré; encontré a mi hijo en una incubadora con suero y grave y más avanzada la enfermedad; en ese momento fue trasladado al Hospital de la Samaritana”. Y más adelante agrega: “Yo pregunté allí en La Samaritana por qué el niño se enfermó así, los señores pediatras me dijeron que había sido por negligencia del señor pediatra que lo atendió en el Hospital de Soacha por no colocarlo en fototerapia en el instante que nació”, (Folios 3 y 4).

2. Copia de la historia clínica del niño E.G.C.C. en el Hospital de la Samaritana de Bogotá en que se comprueba la encefalopatía por hiperbilirrubinemia y se detallan los tratamientos aplicados (Folios 13 a 231).
3. Fotocopia de la historia clínica del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha correspondiente al menor E.G.C.C. en que consta, según el resumen del Magistrado ponente: “Su examen físico y neurológico son normales con su condición de recién nacido con gestación normal. El Rh de la madre y el hijo son iguales pero hay incompatibilidad del grupo A y O, confirmado por laboratorio. Al día siguiente de su nacimiento es valorado por el Dr. L.O. quien después de verificar una prueba de Coombs negativa y de valorar al paciente consideró que era factible autorizar su salida con control clínico ambulatorio y de cifras de bilirrubina en las 48 horas posteriores. No existe constancia de que el niño haya sido llevado a los controles que según la historia clínica fueron ordenados por el médico” (folios 232 a 269 y 295 a 338).
4. Versión libre rendida ante el Tribunal seccional el 11 de noviembre de 2009 por el Dr. G.R.G., pediatra del Hospital de Soacha, en que confirma la atención inicial dispensada al paciente por el Dr. L.E.O.R. (folios 292 a 294).

5. Versión libre rendida ante el Tribunal seccional el 18 de noviembre de 2009 por el pediatra Dr. L.E.O.R. en que afirma: “En ningún momento observé un mal estado clínico del recién nacido, el paciente presentaba una ictericia neonatal grado I, por lo cual le dí salida con la instrucción precisa de practicarle bilirrubinas de control a las 48 horas y traer al paciente al Hospital M.G.Y., al igual que le recomendé exponerlo a la luz del sol durante los dos días posteriores al egreso, en la mañana y en la tarde. La madre nunca se presentó ni le realizó los exámenes de bilirrubinas de control, sólo lo hizo 5 días después cuando ya el niño presentaba un daño neurológico por niveles altos severos de bilirrubina. Considero que hubo negligencia por parte de la madre habiéndosele enfatizado de la importancia de cumplir con la cita de control” (Folios 340 y 341).
6. Informe de conclusiones rendido el 1 de diciembre de 2009 por el Magistrado instructor Dr. Edgar Matiz Sarmiento, mediante el cual se decidió abrir pliego de cargos contra el Dr. L.E.O.R. por violación al artículo 15 de la Ley 23 de 1981 (folios 348 a 353).
7. Diligencia de descargos rendida ante el Tribunal seccional el 2 de marzo de 2010 por el Dr. L.O.R. (folios 358 a 409).

### **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:**

Mediante escrito del 4 de febrero de 2009 el Magistrado instructor Dr. Edgar Matiz Sarmiento presentó su informe de conclusiones, basado en el cual el Tribunal seccional procedió a elevar pliego de cargos contra el Dr. L.O.R., por violación al artículo 15 de la Ley 23 de 1981 ( *“el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados..”*), por no haber establecido las medidas urgentes y necesarias cuando se estableció la incipiente ictericia frente a la incompatibilidad de grupo sanguíneo en un recién nacido.

En sus descargos el médico L.E.O.R. (folios 358 y 359) dice que “es pertinente traer a consideración lo expresado por la madre del menor

sra G.E.C. ante el tratamiento sugerido en los siguientes términos: ‘No estoy de acuerdo con la hospitalización, mis hijos anteriores han estado bien’, a lo cual le manifesté que estaba exponiendo al menor a grandes riesgos como retraso mental, sordera, ceguera, convulsiones de difícil manejo y daño neurológico irreversible. Sin embargo la madre continuó oponiéndose a mi conducta solicitando se le diera salida al recién nacido, por lo que le insistí informándole que yo debía garantizar el bienestar del recién nacido y que, de ser necesario, debía solicitar apoyo de la fiscalía, policía de menores, o trabajo social; ante lo anterior ella me respondió enfáticamente –‘usted no sabe quién soy yo, usted no sabe con quién se está metiendo, indíqueme el tratamiento que debo hacer y yo me encargaré de realizarlo’. Ante esta situación de peligro inminente para mí por la agresividad que presentó la madre posiblemente por su preocupación por los demás hijos, sin mencionar las circunstancias sociales y de orden público propias del municipio de Soacha y dado que era el único pediatra de turno en el Hospital Mario Gaitán Yanguas, decido ordenar un manejo ambulatorio con recomendaciones muy específicas y claras para la madre en búsqueda de proteger al recién nacido, dando manejo a la ictericia precoz que presentaba”. (Subrayado en el original).

Al rechazar los descargos, el Tribunal seccional rechaza el argumento de que el médico tuvo que defenderse ante la agresividad de la madre y cita al respecto la anotación en la historia clínica firmada por él el 17 de octubre de 2007 a las 14:50 horas: “...Análisis: *paciente que presenta leve tinte icterico facial y en tronco, tolerando la vía oral, afebril, en buen estado general. Se considera ictericia grado I. Se solicita hemoglobinas de control, la madre refiere que lo hará en el pueblo donde vive. Se le informó a la madre que debe traer al niño con resultado de exámenes en 48 horas y se le formula lactulosa 3 sobres, recomendaciones y signos de alarma, solterapia*”. El tribunal concluye que “en forma clara y desprevenida el médico anota cuáles fueron sus hallazgos, cuál la conducta médica adoptada frente a estos hallazgos y cuales fueron las informaciones y órdenes que dio a la madre. Estas anotaciones de manera alguna permiten concluir que existió un inmi-



nente peligro para el médico como consecuencia de la agresividad de la madre, como tampoco permiten inferir que ordenó hospitalización”. Este Tribunal Nacional está de acuerdo en que queda establecida la culpabilidad del médico sancionado, por las razones anotadas. La relativamente leve sanción impuesta se debió a que el médico L.E.O.R. no presentaba antecedentes disciplinarios y a que se tuvo en cuenta como factor atenuante el incumplimiento de la madre a las órdenes médicas registradas en la historia.

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 Cundinamarca mediante el cual se sanciona con censura escrita y privada al Dr. L.E.O.R. , por violación al artículo 15 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver este expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, noviembre once (11) del año dos mil ocho (2008).

**SALA PLENA SESIÓN No.979 DEL ONCE (11) DE  
NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL OCHO (2008).**

REF: Proceso No. 512 del Tribunal de Etica Médica del Cauca  
Contra el Dr. A.G.M.  
Demandantes Sr. C.A.V y B.N.C.

Magistrado Ponente: Dr. Efraím Otero Ruíz  
Providencia No. 59-2008

**VISTOS:**

El Tribunal de Etica Médica del Cauca en Sala Plena del 12 de agosto de 2008 resolvió imponer sanción de censura verbal y pública al Dr. A.G.M. por infracciones a la Ley de Etica Médica en la atención pediátrica dispensada en el servicio de urgencias del Hospital San Francisco de Asís de Mocoa el 27 de mayo de 2005 al niño R. (o R.) V., hijo de los quejosos, de 2 meses de edad, que terminó en muerte del paciente por insuficiencia respiratoria acarreada por bronconeumonía aguda. La queja contra el médico tratante fue presentada ante la Procuraduría Regional del Putumayo el 15 de julio de 2005 la cual remitió copia dela misma el 18 de agosto al Tribunal seccional del Cauca. Este, en Sala Plena del 7 de septiembre de 2005 designó al Magistrado Dr. Julio César Klinger para llevar a cabo la investigación preliminar, la cual condujo a la elevación de pliego de cargos y al fallo condenatorio mencionado. Presentado el 25 de agosto de 2008 el recurso de reposición y en subsidio el de apelación, el Tribunal seccional mediante fallo del 16

de septiembre resolvió no reponer y conceder la apelación, la cual fue recibida en el Tribunal Nacional de Ética Médica el 23 de septiembre. Puesto para reparto en Sala Plena del 30 de septiembre de 2008, correspondió por sorteo al Magistrado Dr. Efraím Otero Ruiz.

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

### HECHOS:

Según la queja el menor, de dos meses de edad, fue llevado por su madre en la mañana del 26 de mayo de 2005 al servicio de urgencias del Hospital San Francisco de Asís de Mocoa por fiebre intermitente, tos, estornudos, flemas, moderada dificultad respiratoria y diarrea de dos días de duración, donde fue atendido por el Dr. A.G.M., médico general, quien ordenó exámenes (cuadro hemático y coprológico). Según la quejosa “apenas estuvieron los exámenes yo, como madre, al ver como mi hijo estaba grave me entré y le dije al doctor (a) mi niño no le baja la fiebre, la tos y el vómito. El médico se enojó porque entré sin tocar y el me contestó que el niño no tiene nada grave, simplemente una gripa y me le mandó acetaminofén y loratadina, me dijo se lo puede llevar para la casa porque no es nada grave. Mi esposo, al ver al niño como estaba de enfermo se preocupó y me dijo cómo ese médico no lo hospitalizó a mi hijo tan grave que está...el niño estuvo muy grave toda la noche dándole el medicamento que le recetaron, el papá madrugó muy de mañana el viernes 28 de mayo por consulta externa donde lo miró el Dr. L. y dijo voy a remitir al niño por urgencias porque está con neumonía; y entonces yo como madre le contesté doctor si ayer lo tuve por urgencias y me dijeron que no tenía nada grave”. Según la historia clínica de urgencias el 26 de mayo (aunque en su queja la madre afirma que fue el día 27) el menor fue atendido entre las 7:25 y las 10:30 a.m.; los exámenes de laboratorio mostraron: cuadro hemático sin leucocitosis ni neutrofilia, coprológico negativo, parcial de orina normal, plaquetas y gota gruesa negativos; y con el diagnóstico de IRANN

(insuficiencia respiratoria aguda no neumónica ) y EDA (enfermedad diarreica aguda) se le prescribieron acetaminofén y loratadina y se le dió salida con control en consulta externa en una semana (nota firmada por el Dr. A.G.M. , folio 13). Hospitalizado nuevamente por empeoramiento del estado general que no cedió a antibióticoterapia ni a administración de oxígeno fue remitido al Hospital Infantil Los Angeles de Pasto donde a pesar de todas las medidas falleció el día 29.

Dentro del proceso se allegaron los siguientes documentos y pruebas testimoniales:

1. Comunicación enviada por la Procuraduría Regional del Putumayo el 18 de agosto de 2005 al Tribunal de Etica Médica del Cauca (folio 1) anexando la queja presentada por los padres del menor fallecido (folio 6).
2. Copia de la historia clínica del menor R. (R.?) V. C., en el Hospital San Francisco de Asís de Mocoa (folios 13 a 26) donde se establece que la atención inicial fue el día 26 de mayo de 2005 y no el día 27 como lo afirma la madre en su queja.
3. Diligencia de versión libre rendida ante la Fiscalía 35 laboral de Mocoa por el Dr. A.G.M. (folios 37-38).
4. Resolución del 7 de febrero de 2007 mediante la cual el Tribunal seccional decide elevar pliego de cargos contra el Dr. A.G.M. por violación a los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981. (Folios 48 a 51 y 59 a 64).
5. Comunicación dirigida al Tribunal seccional el 12 de junio de 2007 en que solicita se revoque el pliego de cargos y se proceda a su archivo; en caso de no reponer, solicita se le de trámite al recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Etica Médica. (folios 65 a 68)
6. Fallo de sala plena del Tribunal seccional del 15 de agosto de 2007 en que decide no reponer ni conceder el recurso de apelación al pliego de cargos, indicando que contra el mismo no procede recurso (folios 75 a 77).

7. Diligencia de descargos rendida el 13 de diciembre de 2007 por el Dr. A.A.G.M (folios 83 a 85).
8. Ponencia del 26 de marzo de 2008 en que el Magistrado ponente Dr. Ancízar Morales B. considera que existen méritos suficientes para imponer sanción de censura verbal y pública al Dr. A.A.G.M. (folios 87 a 90)
9. Referencias bibliográficas sobre neumonía adquirida de la comunidad en niños y guías clínicas al respecto adjuntadas por el Magistrado instructor (folios 91 a 103)
10. Guías de la morbilidad más frecuente en el servicio de urgencias de la ESE Hospital San Francisco de Asís de Mocoa y listado de los profesionales involucrados en el estudio y aceptación de las mismas (folios 104 a 219). Las extensas guías bibliográficas de carácter general no se refieren únicamente a las patologías correspondientes al presente caso.
11. Recurso de reposición y en subsidio el de apelación interpuesto a nombre del Dr. A.G.M. por el abogado Franklyn Fajardo Sandoval (folios 231 a 233).

### **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:**

En su fallo definitivo el Tribunal seccional considera que hubo violación al artículo 10 de la Ley 23 de 1981 por cuanto el médico acusado procedió con ligereza ante un cuadro febril de dos días de evolución, con signos cardio-respiratorios definidos y complicado con enfermedad diarreica; que se confió de los resultados de laboratorio y no persistió en una evaluación clínica detallada o en una hospitalización para estudio por especialistas, como lo solicitaba la madre, y en cambio prescribió medicación sintomática y lo citó para regresar por consulta externa una semana después. En su defensa y a pesar de los datos consignados en la historia clínica el acusado alega que no existía evidencia

de la gravedad del cuadro cardiorespiratorio y que el le dió salida advirtiéndole a la madre sobre los signos de alarma que pudieran presentarse. Estos descargos fueron considerados insuficientes por el Magistrado instructor, quien considera –por los datos de la historia– “que no hubo una segunda evaluación ni nota clínica de la presunta valoración al momento de dar salida al paciente”. Agrega, además, que “el deber del profesional disciplinado era pedir una valoración por parte de la especialidad de pediatría por ser este el profesional que tiene mayor capacidad técnico-científica para detectar los niveles de alteración fisiológica en un paciente de dos meses de edad, dada su práctica y sensibilidad que tiene como especialista”. En su fallo el Tribunal seccional agrega que “este paciente está catalogado como perteneciente al grupo de los neonatos y estos no se clasifican como NAC (neumonía adquirida en la comunidad) y su manejo se aproxima al de sepsis neonatal tardía y requieren abordaje terapéutico con antibióticos que cubran enterobacterias, entre otras, razón por la cual el médico debió extremar sus medidas de atención, una de ellas que es motivo del presente caso, el de dedicar más tiempo al paciente, entendida esta obligación como un mayor cuidado en la evaluación de su estado, de la clínica y de los síntomas del neonato, conducta que no asumió el disciplinado”.

En cuanto a la violación al artículo 15, sostiene que por la demora en establecer el diagnóstico adecuado se sometió al paciente a riesgos injustificados, que terminaron en la muerte del niño.

Este Tribunal Nacional está de acuerdo con los argumentos que llevaron a la sanción impuesta al médico A.G.M. . Por otra parte, en su apelación el abogado defensor no aporta argumentos diferentes a los aducidos por el médico G. en sus descargos. Al argumento de que debe aplicarse el principio de la favorabilidad en pro del acusado en vista de que el Hospital nunca aportó el protocolo AIEPI (estrategias de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia) que el acusado sostenía haber seguido, el Tribunal seccional responde que “dicha petición de pruebas, en la cual se le solicita los protocolos de urgencias que tenga implementados el hospital, fue contestado por

dicho hospital el 23 de julio de 2008, en el cual remite las guías de morbilidad más frecuentes en dicho hospital”. Y más adelante agrega que “el AIEPI que el médico sigue no lo libera de efectuar en cada caso un minucioso examen clínico para llegar a un diagnóstico; esto es, que si el hospital hubiere enviado el protocolo en más detalle, no implica que desde el punto de vista ético médico el profesional se libere de la responsabilidad del deber objetivo de cuidado”.

Llama la atención de este Tribunal Nacional la relativa benevolencia de la sanción impuesta al médico tratante dada la falla en detectar oportunamente la gravedad de los síntomas que condujeron a la muerte del menor.

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 censura verbal y pública impuesta por el Tribunal de Ética Médica del Cauca al Dr. A.A. G.M. **Artículo Segundo:** Devolver el proceso al Tribunal seccional para lo pertinente. **NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.**

FDO. MIGUEL OTERO CADENA, Presidente (E.)—Magistrado; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; GUILLERMINA SCHOONEWOLFF DE LOAIZA, Magistrada; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, octubre once (11) del año dos mil once (2011).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1107 DEL ONCE (11) DE  
OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011).**

Ref: Proceso No. 1007 del Tribunal de Etica Médica del Valle del Cauca.

Contra: Dr. H.U.D.

Denunciante: Sr. N. de. C.

Providencia No. 95-2011

Magistrado ponente: Efraím Otero Ruíz.

**VISTOS:**

Mediante fallo de julio 13 de 2011 el Tribunal de Etica Médica del Valle del Cauca decidió no reponer y conceder la apelación por el fallo interlocutorio del 25 de mayo de 2011 mediante el cual declaró que no existía mérito para abrir investigación disciplinaria contra el pediatra Dr. H.U.D. por presuntas infracciones a la ética médica durante la atención el 17 de mayo de 2007 al menor J.E.B.O. en la Clínica Buenventura de Buenaventura, habiendo decretado la preclusión de la investigación. La apelación fue presentada y recibida en el Tribunal Nacional el 7 de septiembre de 2011. Puesto el expediente para reparto en Sala Plena del 13 de septiembre correspondió por sorteo al Magistrado Efraím Otero Ruíz.

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



## HECHOS:

De acuerdo con la queja interpuesta por el Dr. N. de C., médico Gerente general de la Clínica Buenaventura contra médico (s) del Centro Médico Imbanaco (CMI) de Cali, por queja presentada por el Sr. C.J.B.L. por la atención practicada en dicha Clínica al menor J.S.B., quien después fue trasladado al Centro Médico Imbanaco donde se recuperó totalmente de una gastroenteritis por Shigella. La queja presentada ante el Tribunal seccional se refería a que el padre del menor aseguró que los médicos tratantes del CMI le habían dicho que “el tratamiento que le estaban dando a mi hijo era un grave error, que si yo no tomo la decisión de sacarlo de allí lo más probable es que se hubiera agravado mucho más”, Y finalmente “que la atención médica que le dieron en la Clínica Buenaventura no fue la adecuada para el caso, son los únicos responsables de la condición médica con la que llegó mi hijo”. En su queja el Dr. C. pide que se sancione e investigue severamente al profesional implicado y considerar antiética la conducta del CMI por la conducta asumida de ocultar el nombre del médico y no proporcionar la historia clínica con fines epidemiológicos (COVE)”.

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:

En su informe de conclusiones el Magistrado instructor sostiene que “no existe conducta que se considere antiética por parte del pediatra Dr. H.U.D. que en el fondo es la persona contra la cual se pide investigación por parte del quejoso Dr. N. del C. ”. Ese informe y el fallo del Tribunal seccional llegan a las conclusiones siguientes:

“El origen de los hechos denunciados e investigados se remonta al escrito que como “derecho de petición” presentó ante COOMEVA EPS el 8 de junio de 2007 el Sr. C. J. B. L., padre del menor J. S. B. O., que en síntesis descalifica la atención médica brindada a su hijo en la Clínica Buenaventura los días 11, 14, 17 y 19 de mayo de 2007 y por decisión propia lo traslada al Centro Médico Imbanaco, solicitando el reembolso

del dinero pagado a esta institución por considerar que, por inadecuada atención médica COOMEVA EPS es responsable del estado de salud en que ingresó su hijo.

Como el escrito fue dado a conocer por COOMEVA EPS al Gerente de la Clínica Buenaventura y Cía Ltda. representada por el Dr. N. del C. Obando su interés inicial consistió en saber quién había sido el pediatra del CMI que había lanzado expresiones difamatorias y calumniosas contra el personal médico de la clínica que representa. Como no obtuvo respuesta positiva por parte del Dr. W.D., Gerente Clínico del CMI, en cuanto a entrega de copia de la historia clínica del menor por no tener autorización de los padres ni tampoco para estudio del caso clínico por Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), estimó que lo pertinente era elevar queja disciplinaria ante este Tribunal contra el médico pediatra, cuyo nombre desconocía.

Por la historia clínica allegada se sabe que el médico pediatra que trató al niño Juan Sebastián Bejarano es el Dr. H.U.D.

Revisada la historia clínica del menor paciente (Folios 114 a 142) en cuanto al actuar profesional del Dr. U.D., no encuentra la Sala razón válida para disponer abrir investigación disciplinaria en su contra, toda vez que no se observa conducta negligente, imperita o imprudente o inobservancia de manejo clínico patológico en este caso específico.

Se le atribuyen unas manifestaciones descomedidas sobre las cuales no hay medio probatorio alguno para evaluar. Es el dicho del padre del menor que se ratificó de lo expuesto en su escrito, que no pensó que su queja sería del conocimiento del Tribunal, que aclaró que no ha reclamado económicamente nada a la Clínica Buenaventura o a su representante legal sino a COOMEVA EPS.

Por otra parte, es claro que el acto voluntario que hizo el Sr. Bejarano Londoño libera de responsabilidad a la citada Clínica y es él el que asume, como en efecto ocurrió, lo que suceda en adelante, de ahí que el aludido reembolso no opera.

Basta por agregar que la Sala considera que, en estos hechos, faltó una debida comunicación institucional o, al menos, esta fue deficiente entre los directores médicos de ambos centros de salud porque, de darse, la situación no hubiera llegado hasta esta instancia. Por estas circunstancias, se compulsarán las copias pertinentes para conocimiento de la Supersalud.

Por las consideraciones anteriores el Tribunal seccional dispuso la preclusión de la investigación, fallo con el que se halla de acuerdo el Tribunal Nacional. En su apelación el Dr. Del C. , por su parte, se muestra insatisfecho con el mismo, considerando que “en este caso no se ha realizado investigación de fondo alguna y, en consecuencia, solicita reabrir la investigación por las razones expuestas” Sin embargo, no aporta nada nuevo distinto a los argumentos anteriormente planteados.

“...En cuanto la apelación del fallo inhibitorio, el Tribunal Nacional de Etica Médica ha sustentado la jurisprudencia siguiente ( Procesos No 32 de 2010 y 83 de 2011 (magistrados ponentes Dres. Fernando Guzmán Mora y Luis Alberto Blanco Rubio). De acuerdo con este último, de acuerdo con la Ley 600 de 2000 y de conformidad con la jurisprudencia de la Honorable Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia se sostuvo durante su vigencia que la víctima o el denunciante solo podía apelar el auto inhibitorio y que no tenía ningún otro derecho a participar en el proceso por no ser sujeto procesal.

Pero siendo la codificación procesal, (Ley 906 de 2004) una normatividad dirigida en muchos de sus aspectos a proteger a la víctima, es claro que la situación procesal varió por expresa voluntad del legislador y de conformidad con esa orientación legislativa este Tribunal Nacional ha venido sosteniendo que la víctima tiene derecho a participar en el proceso como interviniente, puesto que varias normas de dicha codificación así lo reconocen de manera expresa.

En tal sentido esta corporación acogió la providencia No. 32-2010 del 20 de abril de 2010, Magistrado ponente doctor Fernando Guzmán Mora en la que sostuvo:

“...***Las facultades procesales del quejoso.***”

En el sistema procesal de la ley 600, el quejoso solo podía interponer el recurso de apelación contra el auto inhibitorio, porque cuando se abría formalmente proceso, el denunciante al no ser sujeto procesal le estaba vedada su participación dentro del proceso y por tanto no podía interponer recursos en el transcurso del mismo.

Hoy la situación es diversa, porque en el sistema procesal acusatorio, Ley 906 de 2004 la víctima tiene derecho de participación en el proceso.

Así se dispone:

ARTÍCULO 11. ***DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS.*** El Estado garantizará el acceso de las víctimas a la administración de justicia, en los términos establecidos en este código.

En desarrollo de lo anterior, las víctimas tendrán derecho:

- a. A recibir, durante todo el procedimiento, un trato humano y digno;
- b. A la protección de su intimidad, a la garantía de su seguridad, y a la de sus familiares y testigos a favor;
- c. A una pronta e integral reparación de los daños sufridos, a cargo del autor o partícipe del injusto o de los terceros llamados a responder en los términos de este código;
- d. **A SER OÍDAS Y A QUE SE LES FACILITE EL APORTE DE PRUEBAS;**
- e. **A RECIBIR DESDE EL PRIMER CONTACTO CON LAS AUTORIDADES Y EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN ESTE CÓDIGO, INFORMACIÓN PERTINENTE PARA LA PROTECCIÓN DE SUS INTERESES Y A CONOCER LA VERDAD DE LOS HECHOS QUE CONFORMAN LAS CIRCUNSTANCIAS DEL INJUSTO DEL CUAL HAN SIDO VÍCTIMAS;**

- 
- f. **A QUE SE CONSIDEREN SUS INTERESES AL ADOPTAR UNA DECISIÓN DISCRECIONAL SOBRE EL EJERCICIO DE LA PERSECUCIÓN DEL INJUSTO;**
- g. **A SER INFORMADAS SOBRE LA DECISIÓN DEFINITIVA RELATIVA A LA PERSECUCIÓN PENAL; A ACUDIR, EN LO PERTINENTE, ANTE EL JUEZ DE CONTROL DE GARANTÍAS, Y A INTERPONER LOS RECURSOS ANTE EL JUEZ DE CONOCIMIENTO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR;**
- h. <Aparte tachado INEXEQUIBLE> A ser asistidas durante el juicio y el incidente de reparación integral, si el interés de la justicia lo exigiere, por un abogado que podrá ser designado de oficio;
- i. A recibir asistencia integral para su recuperación en los términos que señale la ley;
- j. A ser asistidas gratuitamente por un traductor o intérprete en el evento de no conocer el idioma oficial, o de no poder percibir el lenguaje por los órganos de los sentidos. ( Lo destacado no lo es en el texto ).

En las circunstancias precedentes, habría de concluirse el derecho de las víctimas de interponer recursos y entre ellos, por ejemplo, el de apelar el auto de preclusión en el momento de la calificación del mérito de la investigación....”

Bastan las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional, 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 del Valle del Cauca mediante el cual se abstuvo de abrir investigación disciplinaria contra el Dr. H.U.D. por presuntas violaciones a la ética médica en la atención del menor J. S. B. O. y dispuso precluir tal investigación. **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 y MARTHA LUCIA BOTERO  
CASTRO, Secretaria.

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

**SALA PLENA SESION No. 1157 DEL VEINTISIETE (27)  
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DOCE (2012)**

REF: Proceso No. 1546 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia

Contra: Doctores S.P.V.A. y J.C.G.M.

Denunciante: Sr. J.J.S.M.

Asunto: Recurso de Apelación contra providencia inhibitoria y archivo del proceso

Magistrado ponente: Doctor Fernando Guzmán Mora

Providencia No. 95-2012

**VISTOS:**

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia en providencia de 9 de mayo de 2012, decidió decretar el archivo de la queja presentada por el señor J.J.S.M., en contra de los doctores S.P.V.A. y J.C.G.M.

Dentro de términos, el quejoso interpuso recursos de reposición y apelación. El primero fue resuelto negativamente por el Tribunal Seccional en providencia de 6 de junio de 2012 y de manera subsidiaria concedió el recurso de apelación por ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Los cuadernos que contienen el proceso fueron enviados a esta superioridad el 29 de octubre de 2012. Puesto para reparto correspondió por sorteo al Magistrado FERNANDO GUZMÁN MORA, quien procede a resolver el recurso con base en los siguientes:

### **HECHOS:**

El día 15 de febrero de 2008 el paciente J.F.S.M., de tres meses de edad, por su madre S.M.M.A. al Hospital San Rafael de Santo Domingo. Fue evaluado por la doctora S.P.V.A., quien diagnosticó amigdalitis, ordenándole la medicación que consideró más adecuada.

Tres días mas tarde la criatura presento agravamiento de los signos de dificultad respiratoria, por lo cual fue llevado al Hospital de Copacabana, en donde fue atendido por el doctor J.C.G.M., quien lo hospitalizó de urgencias. A los cuatro días fue dado de alta con signos de mejoría clínica. El 25 de febrero, es decir, a los cuatro días de la salida del menor, presento nuevos signos de dificultad respiratoria. El padre J.J.S.M. llamo al hospital San Rafael de Santo Domingo, solicitando una ambulancia, la cual llego y traslado al lactante al Hospital, donde llego en paro cardiorrespiratorio, el cual no respondió a maniobras de reanimación.

El quejoso acusa a los médicos de negligencia por no haber remitido al niño a Medellín, a pesar de lo grave que lo notaba el padre.

### **DECISIÓN DEL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA.**

El tribunal seccional decidió no dar valor probatorio a las afirmaciones del padre del niño fallecido, en el sentido de informar que el niño fue dado de alta a pesar de encontrarse grave, pues el hecho de haber mejorado a los dos días de tratamiento intrahospitalario y haber sido dado de alta en buenas condiciones, desvirtúa esta acusación.

Tampoco consideró digna de credibilidad la aseveración del quejoso de no haber ordenado y efectuado exámenes de laboratorio y radiología, pues la historia clínica demuestra lo contrario.

Y mucho menos a la acusación de jugar con la vida de los niños, pues los médicos que atendieron a su hijo lo hicieron de manera rápida, eficaz y profesional.



Además concluyó que el paciente había sido diligentemente atendido y formulado con la medicación y las medidas necesarias a su problema respiratorio y que se siguió la Lex Artis consagrada para tales efectos.

## **LA APELACION**

El quejoso funda su inconformidad en los siguientes puntos

- El niño fue dado de alta encontrándose aun enfermo
- La ambulancia se demoró y además el equipo de oxígeno no servía
- No se ordenaron exámenes paraclínicos
- No fue remitido a Medellín a pesar de haberse demostrado que los pulmones estaban afectados
- Se quedó en la impunidad la negligencia médica en la atención de su hijo

## **CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

### **1. EL NIÑO NO FUE DADO DE ALTA EN CONDICIONES GRAVES.**

Si nos atenemos a las notas de historia clínica elaboradas por médicos y enfermeras de los hospitales involucrados en la atención de la criatura fallecida, observamos que existían signos objetivos evidentes de mejoría en la humanidad del pequeño paciente. Que recibió atención efectiva, profesional y adecuada y que los médicos jamás violaron la Lex Artis ad Hoc en su atención.

### **2. LA DEMORA EN LA AMBULANCIA NO ES UN PROBLEMA ÉTICO MÉDICO**

Evidentemente, se trata de un problema administrativo en el cual se ven afectados todos los pacientes del país. El estado de postración económica de los hospitales públicos es evidente y es consecuencia del pésimo diseño del sistema de salud planteado por la reforma encarnada en la Ley 100 de 1993.

Además, si a esto le sumamos la flagrante corrupción que inunda todas nuestras instituciones, tendremos el ingrediente perfecto para el desastre que todos los colombianos estamos viviendo

Pese a lo anterior, achacar el mal funcionamiento del transporte hospitalario -y de las ambulancias en concreto- a los médicos, es un despropósito

### 3. EXAMENES PARACLINICOS SI FUERON ORDENADOS

Esta afirmación es falsa y se contradice con los documentos que reposan en la historia clínica, que demuestran que los exámenes si fueron ordenados e interpretados por los médicos tratantes.

### 4. NO FUE REMITIDO A MEDELLÍN PORQUE NO LO AMERITABA

Los médicos tratantes no consideraron la remisión a institución de mayor complejidad con base en criterios científicos que demostraban la mejoría en el estado clínico del pequeño paciente.

### 5. NO EXISTE IMPUNIDAD EN ESTE CASO

Es notoria la ausencia de negligencia médica en el presente caso. Por el contrario, con los recursos disponibles, los médicos que atendieron al paciente lo hicieron de manera eficiente, dentro de las limitaciones que puede tener un médico en las mismas condiciones de trabajo que poseían los dos acusados.

### 6. TAMPOCO EXISTE NEGLIGENCIA MÉDICA

Siempre ha existido la tendencia de culpar al médico de cualquier complicación grave o del fatal desenlace de una enfermedad. Esto es injusto cuando no existen reales evidencias de una practica médica defectuosa. En este caso no se encuentra ningún asomo de negligencia profesional.

Para ilustrar al quejoso, consideramos conveniente explicar algunos aspectos de la culpa médica.

## 7. LA CULPA EN MEDICINA

La base de la responsabilidad en medicina es la culpa, la cual se define desde un punto de vista general como el resultado de una conducta no acorde con la norma jurídica y que por lo tanto es susceptible de reproche por parte de la sociedad.

Como resultado del incumplimiento del contrato de servicios médicos, puede presentarse responsabilidad en la orbita civil, penal y administrativa. La responsabilidad civil se predica únicamente si ha existido culpa en el médico, pues es principio del Derecho que no hay responsabilidad sin culpa.

La culpa en el ámbito civil se define como un error de conducta, a causa del cual se produce un daño patrimonial a otra persona. En el caso de la culpa civil médica, el análisis del error se ubica en la actuación del médico en si misma y no en el resultado concreto de la misma. Como se vera, el contrato de servicios médicos compromete una obligación de medios y no de resultados.

En Francia se considero que si se juzgaba el acto médico con los mismos parámetros con que se hacia para otras actividades, se corría el riesgo de coartar el ejercicio de una buena medicina, debido a la posición defensiva de los médicos que, presionados por la parte legal, no tomarían bajo su cuidado pacientes graves o de alto riesgo. Por lo tanto, solo se juzgaban aquellos casos en que se demostraba un error demasiado evidente.

Hoy en día, siendo la medicina una actividad que por lo general produce obligaciones de medio la base de la responsabilidad médica radica en la prueba de tres elementos: El daño, la CULPA y el nexo causal entre ellos.

La prueba de culpa en el profesional es uno de los aspectos mas importantes en la determinación de esta responsabilidad, cuyo concepto general definimos inicialmente.

Para que exista responsabilidad jurídica civil se requiere de tres elementos: Daño, Culpa y Nexo causal entre ellos.

El hecho dañoso consiste en la modificación de una situación previa, con menoscabo de un bien jurídicamente protegido, que produzca una lesión patrimonial, material o moral.

“...el daño es la lesión que se actualiza en el patrimonio o en la persona misma, y el padecimiento que se sufra como consecuencia del daño ocasionado y que traiga consigo merma en cualquiera de tales sentidos...”

Como los contratos celebrados entre médico y paciente son la expresión fiel de la voluntad de las partes, el incumplimiento de lo querido y lo acordado genera responsabilidad contractual, si hay culpa.

Esta responsabilidad por incumplimiento si se contrato un resultado, genera una de dos obligaciones a cargo del médico: La de cumplir lo acordado o la de indemnizar al paciente. Si no se ejecuta el contrato, se indemnizaran los danos y perjuicios causados.

Si no se contrato un resultado, es decir, en los casos en que el contrato genere únicamente obligaciones de medio, su incumplimiento culpable produce en contra del médico responsabilidad que lo condena al pago de los perjuicios.

Las partes contratantes pueden establecer que el médico no responderá por culpa leve. De hecho, la culpa grave no se puede negociar, porque esta se asimila al dolo, a la intención de hacer daño, de manera que ese “negocio” tendría un objeto ilícito, prohibido por la ley (Art 1552. Código Civil).

Respecto del dolo, el artículo 63 del CC lo define como:

“...la intención positiva de inferir injuria a la persona o propiedad de otro...”

En otras palabras, es cualquier pretensión de alcanzar un resultado contrario al derecho, caracterizado por la conciencia de quebrantar una obligación o de vulnerar un interés jurídico ajeno.

De acuerdo a esto, el dolo conlleva una intención maliciosa, en tanto que la culpa se configura sobre bases completamente diferentes (Falta de diligencia, imprevisión, negligencia e imprudencia).

Otra responsabilidad, la extracontractual, que surge ya no del incumplimiento de las obligaciones (de resultado o de medio) voluntariamente contraídas, sino de las que la ley impone al médico (obligación de cuidado), puede generar responsabilidad de indemnizar, si ha habido culpa que ocasione un daño al paciente sin existir contrato que los una, o por fuera del marco del contrato celebrado.

La culpa se puede definir como una infracción u omisión a una obligación adquirida. El nexo causal es la relación directa entre el hecho dañoso y la culpa.

La doctrina jurídica dice: “...Hay culpa cuando el agente no previó los efectos nocivos de su acto habiendo podido preverlos o cuando a pesar de haberlos previsto, confió imprudentemente en poderlos evitar...De lo expuesto se deduce que la capacidad de prever no se relaciona con los conocimientos individuales de cada persona, sino con los conocimientos que son exigidos en el estado actual de la civilización para desempeñar determinados oficios o profesiones...” (Corte Suprema de Justicia, Sentencia de Junio 2 de 1958)

Cuando se obra con falta de cuidado y no se prevé lo que puede suceder, es decir, se actúa con negligencia, imprudencia e impericia. Es toda conducta humana que viola una norma de derecho o un deber jurídico. Según Mazeau la culpa es un error de conducta que produce daño, en el que no hubiera incurrido una persona prudente y diligente.

1. La culpa debe ser probada por parte de la víctima: Se presenta en la responsabilidad por hecho propio.

2. La culpa no requiere ser probada por parte de la víctima pues se presume (presunción de culpa): Se presenta en la responsabilidad por el hecho ajeno (Aquel que debe responder por sus hijos, los tutores por los hechos de los pupilos, los directores de colegio por el hecho de sus alumnos).
3. El hecho por sí mismo consagra la presunción de culpa, admite como prueba en contrario solamente la fuerza mayor, el hecho de un tercero o la culpa de la víctima. Ejemplo: el ejercicio de las actividades peligrosas.

Es necesario mencionar el concepto de error médico. Este 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 (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).

Se habla de negligencia cuando, a pesar del conocimiento de lo que debe hacerse, no se aplica y por lo tanto se produce un daño. Equivale a descuido u omisión. Aquí entran gran número de posibilidades, entre las que se incluyen todos los registros defectuosos en las historias clínicas.

Se parte de la idea de que se comporta con negligencia quien viola un deber de atención. El artículo 2356 del CC señala:

“...por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona, debe ser reparado por esta...”

En el caso de los médicos, la negligencia ha sido el medio para determinar la responsabilidad, generadora frecuente de culpa profesional. La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto:

“...el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con el fin de probar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio en la salud de aquellos incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud...”

(Jurisprudencia y Doctrina. Legis. Tomo XVI. 184. P 322. Abril/87)

La imprudencia consiste en una acción temeraria que se efectúa a pesar de haberse previsto el resultado adverso que ocasiona el daño en el enfermo. Esto equivale a efectuar un acto médico sin las debidas precauciones. Es la conducta opuesta a la que aconsejarían la experiencia y el buen sentido de un especialista en determinado aspecto de la medicina.

De acuerdo con algunos autores jurídicos, la culpa ocupa un lugar intermedio entre el dolo (intención de dañar) y el caso fortuito (inimputabilidad total).

Todos tenemos en la sociedad un deber de cuidado. En el ámbito externo el derecho se encarga de señalar las pautas dentro de las que los asociados pueden moverse libremente, señalando como límite el derecho del otro. Esa conducta externa debe ser observada racionalmente y así el derecho castiga el error que produce daño. La ignorancia, en cambio, cuando no ha podido ser vencida por el sujeto que causa la agresión, es excusada.

En la orbita interna, sometida al fuero de la moral, la religión impone sus parámetros y así se dice que:

“...Esta ignorancia puede con frecuencia ser imputada a responsabilidad personal...En estos casos, la persona es culpable del mal que comete...”

Como se ve, hay dos conceptos implícitos en la culpa: imputabilidad y responsabilidad.

El médico no se compromete a curar, sino a proceder de acuerdo con las reglas propias de su ciencia. Este tema lo ha examinado la Corte así:

“...el médico debe actuar con prudencia, teniendo en cuenta los riesgos. Si ha procedido con la corrección que el caso requiere, el fracaso involuntario no se le puede imputar. Su obligación es disponer de los medios adecuados para la consecución del fin. Cuando no llega el resultado apetecido, no obstante el esfuerzo, la diligencia, el cuidado y la prudencia prestada, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele. La jurisprudencia colombiana se ha manifestado en contra del médico cuando este actúa con ligereza e ignorancia de las cosas que debe conocer...”

(Corte Suprema de Justicia. Sala de Negocios Generales. Sentencia 14-03-42)

## **LA PRUEBA DE LA CULPA**

La culpa, probada o presunta, es elemento indispensable para que pueda reclamarse responsabilidad civil.

Pero, según el caso, la carga de la prueba (onus probandi) será distinta: En un contrato que contenga obligaciones de resultado, el incumplimiento genera “responsabilidad objetiva”. Así, si el médico no obtiene el resultado prometido, deberá indemnizar. El paciente que demande, debe probar el perjuicio. La culpa del profesional de la medicina y la relación causal se dan por existentes.

En cambio, en las obligaciones contratadas como “de medio”, el médico adquiere una “responsabilidad subjetiva” y responderá por los da-



nos y perjuicios si el paciente le prueba, además de la culpa, el hecho dañoso y la relación causal. Es decir, la prueba de la falta de cuidado, diligencia o previsión esta a cargo del paciente. El médico se liberara a su vez, si en el proceso demuestra que actuó con la diligencia y cuidado debidos para el caso (*Lex Artis ad-hoc*).

En las obligaciones surgidas por fuera de los límites de un contrato de prestación de servicios médicos (responsabilidad extracontractual), el médico deberá indemnizar si el demandante prueba que ha incurrido en culpa, de cualquier entidad que esta sea (grave, leve o levísima).

En cualquiera de los tres eventos, el médico no será civilmente responsable si demuestra que el daño se ha presentado por una de estas tres causales de exculpación: fuerza mayor, hecho de un tercero o culpa exclusiva del paciente. Lo anterior, siempre y cuando pruebe que empleo la diligencia o cuidado para hacer posible la ejecución de su obligación.

Fuerza mayor, entendida como un hecho sobreviviente que no había podido calcularse y que resulta imposible de evitar; hecho de un a tercera persona que no se encuentra bajo la subordinación del médico y que produce el daño; culpa del paciente, con la condición de que el comportamiento del médico haya sido impecable (*Lex Artis*).

En general corresponde al acusador probar que el profesional actuó en forma errónea e incurrió en alguna de las causales de culpa. Si se parte de esta base, el médico es inocente mientras no se demuestre lo contrario.

Las disposiciones especiales de las leyes son, tratándose de responsabilidad civil, las que contienen el mismo Código Civil y el Código de Procedimiento Civil que, al desarrollar el principio de “onus probandi incumbit actori”, disponen:

“Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquellas o esta” (C Civil Art. 1757)

“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen” (Código de Procedimiento Civil, art 177).

Lo anterior quiere decir que, tratándose de un contrato del que han nacido obligaciones para las partes, la responsabilidad del médico por su inejecución defectuosa se genera si el paciente demandante prueba los tres elementos (Daño, culpa y relación de causalidad entre uno y otra).

Ante una demanda , es natural que el médico se oponga a las pretensiones de su paciente y quiera exonerarse; puede hacerlo mediante la prueba de la diligencia y cuidado o del caso fortuito (si esto es lo que alega). De todas formas, si el paciente no prueba la responsabilidad que endilga al demandado, este será absuelto, porque otro principio del derecho probatorio reza desde antiguo: “Actore non probante, reus absolvitur”

Si se trata de un daño causado sin que haya mediado el contrato, se dará responsabilidad extracontractual por el hecho jurídico que lo provoco. (Ejemplos: En el curso de una cirugía se produce lesión a un órgano que no debía tocarse. O cuando al explorar el abdomen se encuentra una anomalía diferente a la que causa los síntomas, la cual es intervenida por cuenta y riesgo del médico (Obviamente sin haber tomado el consentimiento del paciente, pues tal anomalía no era conocida) y a consecuencia de ello se genera un daño en el enfermo.

Todo lo anterior se basa en el mismo Código Civil:

“El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización” (Art 2341 CC).

También aquí es el paciente el que debe demostrar que el daño si fue causado, que la culpa es del médico y que existe el mencionado nexo de causalidad.

La excepción a la regla la constituye la prueba en las llamadas “actividades peligrosas”, pues en ellas el agente debe exonerarse de la presunción de culpa que milita en su contra: quien esgrime un arma

blanca realiza una actividad que entraña peligro, en la misma forma en que lo hace quien conduce un vehículo. Por lo tanto se presume que tuvo la culpa del resultado producido y le corresponde desvirtuar esa culpa presunta, demostrando que el hecho dañoso ocurrió por culpa exclusiva de la víctima, por fuerza mayor o por error de un tercero.

El ejercicio de la medicina no constituye una “actividad peligrosa”. Si se parte de la base que la medicina es esencialmente una vocación y una profesión de servicio, el daño que se puede producir en el organismo del enfermo es consecuencia del objetivo mismo del acto médico: restablecer la salud del paciente, aliviar los efectos de la enfermedad, prevenir complicaciones de la misma, luchar contra la muerte o rehabilitar los efectos de las lesiones de cualquier tipo.

El Consejo de Estado ha negado que el ejercicio de la actividad médica constituya una actividad peligrosa (Sala Contencioso Administrativa. Sección III. Agosto 24/92. Magistrado Dr. Carlos Betancurt).

No hay obligación sin causa. Nadie está “ligado” civilmente a otra persona sino por una razón determinada (razones que en nuestro sistema jurídico se enumeran como: contrato, cuasicontrato, delito, cuasidelito y ley). Las personas que vivimos en esta sociedad somos libres y no tenemos más obligaciones que las nacidas de esas fuentes.

La mayoría de las legislaciones admiten que la culpa no se presume. Nuestra ley es congruente en el sentido de obligar a responder solamente a quien haya causado daño y con la condición de que, quien demanda, pruebe la responsabilidad del demandado. Como única excepción a esta regla, como se ha mencionado, se consagra la presunción de culpa en contra de quien ejecuta una “actividad peligrosa”.

Los fallos del Consejo de Estado de Julio 30 y Agosto 24 de 1992 trasladan la carga de la prueba al médico con el objeto de acreditar su desempeño profesional y por consiguiente la ausencia de culpa en su ejercicio técnico científico.

El Consejo de Estado, después de recordar que “Por norma general le corresponde al actor la demostración de los hechos y cargos relacionados en la demanda”, gira en una forma intempestiva al afirmar:

“...con mucha frecuencia se presentan situaciones que le hacen excesivamente difícil, cuando no imposible las comprobaciones respectivas. Tal es el caso de las intervenciones médicas, especialmente quirúrgicas, que por su propia naturaleza, por su exclusividad, por la privacidad de las mismas, por encontrarse en juego intereses personales o institucionales, etc., en un momento dado se constituyen en barreras infranqueables para el paciente, para el ciudadano común obligado procesalmente a probar aspectos científicos o técnicas profesionales sobre los cuales se edifican los cargos que por imprudencia, negligencia o impericia formula en el ejercicio de una determinada acción judicial, contra una institución encargada de brindar servicios médicos u hospitalarios. Sin duda, resultaría mas beneficioso para la Administración de Justicia en general, resolver esta clase de conflictos, si en lugar de someter al actor, normalmente el paciente o sus familiares, a la demostración en las fallas en los servicios y técnicas científicas prestadas por especialistas, fueran estos los que por encontrarse en las mejores condiciones de conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta profesional, quienes satisficieran directamente las inquietudes y cuestionamientos que contra sus procedimientos se formularan...

Esta, por lo demás, es la orientación moderna de algunas legislaciones, que pretenden en los casos de los profesionales liberales atribuir a estos la carga de la prueba de haber cumplido una conducta carente de culpa” (Sentencia del 30.07.92. Consejero ponente: Dr Daniel Suárez Hernández).

En igual sentido, otra providencia con ponencia del magistrado Carlos Betancurt Jaramillo, de la que se extracta el siguiente párrafo:

“...Cuando se habla de falla presunta, se entiende que la responsabilidad sigue organizada sobre la noción de falla o falta en el servicio

como en el evento de la falta en el servicio ordinaria, con la única diferencia de que el actor no tendrá que demostrar la conducta omisiva o irregular de la administración, porque esta se presume. En cambio cuando se habla de la responsabilidad por los danos producidos por las cosas o actividades peligrosas, en las que no juega ya la noción de falla ni la probada ni la presunta, le incumbe a la demandada demostrar, para exculparse, la fuerza mayor, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero también exclusivo y determinante y por eso mismo se entiende que en estos casos no se puede exonerar a la administración demostrando la diligencia y cuidado...”

La carga de la prueba es diferente según el tipo de obligación que se haya adquirido.

“...En las obligaciones determinadas el exclusivo hecho de que no se haya logrado el resultado por las partes...permite presumir la culpa del deudor; corresponde a este, para liberarse, demostrar que un caso de fuerza mayor le ha impedido, aunque haya puesto por su parte la diligencia que debía, obtener el resultado querido. En las obligaciones generales de prudencia y diligencia, por el contrario, es sabido que el resultado anhelado por las partes permanece exterior a la obligación; el hecho de que no se haya obtenido no puede justificar, pues, una presunción de responsabilidad, y pertenece al acreedor demostrar que el deudor ha faltado a su obligación...”

A esta teoría se opone Vallejo, quien considera que la carga de la prueba debe ser obligación del médico. Este mismo autor, al preguntarse sobre cual es la prueba del “pago” para un médico expresa:

“...demostrar que ejecuto la prestación a su cargo, esto es la serie de actos (llámeselos “medios”, si se quiere) previstos por la ciencia y el arte médicos para el tratamiento del caso que el paciente le confió; que estudio la historia y particularidades del paciente; que en presencia de los síntomas consultados y percibidos y hecha la evaluación de su estado de salud, ordeno los exámenes previos a su intervención para precisar el diagnostico, si no acertado por lo menos consecuente en

esas circunstancias, y determino la terapéutica correspondiente; que preparo al paciente con las drogas e indicaciones para la intervención quirúrgica; que se rodeo del personal auxiliar especializado y experimentado; que recluyo al enfermo oportunamente en un hospital; que disponía y utilizo los equipos adecuados; que practico las incisiones e hizo las operaciones requeridas y en la forma prevista por su técnica; que controlo los síntomas vitales del operado; que intervino al paciente en condiciones de asepsia; que dio las ordenes y las instrucciones apropiadas para el control post-operatorio; que explico al paciente o a su familia los efectos y las precauciones a ser tomadas durante este periodo; que mantuvo un control y vigilancia sobre el enfermo, su progreso, etc...”

El “invertir” la carga de la prueba y presumir la culpa del médico o de la institución asistencial, con el argumento de que al particular le resulta difícil probar la impericia, negligencia o imprudencia del facultativo, es asimilar la responsabilidad médica a la objetiva y dejar a los profesionales de la medicina en condiciones desventajas

Alguna jurisprudencia argentina, por ejemplo, es opuesta a semejante posición de la legislación colombiana. En una sentencia de 1976, uno de los magistrados australes expresa:

“...la tesis contraria podría estimular en demasía las demandas malévolas o extorsivas y poner en constante jaque a los facultativos, obligándolos a probar cada momento su diligencia, lo que no es recomendable...”

Autores italianos como Pistolese, también se oponen a dicha posición:

“...Por mucho que valga un médico, no puede trabajar con la seguridad de una maquina y muchas veces aun estando seguro de haber actuado según los dictados de la ciencia, la naturaleza puede traicionar su esperanza sin su culpa...”

Desafortunadamente, no existe una posición unánime y el desacuerdo existente entre jueces, incluso de la misma escuela, es notorio. Sin em-

bargo, existe una fuerte tendencia a invertir la carga de la prueba, en la misma forma en que esta ocurriendo en nuestra jurisprudencia, con todos los inconvenientes que ya hemos mencionado.

La posición actual del Consejo de Estado (Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 18 de Abril de 1994, expediente 7973, Magistrado ponente Dr. Julio Cesar Uribe Acosta) es la siguiente:

“...el ad quem desea dejar en claro que la responsabilidad médica sigue siendo tratada en la Jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS, o sea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención, a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos, y a la practica del arte de curar, son conducentes para tratar de lograr el FIN deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo. Esta verdad jurídica impone que, de acuerdo con los principios generales que rigen la carga de la prueba, le incumbe al actor la demostración de los hechos en que funda su pretensión, y al demandado la prueba de los hechos que excusan su conducta. En esta materia la Sala solo reivindica la precisión jurisprudencial que hizo la sentencia del 30 de Junio de 1992, con ponencia del Dr. Daniel Suárez Hernández, cuyo universo conceptual no compromete, en el caso en comento, el centro de imputación jurídica demandado, que como en antes se dijo, atendió a la paciente en forma razonable.

El sentenciador no avala la tesis de quienes predicán que la prestación del servicio médico es una ACTIVIDAD RIESGOSA y que, por lo mismo, su sola ejecución defectuosa comporta una suerte de responsabilidad objetiva, extraña a la idea de CULPA. Por ello no se comparte el criterio de quienes en la doctrina expresan su adhesión a soluciones de lege ferenda y proponen que la sola presencia de la infracción dañosa genera presunción de culpa en contra del médico o del centro hospitalario en que se atendió el enfermo...Es por eso que el profesor Jorge Bustamante Alsina, al ocuparse del estudio de la materia, enseña:

Este amplio criterio de razonabilidad de que dispone el juez en orden al deber de buena fe con el que deben actuar las partes en el proceso y en relación al merito probatorio de los elementos arrimados al juicio, permitirán a aquel en el momento de dictar el fallo, determinar presunciones “homini” de culpa contra la parte que observe una conducta pasiva para demostrar su no culpa, cuando se hallaba en condiciones mas favorables de hacerlo (favor probationes) que el accionante, a su vez, para probar la culpa del demandado. Esta aplicación del concepto de carga probatoria dinámica es de excepción, pero sin duda se compadece con el criterio de equidad en la relación procesal entre las partes (Teoría General de la Responsabilidad Civil. 8 Ed, Abelardo Perrot, pag 497).

## **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

La primera posibilidad de eximir al profesional de responsabilidad se tiene con la prueba de un error excusable, es decir, la existencia de una razón lógica y admisible para incurrir en el error o en el resultado no deseado. Nuestra legislación establece que el deudor no es responsable del caso fortuito a menos que se haya constituido en mora o que este haya sobrevenido por su culpa. Respecto a la prueba aduce la disposición que la que atañe a la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo y la del caso fortuito al que lo alega.

La segunda es la que denomina caso fortuito, es decir aquella circunstancia que no es posible prever o que, de haber sido prevista, no es posible evitar. El deudor (médico) no es responsable del caso fortuito (La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito, al que lo alega).

La tercera es la conducta del paciente que no sigue las instrucciones del médico o que abandona por completo el tratamiento. Aquí se incluye el enfermo que acude a los servicios de otro médico, combinando tratamientos de acuerdo a su propio criterio.

La cuarta es el fracaso del tratamiento por circunstancias idiosincráticas del mismo enfermo, a pesar del cuidado, la experiencia, la medida y la buena voluntad del médico.



Respecto a este último punto es necesario recordar que, tratándose (en la mayoría de los casos), de una obligación “de medio” y no “de resultado”, el acto jurídico se cumple a cabalidad siempre que el médico haga lo correcto (sin importar si alcanza el resultado querido), o lo incumple si no actúa con la propiedad que la ciencia exige.

Esto es conocido desde hace muchos años por la jurisprudencia colombiana:

Sentencia del 5 de Marzo de 1940

“...La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de este...”

Una sentencia previa de la Corte Suprema de Justicia (Sala de Casación Civil, Mayo 31 de 1938, GJ T XLVI, p 571-572) dice a la letra:

“...En las obligaciones de medio, el trabajo de apreciación por parte del juzgador, es a menudo delicado, porque aquí no hay lugar a confundir el incumplimiento con la culpa. No basta para deducir la responsabilidad del deudor, comprobar la existencia de una inejecución sino que se hace indispensable estimar si ella es culposa...”

E incluso una más reciente (Noviembre 26 de 1986. Magistrado ponente: Dr. Héctor Gómez U).

“...la jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar de que sabía que era el indicado...”

Cuando ni el legislador ni las partes han determinado si la obligación es de medio o de resultado, se debe tener en cuenta el número de probabilidades de alcanzar el objetivo pactado entre las partes. En el caso de la medicina, debido al gran número de circunstancias y variables no controlables (Anatomía humana, reacciones fisiológicas, enfermedades y lesiones no detectadas a pesar de un buen estudio previo) y de una serie de innumerables sucesos impredecibles, todo acto médico debería considerarse como una obligación de medio y no de resultado.

Por lo anterior, la culpa contractual no es simplemente la inejecución de una obligación, excepto que se pruebe en forma absoluta la presencia de negligencia, imprudencia, impericia, ignorancia o dolo al ejecutar el acto médico.

En cuanto a la duda sobre la idoneidad de un tratamiento médico, es pertinente citar la recomendación N 11 del II Congreso Internacional de Derecho de Danos en 1991, realizado en la Argentina, el cual dice a la letra:

“...Cuando se cuestione en un caso concreto la idoneidad de un tratamiento médico, y no exista un criterio uniforme, bastara con que una respetable minoría comparta tal criterio, a efectos de que el fracaso del tratamiento (per se) no genere responsabilidad profesional...”

Son suficientes las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de las facultades que le confiere la Ley

### RESUELVA

**ARTICULO PRIMERO.** Confirmar como en efecto confirma la resolución de archivo de la investigación en contra de los doctores S.P.V.A. y J.C.G.M., de condiciones personales y profesionales conocidas.

**ARTICULO SEGUNDO.** Enviar el proceso al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTICULO TERCERO.** Contra la presente resolución no caben recursos. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

---

FDO. FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado-Presidente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado Ponente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado; LILIAN TORREGROSA ALMONACID, Magistrada; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, febrero trece (13) del año dos mil siete (2007).

**SALA PLENA SESIÓN No. 903 DEL TRECE (13) DE  
FEBRERO DEL AÑO DOS MIL SIETE (2007).**

Ref: Proceso No. 409 del Tribunal de Etica Médica del Meta.

Contra la doctora D. DEL C. G.N. .

Denunciante: Sr. B.B.G.

Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora

Providencia No.04-2007

**VISTOS:**

Agotado el procedimiento dispuesto por la ley 23 de 1981 para la instrucción de los procesos ético disciplinarios, practicadas las pruebas necesarias, escuchado el médico inculcado en diligencia de descargos y no observándose irregularidad alguna que invalide lo actuado ni pedimento por resolver, en cumplimiento del artículo 81 del mismo ordenamiento, procede la sala plena del Tribunal de Ética Médica del Meta a tomar la correspondiente decisión de fondo dentro del proceso ético disciplinario número 409, seguido contra de la doctora D. Del. C.G.N., queja promovida por el señor B.B.G.

**HECHOS:**

Dió origen a la presente investigación la queja presentada ante este Tribunal por el señor B.B.G., contra los pediatras doctora D.G. y N.M y demás personal médico y de enfermería que tuvieron responsabili-

dad en la muerte de la paciente menor P.A.S., quien ingresó a la clínica CENTAUROS de SERVIMÉDICOS por el servicio de urgencias, el día 20 de Julio de 2005 a las 2:45 p.m., por convulsión tónico - clónica generalizada asociada a fiebre, junto con deposiciones diarreicas de tres días en número de 7 al día y vómito, falleciendo el día 24 de Julio de 2005.

En la presente investigación se identificó a la doctora D. DEL C. G.N. , portadora de la cédula de ciudadanía número ..... expedida en .... (...), Registro Médico número ..... MINSALUD, Médico General egresada de la Universidad Libre de Barranquilla en el año 1999, especializada en Pediatría en la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud en Bogotá en el año 2004, como presunta responsable de los hechos materia de ésta investigación.

Mediante decisión tomada el día once (11) de Mayo del año Dos Mil Seis (2006), en Sesión de Sala Plena 489, esta Corporación encontró méritos suficientes para formular cargos a la doctora D. DEL C. G.N. por cuanto al tener una paciente menor en la unidad de cuidados intensivos sin una vía de acceso venoso central o periférico y sin una vigilancia médica permanente para una paciente tan crítica, omitiendo una parte fundamental del protocolo de tratamiento médico, pudo haber incurrido en la violación de los artículos 10 Y la primera parte del 15 de la Ley 23 de 1981, que a la letra dicen: Artículo 10: “El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente”; Artículo 15: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados ... “

La doctora D. DEL C. G.N. fue escuchada en diligencia de descargos en Sesión de Sala Plena número 493, el día 08 de Junio del año 2006; leyó previamente al interrogatorio de los Honorables Magistrados unos descargos escritos que se incorporan al expediente, en los que manifiesta que no comparte los cargos formulados. Frente al primer cargo manifiesta que remitió a la paciente a la UCI pediátrica con el objeto de monitorizar su tensión arterial porque no se tenía control previo del

mismo, que no era científicamente razonable pensar en Shock en una paciente con hipertensión y no para hacer algo más, ya que no requería ventilación ni inotropía, motivos que son indicativos de ingreso a UCI pediátrica. Dice que SERVIMÉDICOS para la fecha de estos hechos prestaba cuatro servicios pediátricos y que para la fecha de atención de esta paciente la Peditra tenía a su cargo más de veinte pacientes distribuidos en los cuatro servicios, que no se encuentran ubicados cerca. Dice además que le fue imposible estar durante todo el servicio a cargo de la paciente, puesto que en ese turno se presentó otro evento que requería en forma permanente su atención, que se pudieron omitir algunas notas en la historia clínica pero que esto no significa que descuidó a la paciente, lo que se demuestra con las notas de enfermería y las declaraciones del personal que estuvo de turno.

Frente al segundo cargo manifiesta que en la madrugada del día 24 de Julio de 2005 por persistencia en la paciente del estado renal alterado a pesar de las medidas tomadas, decidió solicitar interconsulta por cirugía pediátrica para instalación de catéter venoso central en manos expertas, “ya que no podía ser irresponsable de intentar yo, un acceso venoso en las condiciones de coagulación de la paciente, irresponsabilidad que pudo derivar en un vaciamiento sanguíneo retroperitoneal y causar la muerte a la paciente”, que su actitud prudente pretendía evitar exponer a la paciente a riesgos. Dice que la diligencia y oportunidad de la solicitud de interconsulta no estuvo en manos de la peditra, que ello atiende al esquema institucional determinado por la clínica para la prestación del servicio médico asistencial.

Manifiesta que no considera que el no paso del acceso venoso central hubiera tenido relación directa con la patología de consumo, como quiera que la paciente no estaba sangrando, y que de esta manera y con fundamento en que la paciente no estaba en Shock, considera que no violó los protocolos para su manejo, dice que nunca evidenció presencia de sangrado genital, que quien refirió el sangrado fue la madre y que al momento en que se hizo la entrega del turno al doctor M., la paciente no estaba en un punto de no retorno. Que en cuanto al cues-

tionamiento por parte del Tribunal respecto a la falta de diligencia de su parte para llamar al cirujano pediátrico, solicitó a la Jefe de turno, ya que trabajan en equipo, que se encargara de esta diligencia mientras ella entregaba turno y solicitaba al doctor N.M., que intentara el paso del catéter. En sus descargos verbales fundamenta su defensa bajo los mismos parámetros del escrito presentado.

Después de haber sido escuchada en descargos la doctora D. DEL C. G.N. y haberse allegado y practicado las pruebas por ella solicitadas y las que el Tribunal de oficio a bien tuvo practicar, hacemos las siguientes consideraciones:

Con respecto al primer cargo

Artículo 10: “El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente”.

Aceptamos lo manifestado por la doctora, puesto que se pudo establecer dentro de la presente investigación que la doctora D. sí valoró a la paciente en varias oportunidades durante su turno el día 23 de julio de 2005 a saber:

- Según consta en la historia clínica a las 11:30 a.m. en piso (folios 24 Y 25), que fue cuando encontró la paciente, según su propio diagnóstico, en Sock compensado y ordena su traslado a UCI Pediátrica.
- A las 5:49 p.m. del mismo día en la UCI pediátrica (folio 23).
- Según declaración de la Enfermera Jefe ZULA y BIVIANA MESA BAQUERO (folio 334) y de la Terapista Respiratoria GLORIA LLULLIEDT PEREZ PINEDA (folio 331), a las 11 p.m. del mismo día en la UCI, sin que haya una constancia por escrito en la historia clínica de la paciente.
- El día 24 de julio de 2005 a las 6:45 a.m. (folio 23).

La razón para la no permanencia física en la UCI pediátrica, según se pudo establecer a través de las declaraciones de los Pediatras D. DEL C. G.N. y J.N.M, de la Enfermera Jefe, la Auxiliar y la Terapista Respiratoria, fue que en la Clínica de SERVIMÉDICOS para la fecha de los acontecimientos sólo se quedaba un Pediatra (en fin de semana y durante las noches), que atendía la UCI neonatal la UCI pediátrica, pisos y las valoraciones de urgencias. La pediatra permaneció en la UCI neonatal y se desplazó según los llamados a los diferentes sitios.

Con respecto al segundo cargo

Primera parte del Artículo 15: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados”.

La paciente es encontrada por la doctora D. DEL C. G.N. el día 23 de julio de 2005 a las 11:30 a.m. en malas condiciones, en una fase de shock que consideró compensado y ordenó su traslado a UCI pediátrica. La indicación de UCI, según la doctora D. , fue sólo para monitoreo de tensión arterial I (folio 161), pero la fundamentación de tal remisión se encuentra en que la paciente tenía ya un compromiso multisistémico dado por la alteración hemodinámica, respiratoria, renal y hematológica. La paciente es trasladada a una UCI donde estuvo a cargo de la Enfermera Jefe, encargada también de la UCI de adultos y del personal auxiliar, ya que no existía el recurso de un pediatra de estancia, situación ésta que escapa al análisis de este Tribunal y que será trasladado a los entes de control determinados por la Ley para su estudio.

La doctora D. efectúa una segunda valoración a las 17:49 horas el 23 de julio de 2005, valoración que consta en la historia clínica y en que con las medidas terapéuticas realizadas la paciente se encuentra estable. La doctora es informada a las 21:15 horas por parte de enfermería que se perdió el acceso venoso (las enfermeras de la UCI ya habían intentado por espacio de una hora, por múltiples venopunciones canalizar una vena periférico), la doctora solicita entonces a la Enfermera Jefe de neonatos BIBIANA MESA y a la Auxiliar ASTRID FORERO de UCI neonatal, la canalización de la menor, quienes estuvieron por cerca



de otra hora, en presencia de la madre, haciendo intentos fallidos de canalización, situación que es informada a la doctora D., quien decide dejarla sin vena, administrando líquidos por vía oral. La paciente permanece entonces en UCI sin acceso venoso periférico por más de doce horas.

La indicación en UCI ante la imposibilidad de canalizar una vena periférica era una vía central y tratándose de una paciente menor hacerlo bajo sedación. La Pediatra aduce que no intentó vía central, dado que sería en sus manos “irresponsable de intentar un acceso venoso en las condiciones de coagulación de la paciente, irresponsabilidad que pudo derivar en un vaciamiento sanguíneo retroperitoneal y causar la muerte a la paciente” (folio 166, diligencia de descargos). A este respecto cabe preguntarse ¿por qué si ella no se consideraba con la suficiente experticia, no se apoyó en colegas suyos tales como el Cirujano y/o Anestesiólogo de turno? Además, ¿es que a una paciente crítica no hay que hacerle todos aquellos procedimientos que se consideren invasivos y que estén indicados?

La doctora D. manifiesta que permaneció toda la noche en la UCI neonatal pendiente del hijo de A.G. (HC 1120864333), un recién nacido pretérmino, edad gestacional de 27 semanas, con falla ventilatoria, enfermedad de membrana hialina, sepsis temprana y asfixia perinatal. Cabe preguntarse también ¿por qué no se exploraron otras posibilidades como la remisión de la paciente a otra Institución que contase con UCI Pediátrica o por qué ante la sobrecarga asistencial no llamó a otro Pediatra para solicitar su apoyo?

Es hasta el otro día el 24 de Julio de 2005 cuando a las 6:45 horas establece la necesidad de un catéter central y hace la solicitud de interconsulta por escrito, entregándosela a la Enfermera Jefe. Aquí nuevamente hacen nuevos intentos de venopunción mientras se inician los trámites administrativos de llamado de Cirujano.

El 24 de Julio a las 9:30 a.m., cuando la paciente es valorada por el doctor M., quien por las condiciones de la paciente intenta acceso ve-

noso femoral, el cual es fallido y cuando se intenta acceso yugular externo, la paciente presenta paro, acudiendo en su ayuda el Médico del servicio de urgencias y el Médico Anestesiólogo de turno doctor R.P., quien es finalmente el que logra el acceso venoso. La paciente presenta paro cardiorrespiratorio que no cede a maniobras y fallece.

Acogiendo el análisis que de la historia clínica hace la Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Meta (folio 345) “se trata el caso de una paciente menor de tres años de edad, que ingresa por un cuadro de diarrea de presunto origen vira, quien desarrolló SIRS que desembocó en un síndrome de fuga capilar e insuficiencia renal con oligoanuria e hipertensión arterial, que hizo muy difícil detectar un posible cuadro de hipovolemia y shock asociado. El cuadro anterior se complicó con un trastorno de la coagulación y finalmente hubo un deceso, cuya causa no es posible esclarecer en ausencia de necropsia con la información recolectada”.

Así las cosas, consideramos que sí se expuso a un riesgo injustificado a la paciente menor P.A.S.B., al permanecer en una Unidad de cuidado crítico sin un acceso venoso por más de doce horas, sin haberse agotado por parte de la doctora D. DEL C. G.N. todos los recursos que tenía al alcance de sus manos para lograrlo.

POR LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, EL TRIBUNAL  
SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DEL META, EN USO DE SUS  
ATRIBUCIONES LEGALES,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aceptar los descargos rendidos por la doctora D. DEL C. G.N. , identificada con la cédula de ciudadanía número .... expedida en .... (.....), Registro Médico número ..... MINSALUD, en cuanto a la presunta violación del artículo 10 de la Ley 23 de 1981, por las razones expuestas en la parte motiva de esta

Providencia. **ARTICULO SEGUNDO.** No aceptar los descargos rendidos por la doctora D. DEL C. G.N. , por haber incurrido en la violación de la primera parte del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, que a la letra dice: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados ... “ de acuerdo a los expresado en la parte motiva de esta Providencia. **ARTICULO TERCERO.** En consecuencia imponer a la doctora D. DEL C. G.N. sanción consistente en CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA, conforme al artículo 83, Literal b. numeral 10 de la Ley 23 de 1981, en concordancia con el artículo 50 del Decreto 3380 de 1981. **ARTICULO CUARTO.** Notifíquese esta Providencia en forma personal a la doctora D. DEL C. G.N. **ARTICULO QUINTO.** Contra la presente decisión procede el recurso de Reposición, el cual deberá interponerse dentro de los quince días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la notificación de esta Providencia, como lo prevé el artículo 87 de la Ley 23 de 1981, y el Recurso de Apelación. Hágase entrega de una copia de esta decisión al médico investigado. **ARTICULO SEXTO.** Oficiése a la Superintendencia Nacional de Salud, para que se investigue la acreditación y funcionamiento de la UCI pediátrica y Neonatal de la clínica CENTAUROS DE SERVIMÉDICOS de Villavicencio. **ARTICULO SEPTIMO.** En firme esta Providencia, dése cumplimiento a lo establecido en el artículo 53 del Decreto 3380 de 1981.

## RECURSO DE APELACIÓN

Discrepamos profundamente de la decisión adoptada por el Tribunal, en razón a que la misma es contraria a todos los fundamentos fácticos que se probaron dentro de la investigación.

Afirma el Tribunal “ ... pero la fundamentación de tal remisión se encuentra en que la paciente tenía ya un compromiso multisistémico dado por la alteración hemodinámica, respiratoria, renal y hematológica ... “1

Contrario a lo anterior, se ha sostenido y probado dentro de la investigación, que esta, impresión se hizo hacia las 11:30 horas del día 23 de julio de 2005 donde la decisión no fue solo trasladar a la paciente a UCI Pediátrica para monitoreo continuo, ya que hasta este momento no se había hecho a pesar de que la paciente permaneció por 24 horas previas a la valoración de la Dra. D. G. en anuria y con alto riesgo de shock por dengue (sin un solo registro de tensión arterial), sino que se tomaron otras medidas como administración de líquidos, transfusión de plasma y plaquetas, manejo diurético y solicitud de paraclínicos para apoyo diagnóstico.

Que esta impresión fue fundamentada en hallazgos de perfusión distal, ya que no contaba con registro de signos vitales previos y que si bien ese fue el diagnóstico inicial la evolución y el comportamiento hemodinámico descartó ese diagnóstico ya que de acuerdo a la bibliografía y protocolo de manejo no se puede hablar de síndrome de shock por dengue, pues como ya se explicó, no se tenía ni se tuvo nunca un estrechamiento de la presión de pulso o diferencial de 20mmHg o menos ) o hipotensión para incluirlo dentro de esta clasificación, por lo que no se puede hablar de una verdadera descompensación hemodinámica.

Cuando la paciente fue valorada hacia las 17:49 horas se presentaba en franca mejoría clínica, con buena perfusión distal, temperatura, sin requerimiento inotrópico, sin requerimiento de oxígeno, con disminución de polipnea y con coagulopatía de consumo que fue manejada con transfusión de plasma fresco y asintomático en ausencia de sangrado y se había iniciado manejo antibiótico para cubrir posibilidad de sobre infección.

Cuando la profesional fue informada que se había perdido acceso venoso periférico se intentó a través de personal calificado, incluso con la jefe de la UCIN, recuperar el acceso venoso.

Hacia las 11:30 p.m. del mismo día, cuando valoró nuevamente paciente, como se probó a lo largo de esta investigación, a través de testimonios del personal que estuvo en contacto con la menor ( Enfer-

meras jefes Claudia Patricia Molano, Zulay Biviana Mesa Baquero y terapeuta Gloria Lluliedt Pérez Pineda) la paciente se encontraba con buena perfusión distal, termoregulada, sin requerimiento de oxígeno ni de inotropia, sin alteración del estado de conciencia, tolerando vía oral, con buen gasto urinario. Acudiendo a su razonabilidad científica, su consideración y apoyada por la hoja de signos vitales, y balance hídrico positivo con sobrecarga hídrica, para lo cual ya se había iniciado manejo diurético, y siendo imposible el acceso venoso periférico, y evaluando la franca mejoría de la paciente con relación al momento de su ingreso a UCI, y lo cual no se trató de una apreciación personal, sino en una evaluación hecha dada el comportamiento de la paciente, lo cual fue ratificado por el personal asistencial que declaró en esta investigación.

A partir de ese momento estuvo pendiente de la paciente por vía telefónica, ya que tenía a su cargo un paciente de mayor gravedad y lo que hacía imposible, el acompañamiento y la atención permanente a la menor P.A., como bien lo apreció el Tribunal para aceptar los descargos al primero en cuestión, y cuando fue valorada hacia las 06+45 del 24 de julio de 2005, momento en que pudo valorarla, la niña se encontraba en estabilidad hemodinámica, con mejoría de patrón respiratorio, sin requerimiento de oxígeno, ni inotrópico y lo que preocupaba era la descompensación renal, ya que la paciente a partir de la madrugada había entrado nuevamente en oliguria por lo que se tomaron medidas nuevamente aumentando manejo diurético y se hizo solicitud de catéter venoso central por el servicio de cirugía, valoración que nunca fue realizada.

A la fecha no se ha definido la razón por la cual no se tuvo respuesta por el servicio de cirugía “en forma oportuna.

La paciente fue entregada a las 07+00, como lo refirió el pediatra que recibió y en el transcurso de la mañana se intenta acceso venoso femoral por pediatra Dr. M., y cuando se intenta acceso yugular externo la paciente presenta paro que no cede a maniobras y fallece hacia las 11:45 a.m. del 24 de julio de 2005.

Teniendo en cuenta la evaluación realizada por la Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Meta, como sociedad científica con mayor autoridad en la materia, para esclarecimiento de los hechos, aceptada en forma parcial por el Tribunal, se puede afirmar que el actuar de la profesional referente al caso, los cuales conceptuaron:

“La niña inicia su enfermedad con una diarrea de presunto origen viral, que se complicó con un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, que a su vez desembocó en un síndrome de fuga capilar e insuficiencia renal con oligoanuria e hipertensión arterial, que hizo muy difícil detectar un posible cuadro de hipovolemia y shock asociado. El cuadro anterior se complicó con un trastorno de la coagulación y finalmente hubo un deceso cuya causa no es posible esclarecer, en ausencia de necropsia, con la información recolectada’) (el resaltado es nuestro).

Pero también afirman: “la atención prestada por usted revela adecuado manejo en la oportunidad y de los recursos disponibles durante el turno, dentro de los que se cuenta su insistencia, a través de las actividades del personal de enfermería, para intentar colocar acceso vascular. Si bien lo aconsejable (no indispensable) hubiese sido colocar dicho acceso durante toda su estancia a la UCI pediátrica, la condición clínica en que la paciente queda, al final de su turno, es mejor que la condición en que fue admitida a dicha unidad...” (el resaltado es nuestro así como el paréntesis).

Afirman “adicionalmente, en la hoja de signos vitales de la UCI pediátrica se aprecia que la niña mantuvo signos vitales estables, similares a los de toda la noche, durante al menos tres horas más, por lo cual no podemos concluir que la falta del acceso vascular durante su turno fue el factor determinante en la causa de la muerte de la niña. En todo caso usted solicitó a las 06:45 de la mañana el concurso de un cirujano para colocar un catéter venoso central y no hallamos registros de la atención por parte de este recurso humano en algún momento.

El cuadro clínico de la paciente nos parece muy complejo y en su momento debió suscitar importantes dificultades para su interpretación

y manejo. Dificultad maximizada por el gran volumen de trabajo que usted tuvo durante su turno” 4

Luego entonces si la sociedad de pediatría, conceptúa que la atención prestada por la especialista, teniendo en cuenta las condiciones objetivas de manejo dado al asunto, define como adecuado el manejo en la oportunidad y de los recursos disponible durante el turno y que la condición clínica en que entregó la paciente es mejor que la condición en que fue admitida a dicha unidad y que no se puede concluir que la falta del acceso vascular durante su turno fuese un factor determinante para la muerte de la niña, no se entiende como el Tribunal de Etica Médica, acoge algunos aspectos del medio de prueba, siendo un imperativo constitucional y legal la apreciación integral de la prueba, afirma que se sometió a la paciente a un riesgo innecesario.

Por otra parte, si se hubiera dispuesto del tiempo necesario para la atención continuada del paciente, las decisiones tomadas se hubieran hecho en forma más temprana, pero como ya lo explicó, se probó y fue aceptado por el Tribunal, la profesional no podía estar con la paciente en horas de la madrugada cuando presentó deterioro de la función renal.

Solo se cuestiona el comportamiento de la pediatra pero en modo alguno se ha preguntado la razón por la que el cirujano no llegó a pesar de ser requerido en las horas de la mañana, cuando se hizo necesario tener el acceso venoso, pues allí se encontró la descompensación desde el punto de vista renal.

El Tribunal cuestiona la razón por la cual no se solicitó pediatra de apoyo, la razón es sencilla, la institución no cuenta con pediatra de apoyo, es más no posee otro pediatra de turno, como era su deber, teniendo en cuenta la cantidad de servicios que ofrece, pero ello en modo alguno es imputable al actuar de la profesional.

Con fundamento en las anteriores consideraciones en forma comedida solicitamos REVOCAR el auto mediante el cual se sancionó a la Dra. D. DEL C. G.N. y en su lugar absolverla del cargo endilgado.

## LA RESOLUCION DEL RECURSO POR PARTE DEL TRIBUNAL SECCIONAL

Manifiesta el apoderado de la médico inculpada, que no comparte la decisión del Tribunal por ser contraria a los fundamentos fácticos que se probaron dentro de la investigación.

A la afirmación del Tribunal “..... pero la fundamentación de tal remisión se encuentra en que la paciente tenía ya un compromiso multisistémico dado por la alteración hemodinámica, respiratoria, renal y hematológica ..... “. Manifiesta que esta impresión se hizo hacia las 11:30 horas del día 23 de Julio de 2005 y que fue fundamentada en hallazgos de perfusión distal ya que no contaba con registro de signos vitales previos y, que si bien ese fue el diagnóstico inicial, la evolución y el comportamiento hemodinámico descartó ese diagnóstico, y que cuando la paciente fue valorada hacia las 17:49 horas se presentaba en el estado que describe en su escrito. Que cuando la profesional fue informada que se había perdido acceso venoso periférico, se intentó a través de personal calificado recuperarlo. Dice además que a partir de las 11:30 p.m. del mismo día, cuando valoró nuevamente a la paciente, ésta se encontraba en el estado que describe en su escrito, que a partir de ese momento estuvo pendiente de la paciente por vía telefónica, ya que tenía a su cargo un paciente de mayor gravedad que le hacía imposible el acompañamiento y la atención permanente a la menor P.A., y que cuando fue a valorarla a las 6:45 horas del día 24 de Julio lo que preocupaba era la descompensación renal, porque la paciente a partir de la madrugada había entrado en oliguria, por lo que tomó medidas e hizo solicitud de catéter venoso central por el servicio de cirugía, pero que esta valoración nunca fue realizada. Manifiesta que no se tuvo en cuenta, en su integridad, la evaluación realizada por la Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Meta.

Dentro de la atención realizada a la paciente, de acuerdo a un cuadro clínico complicado, el cual ya ha sido expuesto suficientemente en este proceso y sobre el cual queda claro que a la inculpada en primer término le fueron formulado cargos con base en la violación del Artículo



10 de la Ley 23 de 1981, cargos que fueron desvirtuados y que motivaron la aceptación de sus descargos, no ocurre de igual manera con el segundo cargo formulado, ya que para esta Sala no quedó satisfactoriamente explicado por parte de la profesional, dada la gravedad de la paciente y su traslado a la UCI, los motivos que la llevaron a romper las normas de cuidado y diligencia que los protocolos médicos exigen como condiciones mínimas en el cuidado de los pacientes, es así que para este Tribunal no se entiende el motivo por el cual se tuvo a la paciente sin acceso venoso dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo durante un lapso de más de doce horas bajo la responsabilidad de la profesional, quien al ver que no se podía cumplir con este procedimiento para el cuidado de la salud de su paciente a cargo, por parte del personal de enfermería, no agotó todos los recursos que además tenía a su alcance en procura de solucionar un impasse, que en su momento posiblemente se salía de sus manos, pero con el apoyo de otros especialistas habría solucionado satisfactoriamente y, de no haber sido así, por lo menos habría cumplido con su deber de agotar este medio con las correspondientes anotaciones de rigor y que como se pudo constatar no los utilizó a tiempo, tomando riesgos innecesarios que expusieron a su paciente. Siendo así las cosas, la defensa en su escrito no aporta un argumento suficiente y nuevo que desvirtúe los fundamentos del fallo que permita reconsiderar la decisión tomada, si bien la profesional solicitó apoyo del Cirujano a las 6:45 a.m. del día 24 de julio, el cual no acudió, esto no le permite trasladar su responsabilidad directa sobre la paciente, como ya se expuso, en lo demás sus consideraciones ya han sido discutidas y sopesadas dentro del trámite procesal, motivo por el cual se ha de mantener en firme la decisión

En mérito de lo expuesto el Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta,

## RESUELVE

**ARTÍCULO PRIMERO:** No reponer la Providencia impugnada por la doctora D. DEL C. G.N. . **ARTÍCULO SEGUNDO:** Confirmar en todas sus partes la Providencia de fecha Cinco (05) de Octubre del año dos mil Seis (2006) proferida en este proceso, mediante la cual se declaró responsable a la doctora D. DEL C. G.N., por violación de la primera parte del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, que a la letra dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados ..” imponiéndosele sanción disciplinaria de CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA. **ARTÍCULO TERCERO:** Concédase el recurso subsidiario de Apelación en el efecto suspensivo interpuesto oportunamente por la doctora D. DEL C. G.N., en consecuencia envíese todo el expediente al Honorable Tribunal; Nacional de Ética Médica, para su trámite correspondiente.

## CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

### CULPA MÉDICA

Cuando nos referimos al tema de la responsabilidad, es indispensable hablar de la culpa como uno de los elementos constitutivos de ésta. No debe confundirse la culpabilidad con la culpa. La primera es el género, y, la segunda, la especie. Debido a que el tema correspondiente al presente capítulo no es la culpa, sino la imprudencia, trataremos muy rápidamente los conceptos de culpabilidad y culpa para luego adentrarnos en el elemento imprudencia, que es uno de aquellos que constituyen la culpa.

Como la legislación civil colombiana no define el concepto de culpa, es imperioso remitirnos a la órbita penal en la que no solo se define, sino que se establecen con precisión sus elementos generadores.

Dentro de la estructura del delito se encuentran tres elementos constitutivos de éste, que son: tipicidad, antijuridicidad y culpabilidad. Para que pueda hablarse de delito, es necesario que se encuentren los tres elementos antes indicados. Es decir, que si falta alguno de tales elementos, no existe violación a la ley penal en la acción u omisión que haya realizado la persona a la cual se le imputa una conducta punible.

Dentro del ámbito penal, como ya se anotó, solamente se hablará de delito cuando la conducta desplegada por el actor además de ser típica (que esté descrita en una norma penal) y antijurídica (que esté vulnerando sin justificación jurídica un derecho legalmente protegido), exista una voluntad encaminada a la realización de dicha conducta. Este último aspecto es el conocido con el nombre genérico de “CULPABILIDAD”. Por ser este aspecto de la culpabilidad un fenómeno que se origina en la parte síquica del sujeto que ejecuta la conducta, se hablaba de él como aspecto subjetivo del delito. En la actualidad se dice que no siempre la culpa se deriva de la parte subjetiva del actor y, por ello, se habla de la culpa desde el punto de vista objetivo.

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

El Código Penal refiriéndose al dolo establece en el artículo 36: “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”. (Paréntesis fuera de texto)

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.

De su parte, la preterintención, que es el aspecto intermedio de la culpabilidad, consiste en que el resultado antijurídico obtenido por el agente supera la intención de éste. El ejemplo más claro para ilustrar este concepto, es el de la persona que desea causar lesiones personales

a otro y resulta matándolo. En este caso, el agente (agresor) solo deseaba lesionar a la víctima, pero, “se le fue la mano y lo mató” Es decir, que el agresor sí deseaba un resultado delictivo, pero consiguió uno mayor al deseado.

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 ya 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 y la negligencia.

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.

Hasta aquí tenemos más o menos claro el concepto de culpa dentro del ámbito penal, pero, en el campo civil tal concepto no se encuentra definido, como ya anotamos, pero, aun así, la ley civil sí se refiere a culpa leve, levísima y grave, razón por la cual 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.

El conocimiento de la responsabilidad que tenga que ver con la violación a la ley penal, está en cabeza de los jueces penales, quienes pueden declarar penalmente responsable al médico y adicionalmente cuando se ejercita la acción civil dentro del proceso penal, obligarlo al pago de la indemnización de perjuicios que haya sufrido la víctima con ocasión del delito.

En cuanto a la responsabilidad civil, debe aclararse que ésta puede darse de dos formas: la contractual y la extracontractual. en cuanto a la primera, ésta aparece cuando alguna de las partes incumple las obligaciones derivadas del contrato o las cumple imperfectamente. En cuanto a la segunda, los elementos que la constituyen son: un hecho, la presencia de la culpa, un daño indemnizable y un nexo causal entre el hecho y el daño.

Corresponde a los jueces civiles dirimir los conflictos relacionados con los particulares que reclaman la indemnización de otra persona por el daño que se les ha causado. Tales jueces solamente pueden decidir sobre aspectos meramente patrimoniales.

En cuanto a la responsabilidad ético-disciplinaria, ésta se produce cuando el médico actúa por fuera de los límites establecidos en las

normas que regulan su conducta, que son la Ley 23 de 1.981 y el Decreto Reglamentario 3380 del mismo año.

El órgano encargado de revisar si existió o no una conducta susceptible de sanción ético-disciplinaria, es el Tribunal de Ética Médica, pero, su decisión no implica responsabilidad de tipo civil o penal, solamente disciplinaria.

Vistos en forma superficial los elementos constitutivos de la culpabilidad y habiendo establecido que uno de ellos, la culpa, tiene como generador además de la negligencia y la impericia a la imprudencia, luego de hacer una alusión a la prudencia y ética dentro del campo médico, nos ocuparemos de ésta última que es el tema central de este capítulo.

## IMPRUDENCIA

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la PRUDENCIA así:

“(Del lat. prudentia) f. Rel. Una de las cuatro virtudes cardinales, que consiste en discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello. 2. Templanza, cautela, moderación. 3. Sensatez, buen juicio”.

Como puede observarse, dentro de las tres acepciones de la definición se encierran los principios del cuidado. Por ello, todos los miembros de la sociedad tenemos la obligación de cuidar nuestros actos, con el objeto de evitar daños a los demás, en aras del beneficio común.

Ese deber de cuidado de nuestros actos debe ser tanto interno como externo. El primero, es decir, EL CUIDADO INTERNO, se refiere a la consciencia de las propias limitaciones y capacidades antes de emprender un acto médico. 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. Y, el segundo, verbigracia EL CUIDADO EXTERNO, se refiere a evitar acciones peligrosas dentro

---

de la medicina y a ejercer dentro de los riesgos previstos (artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1.981). Aunque la medicina NO es una actividad peligrosa, algunos de sus procedimientos pueden constituir un peligro tanto para el médico, como para el paciente.

Cuando nos referimos a la prudencia, siempre estamos pensando en la previsión y la prevención, ya que estos dos conceptos son elementos esenciales de cuidado.

Prever es la capacidad de ver con anticipación, de pronosticar un resultado futuro aproximado cuando se ejecuta una acción.

Prevenir consiste en tomar todas las medidas necesarias para que un resultado dañoso no se produzca.

Un ejemplo claro de la prevención es el siguiente:

Se sabe que las ondas electromagnéticas de una Resonancia Magnética Nuclear pueden inhibir el funcionamiento de un marcapasos cardíaco y el radiólogo toma las precauciones necesarias para que esto no ocurra (colocando otro marcapaso temporal, constatando que existe una frecuencia cardíaca espontánea por debajo de la del marcapasos o, simplemente, contraindicando el examen y prescribiendo el cambio por uno más adecuado).

Puede entonces decirse que el médico, utilizando su razón y sus conocimientos científicos, prevé, discierne y previene el advenimiento de una complicación.

Es importante tener en cuenta que cuando se hable de culpa, al mirarse si la persona fue imprudente, inexperta o negligente, deberá compararse su conducta con la de una persona de iguales características y en igualdad de circunstancias. En el caso médico, diríamos que si se investiga a un especialista en cirugía por negligencia, su conducta deberá juzgarse basados en la conducta de otro cirujano de iguales condiciones.

Cuando por consecuencia de un tratamiento se ocasione un daño en la integridad de la persona, la actuación del médico no será culposa si se encontraba dentro del riesgo previsto.

También es de vital importancia tener en cuenta que en Colombia solamente pueden ejercer la medicina los profesionales universitarios graduados en facultades reconocidas por la ley colombiana o aquellos graduados en el extranjero y cuyo título sea revalidado ante las autoridades colombianas.

Si el acto médico puede solamente ser ejercido por el profesional universitario legalmente reconocido, cualquiera que practique actividades de diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación o similares, sin cumplir este requisito, está ejerciendo la medicina en forma ilegal.

A ese respecto, el artículo 12 de la Ley 23 de 1.981 establece: “el médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas”.

El acto médico prudente se basa entonces en el conocimiento profundo de las condiciones del enfermo, en la aceptación de las propias limitaciones, la planeación reflexiva del mejor camino terapéutico a seguir, la previsión de la mayoría de formas de complicación y la permanente vigilancia de resultados adversos y no deseados.

Analicemos el concepto de imprudencia desde el punto vista lingüístico. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua lo define en los siguientes términos:

**IMPRUDENCIA:** (Del lat. *imprudencia*.) f. Falta de prudencia. 2. Acción o dicho imprudente. temeraria. Der. Punible e inexcusable negligencia con olvido de las precauciones que la prudencia vulgar aconseja, la cual conduce a ejecutar hechos que, a mediar malicia en el actor, serían delitos.

La imprudencia consiste entonces en un obrar sin aquel cuidado que según la experiencia corriente debe tenerse en la realización de ciertos actos; es un comportamiento defectuoso resultante de una respuesta al



estímulo que la provoca sin que el sujeto haya realizado la suficiente valoración sobre la oportunidad o inoportunidad, conveniencia o inconveniencia, de la reacción y, desde luego, sin la suficiente graduación de la intensidad de su efecto. Así vemos, que se trata de una falla de la esfera intelectual del sujeto, que lo lleva a desplegar una conducta sin las precauciones debidas en el caso concreto.

Cuando un conductor guía su vehículo a una velocidad excesiva por una calle bastante concurrida, diremos que su obrar es imprudente.

En materia médica, podemos decir que la imprudencia consiste en una acción temeraria que se realiza a pesar de haberse previsto el resultado adverso que ocasiona el daño en el enfermo. Esto equivale a efectuar un acto médico sin las debidas precauciones o a no implementar las medidas que puedan evitar o atenuar un resultado no deseado y nocivo para el paciente. Es la conducta opuesta a la que aconsejarían la experiencia y el buen sentido de un especialista en determinado aspecto de la medicina.

Refiriéndose al tema que tratamos, el Profesor Carlos M. Molina Arrubla expresa:

“... el criterio objetivo que rige la calificación de una conducta como imprudente, viene dado por la siguiente regla: un resultado perjudicial para un paciente, será objetivamente previsible, si lo hubiera sido para cualquier otro médico puesto en la situación del actuante, conociendo los antecedentes del caso, y en el mismo estado técnico-científico de la medicina en general, y de la especialidad en particular...”

Si bien la imprudencia se define como un hecho en el cual no media la intención de dañar, el acto imprudente precede a la calamidad pues se acompaña de falta de previsión o de ausencia de precaución. Cuando el acto es de tipo omisivo, prima la negligencia. Cuando se debe a falta de conocimiento de lo que debería saberse, la hipótesis culposa se basa en la impericia. Sin embargo, puede haber violaciones simultáneas (impericia, negligencia e imprudencia) del deber de cuidado que la sociedad exige a cada uno de sus miembros.

Al respecto, la Honorable Corte Suprema ha dicho:

“el facultativo está obligado a desplegar en pro del cliente, los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de este”.

En igual sentido, expresó:

“En consecuencia el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o intervenga a sus pacientes, con el fin de procurar su curación y su mejoría, así que cuando por su negligencia, descuido u omisión causa perjuicios en la salud de aquéllos, incurre en una conducta ilícita, que será calificada por el juez, según su magnitud, desde la simple culpa hasta la más grave, para así mismo imponer al demandado la respectiva condena a indemnizar a las víctimas del daño causado”.

Así mismo la Corte ha dicho:

“en las obligaciones de medio, el trabajo de apreciación por parte del juzgador, es a menudo delicado, porque aquí no hay lugar a confundir el incumplimiento con la culpa. No basta para deducir la responsabilidad del deudor, comprobar la existencia de una inejecución, sino que se hace indispensable estimar si ella es culposa, para lo cual debe compararse la conducta del deudor, con la que hubiera observado un hombre de prudencia ordinaria, normal y usual, colocado en la misma situación objetiva de aquél. Si el resultado de la comparación es desfavorable al deudor, surge entonces la responsabilidad”.

Como puede verse, es claro que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado y, por ello, como indicamos anteriormente, la valoración de su conducta debe juzgarse teniendo en cuenta lo que otro profesional de la medicina de iguales calidades y en las mismas circunstancias hubiera hecho en forma prudente en un caso similar.

Volviendo al concepto de imprudencia, diremos entonces que, es la falta de previsión de las consecuencias de una acción, o el hecho de

pensar evitarlas a pesar de haberlas previsto. Es, por lo tanto, una forma de conducta ligera o descuidada, de la cual había que abstenerse. Es exceso de acción que coloca al paciente por fuera del riesgo previsto, sea por inobservancia de reglamentos, precipitud, falta de tiempo de dedicación necesaria al paciente, procedimientos temerarios, experimentación ilegal, no aceptación de las limitaciones propias, etc. Es, como algunos lo han denominado, una especie de “culpa consciente”.

Algunos tratadistas afirman que no existe mayor diferencia entre la culpa médica y la culpa común. Aparentemente, la culpa por imprudencia es la menos difícil de evaluar y juzgar, pues en teoría nace de la lógica elemental de los actos humanos.

En efecto, existen actos de imprudencia médica que riñen con la prudencia que observaría cualquier miembro de la sociedad, tales, como presentarse embriagado a intervenir en una sala de cirugía.

Sin embargo, en determinadas circunstancias, el acto de imprudencia es muy difícil de apreciar al tratar de compararlo con la lente de una persona común y corriente. Tal sucede en casos médicos o clínicos, en los que es indispensable tener un mínimo de conocimientos para evaluar la situación, pues no podría un ciudadano común precisar si es prudente o no exponer a radiación a un paciente de tumor abdominal, o, que hacer al evaluar una complicación secundaria a un tratamiento de radioterapia que ocasiona lesión en alguna visera sana, o cómo podría aquél juzgar si un infarto cardíaco posterior a una cirugía de revascularización miocárdica se haya debido a la colocación de uno de los injertos o puentes en una arteria excesivamente pequeña y por tanto, de pésimo pronóstico en cuanto a permeabilidad temprana?

Es en estos eventos en los que, insistimos, el obrar del médico debe evaluarse comparándolo con lo que otro médico de iguales condiciones hubiera hecho dentro de los términos de la prudencia.

Consideramos entonces, que cuando deba tratarse el tema de la culpa médica, la valoración de cualquiera de los elementos constitutivos de ésta (impericia, imprudencia o negligencia), deber ser realizada por

galenos de reconocida probidad, adscritos a facultades de medicina, sociedades o entidades médico-científicas de prestigio, institutos de Medicina Legal y grupos de peritazgo especializado, entre otros.

A este respecto es importante mencionar que, cuando dicho peritazgo se apoya en el concepto de gremio o grupos mencionados, la calidad del mismo es confiable en un alto porcentaje de los casos. En cambio, el sistema de “adscripción” de peritos a los juzgados, ha sido un estruendoso fracaso. Muchas de las personas que generalmente se encuentran en la “lista oficial” y rinde sus opiniones ante los jueces, ni son expertos, ni brindan la suficiente confianza respecto de la delicada misión que les es encomendada. Basta recordar un ejemplo de un peritazgo rendido en un caso de cirugía torácica, en donde las peritos fueron una mediocre médica general y una deficiente especialista en psiquiatría, quienes dieron un concepto de tan flagrante estupidez, que ni siquiera se tuvo en cuenta como pieza procesal.

Este par de “genios”, cuando evaluaron la dificultad en la disección en que se encontraba el cirujano en la resección de una costilla que ocluí a la arteria subclavia a la salida del tórax expresaron: “...No nos parece lógica esa aseveración...porque si a través de una incisión de una cesárea cabe la cabeza de un niño: cómo no se va a poder resecar una costilla por una incisión axilar?...”.

Este tipo de “conceptos” hace que quienes se conocen como “auxiliares de la Justicia” caigan cada vez más en descrédito progresivo.

Son “especialistas en todo”, que en vez de garantía procesal, se convierten en un peligro para la recta administración de justicia. Si no es posible ser especialista y conocer a fondo una sola rama de la medicina, ¿cómo se puede ser perito en asuntos tan intrincados como evaluar la conducta de un médico especialista a quien se juzga, cuando quien lo evalúa no conoce la especialidad de aquél?

Dentro de estos criterios de evaluación de impudencia médica, debemos tener en cuenta el apoyo en la denominada *Lex Artis Ad Hoc* o “Ley del Arte” o regla de la técnica de actuación de la profesión, es

decir, de la evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento.

La Lex Artis se basa en el cúmulo de conocimientos de la profesión en el momento en el cual se juzga o evalúa la acción médica y lo que con ella se obtiene. En resumen, la Lex Artis orienta a través de una serie de normas técnicas y procedimientos que pueden aplicarse en situaciones similares. Debido a la diferencia de criterios entre las personas, se establece por analogía y su evaluación corresponde a quienes conocen la profesión con mayor profundidad.

Desde el punto de vista de procedimientos médicos, cuando un paciente es tratado en un Hospital o Clínica, puede serlo en varias formas, cada una de las cuales origina un tipo especial de responsabilidad, como en los siguientes casos: bajo la dirección del médico que ordena el tratamiento, en cuyo caso los demás participantes son dependientes, como cuando en una cirugía participan el cirujano, el residente y la instrumentadora.

El primero será el director del grupo y los otros sus dependientes. Otro tipo de situación se presenta cuando intervienen simultáneamente diversos miembros con responsabilidades claramente establecidas, como por ejemplo, el cirujano y el anestesiólogo. En cuanto a los actos asociados, pero independientes, el caso podría darse cuando el paciente requiere de varios servicios, como por ejemplo del ginecólogo, del laboratorio y radiología.

Cuando se ocasiona daño debido a una acción imprudente, la responsabilidad puede imputarse a cualquiera de estos niveles. Así, la culpa originada en imprudencia por parte del director del equipo, presume una responsabilidad que recae en el actor principal del daño. Aquella que parte de error no excusable de uno de los integrantes del equipo dependientes de su director, implica responsabilidad para ambos.

Cuando no se puede delimitar la causa exacta del daño originado en acción imprudente de equipo o no se puede atribuir la responsabilidad a un miembro en particular del equipo, la responsabilidad es colectiva.

Se basa en la necesidad de reparar el perjuicio, no obstante la imposibilidad de identificar el causante del daño, por lo complicado del procedimiento; de esta forma, además, la ley previene la posibilidad de un encubrimiento por parte de los demás miembros del equipo.

En el caso de los residentes hospitalarios, las causales de culpa generadora de responsabilidad, inconsciente o negligente, son las mismas que para cualquier otro médico, con el agravante de la que se ha llamado en algunas legislaciones “responsabilidad vicariante” del jefe del equipo y del profesor responsable del estudiante en entrenamiento. Cuando se produce un daño y se demuestra culpa por la aparición de alguno de sus elementos generadores (impericia, negligencia o imprudencia), serán llamados a reparar solidariamente, tanto el responsable oficial del paciente (especialista), como el médico residente, así se encuentre en proceso de adiestramiento.

La excepción la constituye, claro está, la culpa consciente o actuar temerario del residente, quien en este caso será el único responsable, siempre y cuando su tutor no haya podido impedirlo o preverlo a pesar de haber empleado la vigilancia y la autoridad necesarias, lo cual se desprende de la lectura del artículo 2347 del Código Civil, que a la letra dice:

“... cesará la responsabilidad de tales personas, si con la autoridad y el cuidado que su respectiva calidad les confiere y prescribe, no hubieren podido impedir el hecho...”.

Si la imprudencia consiste en una acción temeraria que se efectúa a pesar de haberse previsto el resultado adverso que ocasiona el daño al enfermo, es decir, al efectuar un acto médico sin las debidas precauciones, oponiéndose a lo que aconsejarían la experiencia y el buen sentido de un especialista en determinado aspecto de la medicina, cualquier acción que el médico residente lleve a cabo sin tener en cuenta sus limitaciones, su adiestramiento actual, las reglas de la institución docente, las regulaciones de la universidad que respalda sus estudios y, obviamente, las normas jurídicas elementales y de prudencia de un

médico cuidadoso colocado en las mismas circunstancias, será susceptible de responsabilidad civil.

Caso claro de una situación de responsabilidad, como la antes mencionada, de un residente, sería aquel en el que el estudiante decide por su cuenta y riesgo abordar una cirugía para la que aun no está preparado y, como consecuencia de ello, el paciente resulta lesionado.

Ahora bien, en relación con las otras personas que intervienen en el cuidado del paciente, éstas eventualmente también podrían llegar a responder cuando su actuar hace posible que el paciente sufra un daño. En este grupo se encuentran las enfermeras, quienes además de ser empleadas por la institución hospitalaria y tener labores de tipo administrativo, ejecutan labores de cuidado de los pacientes bajo la dirección del médico tratante y realizan actos de salud a nivel de su competencia.

Existen actos que son patrimonio de la profesión de la enfermería, tales como la administración de los medicamentos ordenados, la toma de algunas mediciones corporales, la vigencia de los signos de los pacientes críticamente enfermos, la observación del estado general de todo paciente a su cargo, etc.

Esta actividad debe ser ejecutada bajo los mismos supuestos de responsabilidad y conocimiento, de manera que la inobservancia por negligencia, impericia o imprudencia puede generar culpa de su parte, cuando era previsible el daño. De acuerdo con lo anterior, cuando la enfermera desatiende las órdenes médicas precisas, resuelve actuar en otro sentido, o cuando sabiendo perfectamente el límite de sus capacidades y conocimientos decide tomar medidas que los sobrepase, estaremos en presencia de un acto culposo.

## NEGLIGENCIA MÉDICA

Como ya hemos visto en otros apartes de este libro, los elementos constitutivos de la culpa son la imprudencia la impericia y la negligencia.

En el presente capítulo nos referiremos a la negligencia como elemento generador de responsabilidad.

Negligencia, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incurria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capacidad intelectual y técnica de preverlo.

Decimos entonces que es negligente la persona que por descuido omite la realización de una conducta a la que estaba jurídicamente obligada o cuando despliega tal conducta pero sin la diligencia necesaria para evitar un resultado dañoso no deseado.

En el caso de los médicos, la negligencia ha sido tal vez el elemento que más ha servido para determinar la responsabilidad profesional.

La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto:

“... el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con el fin de probar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio a la salud de aquellos incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud...”.

Como vemos, se habla de negligencia cuando, a pesar del conocimiento de lo que debe hacerse, se omite la conducta obligada y por lo tanto se produce un daño. Equivale a descuido u omisión. Aquí entran gran número de posibilidades, entre las que se incluyen todos los registros defectuosos en las historias clínicas.

El Código Civil en su artículo 2356 se refiere a la negligencia en los siguientes términos:

“... por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona, debe ser reparado por ésta...”.

Se parte de la idea de que se comporta con negligencia quien viola un deber de atención.



La negligencia puede ser consciente o inconsciente. El primer evento se refiere a aquella situación en la que conociendo la posibilidad de un resultado dañoso, es decir, previendo que ese resultado puede darse, no se toman las precauciones necesarias para evitar su realización. Es inconsciente cuando no se previó el resultado dañoso que a la luz del conocimiento debió haberse previsto y, en consecuencia, no se tomaron las medidas de precaución para evitar su producción.

Un ejemplo claro de la negligencia consciente sería el caso en el que un paciente es programado para una cirugía sobre el páncreas y el médico no se reserva con anticipación la cantidad necesaria de sangre para transfundir en caso de hemorragia, que es muy frecuente en este tipo de intervenciones. En el acto quirúrgico se presenta lesión de uno de los vasos pancreáticos con sangrado abundante que lleva al paciente a estado de choque hipovolémico y, al no disponerse de sangre, el paciente fallece.

En cuanto a la negligencia inconsciente, podría ilustrarse tal situación en el caso en que un especialista decida intervenir quirúrgicamente a un paciente y sabiendo que eventualmente podría requerir el concurso de un especialista de otra rama, omite avisar a éste de tal procedimiento. Al llevar a cabo la intervención quirúrgica, efectivamente se presenta la complicación que se tenía como posible y por ella el paciente muere.

Otro aspecto importante que podría considerarse como conducta negligente lo constituye el hecho de la autorización de equipos defectuosos en las instituciones hospitalarias, la falta de medios para atender complicaciones relacionadas con los procedimientos, la insuficiencia en los servicios de apoyo, la falta de medicaciones necesaria, etc.

Así mismo podemos decir que la falta de consentimiento del paciente para la realización procedimientos electivos, la garantía de resultados en procedimientos médicos o quirúrgicos, el defectuoso examen clínico, la inobservancia de los resultados de laboratorio, entre muchas otras, constituyen fuentes de responsabilidad culposa por negligencia.

Otro caso palpable de negligencia puede verse en el siguiente ejemplo: un paciente se programa, con base en un resultado radiológico, para resección de un tumor cerebral en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo. El neurocirujano teniendo la obligación de revisar dichos resultados no los confirma personalmente y emprende la cirugía sin saber que existe un error de transcripción, cuando lo que en realidad demuestran las radiografías, es la ubicación del tumor en el área parietal.

### Obligaciones del Médico

En términos generales y en opinión de algunos tratadistas, las obligaciones del médico, son las siguientes:

1. Secreto Profesional
2. Información adecuada y consentimiento.
3. Obligación de conocimiento.
4. Obligación de diligencia y técnica
5. Continuidad en el tratamiento
6. Asistencia y consejo
7. Certificación de la enfermedad y el tratamiento efectuado.

El profesional de la salud debe entonces tener una habilidad básica basada en la ciencia de su oficio, una disposición de ánimo y conocimientos claros para poder utilizar el cerebro, las manos y los instrumentos en la forma adecuada, con el objeto de modificar o eliminar la enfermedad o la mal función orgánica del paciente, para prolongar la vida y mejorar su calidad y dignidad.

El médico 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.

Para el ejercicio de cada especialidad el médico debe ser experto en el manejo de las herramientas, equipos y máquinas correspondientes.

Si en un momento dado el “ estado del arte” de un área médica específica incluye el uso de un equipo que se encuentre al alcance del país y del paciente, el médico deberá remitir el enfermo al especialista o institución que, por poseer tal artefacto, le brinden el mejor beneficio.

En toda la historia de la medicina se ha insistido en el deber de precaución que deben los médicos desplegar en bien del enfermo. Hipócrates, en su obra “Aforismos”, lo menciona así:

“...y si hubieren de emplearse, hágase después de meditarlo bien y de tomar las más diligentes precauciones...” (Aforismo 24).

“... En el principio de las enfermedades no te detengas en obrar, si te pareciere que el caso lo pide; pero cuando se hallen en todo su vigor, mejor es estarse quieto...” (Aforismo 29, sección segunda).

Por la especialidad del arte de la medicina, hemos dicho que, cuando se pretenda verificar si el obrar del médico ha sido correcto o no, éste debe juzgarse partiendo del supuesto de lo que haría un profesional igualmente calificado en circunstancias similares, ya que no sería ni prudente ni justo hablar del cuidado de cualquier padre de familia o persona cuidadosa, pues en casos como estos, se impone el tener un conocimiento determinado sobre el tema para poder saber si lo que se hizo fue o no lo correcto.

En resumen, el acto médico negligente es una transgresión a normas comunes de sensatez a diferentes niveles. Es decir, constituye un descuido u omisión tal, que al comparar la conducta de un médico con la de otro que posea un conocimiento similar y el correspondiente sentido común de responsabilidad que les ha conferido la experiencia y el estudio respectivos, y de quienes se esperarían una conducta lógica, mesurada y acorde con el deber de cuidado y la Lex Artis que rigen el acto determinado que se analiza, se concluye que obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado.

En medicina, el deber de cuidado es permanente, y si bien es cierto que los médicos no pueden garantizar el éxito de un tratamiento o inter-

vención, deberán responder por los daños si se prueba la presencia de una cualquiera de las causales de culpa.

En ese sentido, el Honorable Consejo de Estado ha dicho:

“... Es evidente que en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos médicos existe una cierta incertidumbre en cuanto a sus resultados y un riesgo que puede ocasionar un daño que deberá soportar el paciente, pues de ellos no puede hacerse responsable a quienes los realicen o lleven a cabo, puesto que mal podría pensarse que ellos estén garantizando el riesgo o el éxito de la intervención o el tratamiento. Pero lo que sí debe ser cierto y quedar claro es que cuando tales intervenciones o tratamientos no se acomodan a los requisitos de diligencia y cuidado que para el caso y en cada época recomiendan la ciencia de la medicina y el arte de la cirugía, es apenas natural que si el juez se encuentra en las pruebas aportadas que esos requisitos faltaron y se produjo el daño, debe inferirse que tuvo como causa esa falta de acomodamiento...”

Como habíamos dicho previamente, el deber de CUIDADO INTERNO hace referencia a la conciencia de las propias limitaciones y capacidades de un acto médico y, el deber de CUIDADO EXTERNO, hace referencia a los deberes esenciales consistentes en evitar acciones peligrosas y ejercer dentro del riesgo previsto.

Aunque la medicina NO es actividad peligrosa, algunos de sus procedimientos pueden constituir un peligro para médicos y pacientes. Los primeros, por el riesgo de contaminarse con enfermedades de cualquier tipo y los segundos por las lesiones que pueden sufrir en el curso de un tratamiento.

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

La sociedad, que a través de sus autoridades académicas y gubernamentales otorga un título profesional, supone la competencia de quien lo recibe y lo encuadra dentro de un régimen general de responsabilidad, pero siempre teniendo en cuenta las condiciones propias de su profesión u oficio.

La *Lex Artis*, o “Ley del Arte” es la regla de la técnica de actuación de la profesión a través de la cual se juzga si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento. Por lo tanto, se observa el tipo de actuación y el resultado obtenido, teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo profesional según el caso, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada paciente.

La *Lex Artis* orienta a través de una serie de normas técnicas y procedimientos que pueden aplicarse en situaciones similares. Debido a la diferencia de criterios entre las personas, se aplica por analogía. Se basa en normas jurídicas, literatura médica, experiencia decantada de la práctica médica por parte de personal debidamente adiestrado y elementos de juicio tomados de las ciencias y de la lógica en general.

En Colombia, las normas que se encargan de regular el ejercicio de la medicina se encuentran básicamente en la Ley 14 de 1962, la Ley 23 de 1981 y el Decreto de 3380 de 1981. Adicionalmente a las normas establecidas, se encuentra una multitud de sentencias de las máximas autoridades judiciales del país, en las que se ha ido estableciendo el alcance de todas estas normas y de las del ordenamiento jurídico ordinario para establecer la responsabilidad médica en las diversas situaciones que se presentan en el ejercicio de dicha profesión.

La literatura médica representa los informes de la experiencia de centros hospitalarios, instituciones investigativas y grupos de práctica que, utilizando el método científico, reportan informaciones, avances técnicos, conceptos renovados y métodos terapéuticos adecuados para los diferentes tipos de patología que sufrimos los seres humanos.

La experiencia decantada de la vida se basa en la práctica de personas de alto nivel científico, prestancia intelectual, rectitud probada en su ejercicio y resultados demostrables de excelente calidad.

De todo lo anterior podemos concluir entonces que la consideración de un acto negligente se basa en varios aspectos. Uno de ellos es el estándar de tratamiento en el momento en que se juzgue el acto médico (*Lex Artis*), lo cual significa que no es suficiente un acto médico efectuado de buena fe, sino que aquél deber ser ejecutado dentro de los parámetros de la diligencia y cuidado requeridos, tal como lo hubiera hecho un médico razonable en similares circunstancias.

El hecho de que existan otros médicos o grupos de práctica profesional con la misma concurrencia de errores, no puede ser ni excusa ni atenuante de un acto negligente.

### 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.

Ej.: El residente de obstetricia que no tiene la habilidad para practicar un raspado uterino diagnóstico y, sin la supervisión del especialista, perfora el útero ocasionando una peritonitis generalizada y la muerte de la paciente.

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.** Aún 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 y 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

1. **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.
2. **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.
3. **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 reem-



plazar 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.

#### IMPERICIA MÉDICA Y ERROR

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 aplica-

ción 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.

#### EL CONCEPTO DEL CONOCIMIENTO ESPECIALIZADO.

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 en procedimientos invasivos como la cirugía es duro. En el 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 so-

fisticados 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.

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 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

## ALGUNAS CAUSALES DE EXONERACIÓN DE CULPA

Como se ha venido analizando, para que exista responsabilidad jurídica en el ejercicio de la medicina, se requiere de la presencia de unos elementos, los cuales dependen del ámbito jurídico de que se trate. Es así como en materia penal se exige la presencia de la tipicidad, la antijuridicidad y la culpabilidad para que pueda hablarse de delito y consecuentemente de indemnización del daño causado con ocasión de aquél. De su parte, la responsabilidad civil requiere de la existencia de un hecho; que tal hecho sea causado con culpa; un daño y un nexo de causalidad entre el hecho y el daño.

Ordinariamente se hace referencia a la fuerza mayor, caso fortuito, legítima defensa, estado de necesidad, el hecho de un tercero, la culpa o intervención de la víctima en el resultado dañoso, como situaciones especiales en las que la persona demandada en responsabilidad civil o penal se libera de la reparación del daño.

A ese respecto debe precisarse que unas son las causales de exoneración de responsabilidad y otras son las causales de justificación del hecho. Que ambas eviten la responsabilidad del agente, es otra cosa.

Las primeras, es decir, las causales exonerativas, son: el caso fortuito, la fuerza mayor, el hecho de un tercero y la intervención de la víctima. Las segundas, o sea, las causales de justificación del hecho son: el estricto cumplimiento de un deber legal, el cumplimiento de orden legítima de autoridad competente emitida con las formalidades legales, el legítimo ejercicio de un derecho, de una actividad lícita o de un cargo público, la necesidad de defender un derecho propio o ajeno contra injusta agresión actual o inminente, siempre que la defensa sea proporcionada a la agresión (legítima defensa), la necesidad de proteger un derecho propio o ajeno de un peligro actual o inminente, no evitable de otra manera, que el agente no haya causado intencionalmente o por imprudencia y que no tenga el deber jurídico de afrontar (estado de necesidad).

En el presente capítulo nos referiremos concretamente a las causales exonerativas de responsabilidad.

Es frecuente encontrar que los conceptos de fuerza mayor y causa extraña se utilizan como sinónimos, pero, la realidad es que la segunda es el género y la primera una especie de ésta.

La causa extraña está conformada por: el caso fortuito, la fuerza mayor, el hecho de la víctima y el hecho de un tercero. Cualquiera de los anteriores conceptos se encargan de destruir la relación de causalidad entre la conducta del agente y el daño resultante de ésta.

Debe aclararse entonces, que solamente los elementos de la causa extraña adquieren relevancia cuando el demandado realmente ha cometido el daño, es decir, que para que tenga aplicación cualquiera de estos conceptos, es necesario haber establecido que el agente sí ocasionó el daño que se reclama, solo que, se éste se produjo en presencia de uno cualquiera de los elementos exonerativos de responsabilidad.

### CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR

Desde el punto de vista legal, solamente encontramos una definición de caso fortuito en el artículo 34 de la Ley 95 de 1890, el cual expresa:

“Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc”.

Como puede observarse, la cita legal hace referencia a la fuerza mayor y al caso fortuito como conceptos sinónimos.

Caso se define como un suceso o acontecimiento, como un problema que se plantea, o aquella manifestación individual de determinados hechos o situaciones.

Fortuito es un vocablo que designa algo que sucede inopinada y casualmente.

Luego de diversos estudios y análisis de diferentes tratadistas, algunos aceptan que entre el caso fortuito y la fuerza mayor existe una diferencia consistente en que el tema de la fuerza mayor nos ubica en el campo de la irresistibilidad del hecho generador del daño y, cuando de caso fortuito se trata, el asunto mira hacia la imprevisibilidad del mismo. Así pues, hablamos de eventos irresistibles e imprevisibles, siendo cualquiera de estos exonerativo de responsabilidad, salvo en los casos de responsabilidad derivada del ejercicio de una actividad peligrosa, pues en estos, el caso fortuito no exonera, según ha dicho la Corte. Veamos:

“...La fuerza mayor exonera siempre de responsabilidad, pero no sucede lo mismo con el caso fortuito, porque cuando el accidente ha podido o debido ser previsto por quien ejercita la actividad peligrosa, el caso fortuito que motiva el accidente, por lo mismo que era previsible, no causa exoneración de responsabilidad...”

La referencia al caso fortuito implica una idea de algo causal o aleatoria que, unido a la acción de un sujeto (en este caso el médico) produce un daño. Sin embargo, como se menciona en otro capítulo de este libro, la normal previsión de las cosas en un médico bien calificado, no alcanza a cubrir la aparición de un azar que produzca un fracaso en el tratamiento.

Cuando nos referimos a una causal exonerativa de responsabilidad, es claro que debe existir un daño de por medio, pues solamente en presencia de éste importa el saber si el hecho se produjo dentro de una cualquiera de aquellas.

El hecho dañoso consiste en la modificación de una situación previa con menoscabo de un bien jurídicamente protegido, que causa una lesión patrimonial o moral. Cuando nos referimos al daño en materia penal, hablamos de delito, el cual, debió haberse generado por dolo, culpa o preterintención. En tratándose del ámbito civil, hablamos de responsabilidad civil y consecuente indemnización de perjuicios, debiendo ser el hecho generador del daño cometido con culpa.

“... el daño es la lesión que se actualiza en el patrimonio o en la persona misma, y el padecimiento que se sufra como consecuencia del daño ocasionado y que traiga consigo merma en cualquiera de tales sentidos ...”.

De manera simple podemos decir que la culpa se puede definir como una infracción u omisión a una obligación adquirida. Al respecto, la Honorable Corte Suprema de Justicia ha dicho:

“... Hay culpa cuando el agente no previó los efectos nocivos de su acto habiendo podido preverlos o cuando a pesar de haberlos previsto confió imprudentemente en poderlos evitar... De los expuestos se deduce que la capacidad de prever no se relaciona de los conocimientos individuales de cada persona sino con los conocimientos que son exigidos en el estado actual de la civilización para desempeñar determinados oficios o profesiones...”

En cuanto a la responsabilidad civil, como ya hemos anotado, existen dos tipos que son: la contractual y la extracontractual.

La responsabilidad contractual surge del incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato o del cumplimiento imperfecto de estas, generando así una responsabilidad objetiva en el incumplido. (Esto no es totalmente aplicable al caso del contrato de servicios médicos, debido a que la responsabilidad en este campo no puede ni debe ser de tipo objetivo, es decir, no puede el ejercicio médico empezar con la presunción de culpabilidad, como ya se ha analizado en otros escritos. La medicina NO es actividad peligrosa en sí misma, aunque entrañe ciertos riesgos para el paciente y para el mismo médico) La extracontractual, aparece cuando se produce un hecho que causa daño a otro, el cual debe haber sido cometido con culpa y debe igualmente existir una relación íntima entre el hecho y el daño, la cual llamamos nexo causal.

El nexo casual, otro de los elementos fundamentales de la responsabilidad, consiste en la relación existente entre el hecho y el daño.

Para clarificar el concepto de nexo causal, nos remitirnos a la definición que del concepto de causa expone el Profesor Jorge Peirano Facio en su obra “Responsabilidad Extracontractual”. El ilustre tratadista escribe:

Concepto de Causa. “...La idea de causa es noción vulgar de conocimiento prácticamente intuitivo, que se asocia en el saber común a las nociones de anterioridad y necesidad. Sumando estas dos nociones, decimos que hay causa cuando una cosa ocurre después de otra, pero de modo tal que sin la primera, la segunda no habría sucedido: en este sentido, causa de un resultado es aquello que removido hace desaparecer dicho resultado.”

De conformidad con la anterior definición, la cual compartimos, es perfectamente claro que de no existir el nexo causal entre el hecho y el daño, no podemos hablar de responsabilidad.

Ahora bien, el presente capítulo se centra en las causales exonerativas de la responsabilidad, las cuales, buscan mostrar precisamente la inexistencia de dicho nexo causal.

Cuando de responsabilidad se trata, volvemos a insistir, debe tenerse en cuenta que una cosa es el obrar dentro de los parámetros de la prudencia, diligencia y cuidado, lo cual hace que no surja el deber de reparar, pues la conducta desplegada no ha sido culposa. Otra cosa muy diferente es hablar de causales “EXONERATIVAS” de responsabilidad, pues este segundo tema sugiere la obligación de reparar el daño si no se prueba la existencia de una de estas causales.

En relación con el primero de los planteamientos, podemos decir que en el caso en que un médico sea demandado para que repare un daño cometido, éste se liberará de tal situación si demuestra que actuó con la diligencia y cuidado debidos para el caso (Lex Artis Ad-Hoc)

En las obligaciones surgidas por fuera de los límites de un contrato de prestación de servicios médicos (responsabilidad extracontractual), el médico deberá indemnizar si el demandante prueba que ha incurrido



en culpa, de cualquier entidad que esta sea (grave, leve o levísima).

En el evento en que la obligación derive de un contrato, el hecho de probar el incumplimiento de éste por parte del médico no necesariamente hará surgir en su contra la obligación de reparar, particularmente si la obligación se ha contratado como de medio y no de resultado y el médico se ha atendido al ejercicio dentro de las normas de la Lex Artis. Deberá probarse culpa por parte del profesional de la salud, debida a una de sus causales: impericia, imprudencia, negligencia y no seguimiento de normas específicas. El contrato de servicios médicos no obliga al médico a “curar”, sino a ejercer el acto profesional que puede llevar a la curación. Garantía no puede existir.

En cuanto al segundo planteamiento, es decir, el referente a las causales exonerativas de responsabilidad, cuando la conducta del médico hace aparecer el daño, pero logra probar que el hecho generador de aquél ha surgido en presencia de una de las cuatro causales de exculpación (fuerza mayor, caso fortuito, hecho de un tercero o culpa exclusiva del paciente), no será civilmente responsable.

El hecho de la víctima

Otro de los aspectos de exoneración de responsabilidad lo constituye el hecho de la víctima. Aquí se estudian los casos en los cuales interviene el propio ofendido para lograr el resultado dañoso, ya sea causando el daño en su totalidad o agravando su situación.

Lo primero que debe analizarse cuando se estudia esta causal exonerativa, son los elementos constitutivos de ella para que pueda ser invocada por el demandado. Tales elementos son: el nexo causal del hecho de la víctima y el resultado dañino y, que el hecho del ofendido sea ajeno al agresor. En el primer caso, si el ofendido no contribuye al resultado dañoso, es evidente que su hecho no puede alegarse como eximente de responsabilidad. En cuanto a lo segundo, el hecho de la víctima deber ser extraño y no imputable al agresor, ya que de no ser así se entendería que la acción de la víctima es solamente una consecuencia del acto del ofensor, y por eso, el demandado no podría alegar esta causal de exoneración.

Un ejemplo claro de esta causal lo constituye la conducta del paciente que no sigue las instrucciones del médico o que abandona por completo el tratamiento. Aquí se incluye el enfermo que acude a los servicios de otro médico combinando tratamientos de acuerdo a su propio criterio.

No obstante lo anteriormente expuesto, debe considerarse con especial cuidado si la actuación de la víctima da o no lugar a inconvenientes tales que determinen la producción del daño, al menos desde el punto de vista teórico, pues si esto no ocurre, necesariamente la conducta del enfermo no puede considerarse como causal exonerativa, ya que aun cuando su proceder fue inadecuado, no fue la causa eficiente del daño.

El hecho de un tercero

Al igual que la causal estudiada anteriormente, el hecho de un tercero invocado como tema de exoneración de responsabilidad debe llenar ciertos requisitos para su viabilidad.

Aun cuando no existe unanimidad sobre las características propias de esta causal exonerativa, la gran mayoría de los autores coinciden en por lo menos las siguientes: causalidad entre el hecho y el daño (nexo causal) y, que sea un hecho ajeno al ofensor y a la víctima.

El primer requisito, la causalidad, consiste en que el hecho realizado por el tercero, debe ser concurrente con la producción del daño, ligándose a éste por una relación causal, al punto en que de no existir el hecho del tercero, el daño se hubiera producido, es decir, que de no mediar tal hecho no es posible invocarlo como causal exonerativa de responsabilidad.

En cuanto al segundo elemento, es evidente que el hecho del tercero no debe ser consecuencia de un acto anterior del agresor, pues de ser así, no habría lugar a interponer tal hecho como defensa, ya que el resultado obedeció a un estímulo cuyo origen fue el actor y por ello, solamente será éste último el directo responsable. El hecho a que se refiere esta causal exonerativa, debe tener plena independencia del obrar del demandado y de la víctima.

## CONCLUSIONES

Con base en la consideraciones anteriores, no encuentra este Tribunal Nacional razones suficientes que expliquen la conducta de la médica disciplinada, al ingresar una criatura en grave estado de salud a una Unidad de Cuidados Intensivos en donde, por protocolo inicial, debe tenerse un acceso venoso de rutina, especialmente si el paciente presenta o ha presentado signos de choque.

Tampoco es aceptable que, al no tenerse la pericia suficiente para colocar un acceso venoso, no se haya llamado de inmediato a los médicos que están en mejor condición de practicarlo, en esta caso los cirujanos de turno

Además, endilgar la culpa a los cirujanos cuando fueron llamados a última hora y en presencia de un paciente francamente agónico, tampoco resulta aceptable. Correspondería entonces a la parte médica del hospital en cuestión, investigar la conducta de los cirujanos de turno y los motivos que impidieron su llegada al hospital, cualquiera fuera la expectativa de sobrevida del paciente.

Por último, no se halla en el proceso ninguna prueba de causales de exoneración de culpa por parte de la médica disciplinada

Son suficientes las consideraciones para que la Sala Plena del Tribunal Nacional de Ética Médica.

## RESUELVA

**ARTICULO PRIMERO.** No aceptar los argumentos de la defensa en el proceso en contra de la doctora D. DEL C. G.N. , portadora de la cédula de ciudadanía número .....expedida en .... (.....), Registro Médico número .... MINSALUD, Médico General egresada de la Universidad Libre de Barranquilla en el año 1999, especializada en Pediatría en la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud en Bogotá

en el año 2004, como responsable de los hechos materia de esta investigación. **ARTICULO SEGUNDO.** Confirmar, como en efecto confirma, la decisión de imponer a la acusada, sanción disciplinaria de CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA. por violación de la primera parte del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, que a la letra dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados.. .” **ARTICULO TERCERO.** Remitir el expediente al Tribunal Seccional de Etica Médica del Meta para lo de su competencia. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**

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

Bogotá, junio veintinueve (29) del año dos mil diez (2010).

**SALA PLENA SESION No.1049 DEL VEINTINUEVE  
(29) DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010).**

Ref: Proceso No. 1437 del Tribunal Seccional de Etica Médica de Antioquia

Denunciante: Sr. H.D.C.R

Denunciado: Médicos de Coomeva Eps

Asunto: Recurso de Apelacion

Magistrado Ponente: Fernando Guzmán Mora

Providencia No. 58-2010

**VISTOS:**

El Tribunal Seccional de Etica Médica de Antioquia, en providencia de 16 de febrero de 2010, determinó decretar el archivo de la queja presentada por el señor H.D.C.R., en contra de los médicos de Coomeva EPS.

Dentro de términos, el quejoso interpuso recurso de apelación por ante el Tribunal Nacional de Etica Médica, el cual recibió el expediente el 12 de mayo de 2010, correspondiendo por sorteo al Magistrado Fernando Guzmán Mora el 18 de mayo de 2010.

Se procede a resolver el recurso con base en los siguientes

### HECHOS:

La niña M.C.R., de 16 años y con un embarazo de 39 semanas, fue sometida a cesárea el 27 de enero de 2007 a las 20:10 horas, en el Hospital San Juan de Dios de Santa Rosa de Osos, por presentar signos de sufrimiento fetal agudo.

Se obtuvo un neonato de 3200 gramos con cardiopatía congénita severa cianosante y depresión neonatal. Presento varios episodios de cianosis generalizada, hipoactividad, hipotermia y pobre reflejo de succión, por lo cual se solicitó remisión a un hospital de nivel III de la red de Coomeva.

Los profesionales del hospital regional se mantuvieron todo el tiempo al lado del recién nacido y trataron sin resultado de remitir al paciente a una UCI neonatal los días 28 y 29 de enero de 2007, logrando por fin el 29 de ese mes remitirlo a la Clínica Somer de Rionegro, llegando a las 14:15 en pésimas condiciones y, luego de esfuerzos por reanimarlo, fallece a las 15:00 horas.

Dentro del acervo probatorio se incluyen:

- Aceptación de la denuncia por parte del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia.
- Copia de la historia clínica del menor fallecido, durante la atención inicial en el Hospital San Juan de Dios de Santa Rosa de Osos
- Copia de la historia clínica de la clínica Somer
- Declaración juramentada de la señora S.R.M, abuela del menor fallecido.

Es de anotar que la señora M.C. había tenido varias consultas prenatales, habiendo tenido además dos episodios de amenaza de aborto, los cuales fueron sorteados exitosamente.

La madre noto que el bebe se ponía cianótico y que su llanto no era normal. La auxiliar de enfermería aparentemente no dio importancia al hecho, pero al informar a la pediatra, esta ordenó colocar al niño en

incubadora y advirtió que si no mejoraba, lo mejor sería remitirlo a un hospital en Medellín.

Se encontraron numerosos problemas administrativos por parte de la EPS, cuyos funcionarios, de acuerdo con información de los parientes del bebe, trataron de colocar obstáculos permanentes a la afiliación y a la remisión del pequeño enfermo.

El Tribunal Seccional, luego de evaluar las historias clínicas y la declaración de la abuela del menor, así como de los tratamientos instaurados dentro de las posibilidades tecnológicas del hospital local, consideró que la muerte del niño no se debió a deficiente atención médica, sino a la patología de base del enfermo.

Además, los médicos no solamente trataron de la mejor forma al niño, sino que intentaron remitirlo como fuera a un hospital de nivel superior que lo recibiera, no obteniendo respuesta positiva hasta dos días después del nacimiento.

Por lo anterior, declararon lo que corresponde a una providencia inhibitoria, puesto que en el expediente a folio 12 del cuaderno principal consta que se trataba de una investigación preliminar, la cual solo puede terminar o bien en providencia inhibitoria (apelable) o en investigación formal (no apelable).

En el recurso de apelación, el quejoso esgrime cinco argumentos:

- El mal funcionamiento de la red de servicios de la EPS Coomeva y de sus profesionales médicos y administrativos, puesto que no se puede aceptar que por falta de una cama muera un paciente.
- Que el fallo que exonera a los médicos de Coomeva va en contra de los derechos fundamentales del niño. Además afirma que el fallo exonera también a la EPS Coomeva.
- Que el fallo no se encuentra sustentado en normatividad vigente
- Que la patología diagnosticada es clasificada como de alto costo

- Que es claro que en el marco de la seguridad social, Coomeva había podido brindar atención integral al bebe y luego recobrar ante el Fosyga.

## CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

### 1. AQUÍ SE PROCESAN LOS MÉDICOS POR LOS ACTOS QUE TRANSGREDAN LA LEY 23 DE 1981

Los tribunales de ética solamente procesan a los médicos por actos que violen el Código de Etica Médica. No se juzgan los actos administrativos o las deficiencias ocasionadas por las instituciones de salud, especialmente las EPS.

En ninguna parte del proceso se demuestra que los actos médicos relacionados con este paciente críticamente enfermo, probablemente con una cardiopatía compleja, hayan lesionado al enfermo

Tampoco se demuestra trasgresión a los artículos de la Ley 23 de 1981.

### 2. EN NINGÚN MOMENTO LOS MÉDICOS INVOLUCRADOS DESCUIDARON AL ENFERMO Y SU ACTUACIÓN ESTUVO CEÑIDAS A LAS NORMAS DE LA LEX ARTIS.

Los médicos jamás descuidaron al pequeño enfermo. Su actuación se ciñó a los más altos postulados de la lex artis.

A este respecto, recordemos lo que constituye Lex Artis ad Hoc

De las cuatro características principales que distinguen al acto médico (profesionalidad, ejecución típica, licitud y Lex Artis), la práctica de la medicina, mirada desde la Lex Artis merece un especial análisis, por la sutileza de sus principios en un mundo científico en permanente cambio. La sociedad, que a través de sus autoridades académicas y políticas otorga un título profesional, supone la competencia de quien lo recibe y lo encuadra dentro de un régimen general de responsabilidad, pero siempre teniendo en cuenta las condiciones propias de su



profesión y oficio. El profesional de la medicina, al igual que los de otras ramas del conocimiento (ingenieros, abogados, arquitectos, etc.), posee una compleja estructura teórica que se integra y asimila luego de muchos años de observaciones y estudios. Esta estructura teórica debe plasmarse en resultados concretos a través del manejo de técnicas especiales. Y quien aplica estas técnicas lo hace imprimiendo su sello personal, su característica individual. Estos tres aspectos integran el ejercicio médico: ciencia, técnica y arte.

La locución latina *Lex Artis*, literalmente ‘ley del arte’ o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trata, ha sido empleada para referirse a aquella evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento.

Por lo tanto, se juzga el tipo de actuación y el resultado obtenido, teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente.

Dentro de la medicina existen actos de distinta complejidad. No es lo mismo un acto diagnóstico que uno quirúrgico. No es lo mismo formular un analgésico que practicar una transfusión sanguínea. Dentro de esta óptica, en la evaluación del acto médico, deben tenerse en consideración la mayor parte de variables que inciden en la consecución de un resultado, particularmente la complejidad del acto en sí, la gravedad del enfermo sobre quien se ejecuta el acto, la disponibilidad de recursos técnicos y humanos, y la preparación de quien ejerce.

La *Lex Artis* tiene en cuenta la actuación y el resultado. Se basa en el cúmulo de conocimientos de la profesión en el momento en el cual se juzga o evalúa la acción médica y lo que con ella se obtiene.

Si proyectamos el ejercicio médico hacia el futuro, es muy probable que, como decía el maestro Guillermo Fergusson, los médicos recuerden el uso de las drogas quimioterapéuticas que actualmente utiliza-

mos para el tratamiento del cáncer con el mismo horror con que nosotros miramos el uso de aceite hirviendo en las heridas.

Igualmente, las generaciones venideras contemplaran nuestros hoy tan admirados métodos de cirugía de corazón abierto, como una de las más salvajes agresiones al organismo de una persona. A pesar de todo, estos dos ejemplos constituyen la Lex Artis de hoy en el manejo de enfermedades muy específicas (cáncer y algunas afecciones cardíacas) y son la 'excelencia' del ejercicio médico actual para combatir sus efectos sobre estos enfermos.

En resumen, la Lex Artis orienta a través de una serie de normas técnicas y procedimientos que pueden aplicarse en situaciones similares. Debido a la diferencia entre las personas, se establece por analogía y su evaluación corresponde a quienes conocen la profesión con mayor profundidad: los mismos médicos.

La Lex Artis es experiencia, es estudio, es actualización periódica. Para abordar su esencia debemos ubicarnos en contextos históricos y sociales determinados. En medicina, se aprende de los casos clínicos, de la investigación, del contacto con otros médicos y, sobre todo, de la experiencia críticamente dirigida, la cual llega a ser acumulativa.

La ciencia agrupa todos los conocimientos demostrables. El pensamiento científico ha hecho al ser humano capaz de transformar la naturaleza y la sociedad. Sus fundamentos históricos son ancestrales y sus conceptos, en constante evolución resisten el embate del tiempo.

Si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, es necesario distinguir entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico. El primero simplemente conoce la cosa o el hecho, sin dar explicación ni razones metódicas. El segundo, en cambio, explica y razona sobre las cosas y los hechos conocidos y los expresa con cuidado para evitar errores. Las formas sistemáticas de conocimiento, o disciplinas intelectuales, pueden ser de tres tipos: humanísticas (el cultivo de la mente y los sentidos. Ej.: lógica, filosofía y arte); tecnológicas (acción sobre

el medio ambiente para transformarlo); y científicas (explicación de la realidad para predecir su comportamiento).

La Ciencia es pues una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El ser humano trata de entender el mundo para cambiar la realidad circundante en su propio beneficio. El cuerpo de ideas obtenido después de probar la certeza del conocimiento constituye la ciencia, es decir, el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas y logradas en condiciones reconocidas como validas. Su construcción intelectual se crea bajo situaciones históricas y sociales definidas. Las ciencias de la naturaleza y la sociedad se caracterizan por su racionalidad y su objetividad.

Esta racionalidad debe estar constituida por conceptos, juicios y raciocinios, y no por sensaciones, imágenes o pautas de conducta; sus ideas deben ser capaces de combinarse de acuerdo con algún conjunto de reglas lógicas, con el fin de producir nuevas ideas. Éstas, a su vez, no se pueden simplemente amontonar caótica o cronológicamente, sino que se organizan en sistemas de ideas, esto es, en conjuntos ordenados de proposiciones, que constituyen las teorías científicas.

De otro lado, el método científico es un procedimiento para describir condiciones en que se presentan sucesos específicos. Es la aplicación de la lógica a los hechos observados. A través de ella se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo investigativo.

Su interés se centra en determinar características, propiedades, relaciones y procesos en los hechos observados; es verificable; se puede someter a confrontación empírica; es relativo (sus afirmaciones pueden ser reformadas); es sistemático; es comunicable por medio de un lenguaje específico; es descriptivo, explicativo y predictivo.

El valor científico de una teoría no puede determinarse en relación con su aceptación por la mente humana o por la sociedad misma cuando ésta está inundada de creencias dogmáticas y supersticiones. Esto no

quiere decir que la ciencia y el científico no deban ser modestos y humildes frente a la ignorancia de lo que aún no se conoce.

La tecnología es la aplicación de los conocimientos para resolver problemas humanos. Es el juego de procesos, herramientas, métodos, procedimientos y equipo que se utilizan para producir bienes y servicios. La tecnología hace suposiciones sobre los valores humanos de los productos materiales y la calidad de vida de trabajo, entre otras cosas. Existe una herencia del pasado en tecnología: El desarrollo del lenguaje, la domesticación de animales, la conservación de alimentos, el reloj mecánico, etc. El avance de la tecnología se ha denominado ‘determinismo tecnológico’.

La tecnología determina el curso de la sociedad. Sin embargo, no debemos ser simples usuarios de tecnología, sino administradores de tecnología, tomando decisiones inteligentes que evalúen el impacto de la tecnología sobre los seres humanos y el medio ambiente.

Por esta razón, cuando se habla de la medicina como una ciencia, es preciso considerar a la vez, una tecnología que le proporciona instrumentos y una ética que imprime carácter a su trabajo.

Todos los elementos, científico, tecnológico y ético, pueden compilarse en la Lex Artis, que valora la aplicación del conocimiento médico con los parámetros de la excelencia. Es evidente que para cada época han existido parámetros diferentes, dado el nivel de desarrollo científico alcanzado hasta ese momento.

Con el paso del tiempo, unas ‘verdades’ van siendo reemplazadas por otras más firmes y el apoyo de la técnica o de la tecnología abre nuevos horizontes y permite la inauguración de nuevos métodos. Por esta razón algunos filósofos de la ciencia hablan ahora de la provisionalidad del conocimiento, de la falibilidad como principio y de la necesidad de generar, para esta epistemología antidogmática, una ética que considere las implicaciones de los descubrimientos científicos y sus aplicaciones tecnológicas.

Así, la Lex Artis ad Hoc vendría alimentada por el componente ético, que a veces pretende dejarse por puertas con el argumento de que la ciencia debe ser éticamente neutra si se quiere evitar su estancamiento.

Pero no sería una ética de viejo cuño, que sobre el hombro del científico esté susurrando a cada paso: “detente, es malo lo que haces, está prohibido por la naturaleza; va en contra de los principios establecidos por siempre.”

Sería una ética que considerara un valor absoluto: la honestidad. Y de él derivara todas sus consecuencias. Porque el médico honesto ‘sabe que no sabe’ o, en el mejor de los casos, ‘cuán poco sabe’. Y entiende que no es depositario de la verdad absoluta, de modo que únicamente el estudio perseverante y el esfuerzo en la práctica harán que la falibilidad se reduzca a su mínima expresión.

Y es consciente de la necesidad de una crítica que ponga a prueba sus teorías; y si con la crítica y la discusión encuentra un error, humildemente estará en capacidad y en disposición de aceptarlo y superarlo. ¿Quién duda entonces que una postura ética así, con ese entronque socrático, que es a la vez epistemológico, no se harían mejores profesionales de la medicina?

El médico tiene el deber de mantenerse constantemente actualizado. Y no solamente por afán científico o por el placer de conocer los últimos adelantos de su respectiva especialidad, sino por la obligación de conocer aquellos datos prácticos que tengan evidente repercusión en su ejercicio y que van a redundar en un mejor servicio a sus pacientes.

La literatura médica representa los informes de la experiencia de centros hospitalarios, instituciones investigativas y grupos de práctica que, utilizando el método científico, describen investigaciones, avances técnicos, conceptos renovados y métodos terapéuticos adecuados para los diferentes tipos de enfermedades y trastornos que sufrimos los seres humanos.

Ya no basta, como en el pasado, con mencionar la ‘experiencia personal’, cuando ésta no ha sido sometida a la crítica de la ciencia. Hoy en día pesa más la mención de trabajos realizados en los diferentes hospitales, que hablan de centenares de casos y sus respectivos resultados, que el caso anecdótico de quien pretende fundamentar su conocimiento en una experiencia no controlada.

Por esto, el profesional de la salud debe poseer habilidad específica, disposición de ánimo y conocimientos claros, para poder utilizar el cerebro, las manos y los instrumentos con el objeto de modificar o eliminar la enfermedad o la disfunción orgánicas, para prolongar la vida y mejorar su calidad y dignidad. El médico debe ser claro de propósitos, definitivo en el juicio, decisivo en la autoridad y exigente con su propia vida, lo cual implica poseer los más altos niveles de responsabilidad y compasión humanas. Para el ejercicio de cada especialidad el médico debe ser experto en el manejo de las herramientas, equipos y maquinas correspondientes.

La medicina es por esencia una carrera humanística y de servicio. Su definición se encuentra consagrada en la Ley de Ética Médica. En general, la medicina tiene uno de tres objetivos: detener la muerte, mejorar la calidad de vida o rehabilitar al enfermo. Por esto, mostrar las alternativas a los enfermos es esencial, incluida la búsqueda del mejor momento para intervenir.

En esencia, lo moralmente bueno es la ‘buena voluntad’. Con ello no quiere decir que baste solamente con una buena intención, pues además se requiere colocar todos los medios posibles para que lo bueno tenga efecto.

Los riesgos del tratamiento pueden ser: usuales o esperados y poco usuales o no esperados. Los primeros son los que pueden presentarse como complicación del procedimiento en sí mismo. Los últimos constituyen complicaciones inesperadas.

Contando con el consentimiento del paciente, que previamente debe haber recibido toda la información necesaria, el médico está asumiendo

do junto al paciente un riesgo calculado al iniciar una terapia o una intervención quirúrgica y ese riesgo previsto, sólo gracias a su capacidad profesional, podrá ser superado con aproximación científica que únicamente habrán de variar circunstancias externas ajenas o internas del organismo enfermo.

Una evaluación cuidadosa del paciente, en sus aspectos físico y emocional, de las condiciones del medio, del efecto estadístico probado de los medicamentos que piensan emplearse, sin olvidar jamás el autoexamen sobre las condiciones personales y profesionales propias, son exigencias para el cálculo del riesgo terapéutico o quirúrgico.

Un excelente cirujano, que por el acaecimiento de un suceso particular o por el transcurso del tiempo ve alteradas sus condiciones de motricidad fina, cometería una irresponsabilidad si no incluyera esa estimación del estado físico de su propia persona en la valoración del riesgo.

El consentimiento del paciente por sí solo no exime al médico de responsabilidad por daños ocasionados al organismo del enfermo en su salud. La firma del consentimiento, por lo tanto, no equivale a una exoneración del médico, pues ante la ley se estaría renunciando a algo a lo que no se puede renunciar, como lo es el derecho a la salud y la integridad del organismo.

Sin embargo, al haberse calculado el riesgo previsto, los efectos secundarios del tratamiento y los riesgos que se pueden correr con el mismo, con base en estudios previos de literatura médica y en la experiencia del mismo médico tratante, se excluye la culpa por negligencia.

Es necesario mencionar el concepto de error médico. Éste 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.

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.

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.

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)

Ser idóneo es poseer suficiencia o aptitud para desempeñar una función, sin que esto implique infalibilidad, es decir, no se posee la calidad de ausencia de falla, equivocación o engaño. El juicio del médico constituye aquella facultad del entendimiento por la cual se conoce y compara un grupo de manifestaciones clínicas, con el objeto de seguir una conducta.



En el ejercicio de la medicina se parte de la base de un principio general de cuidado, el cual implica un aspecto interno (conciencia de las propias limitaciones y capacidades antes de emprender un acto médico) y otro externo (evitar acciones peligrosas y ejercer dentro del riesgo previsto).

En este plano jurídico, el error médico está constituido como entidad, por una constelación de datos, hechos, síntomas, pruebas y opiniones, que lo diferencian nítidamente del error común o vulgar que dan nacimiento a responsabilidad civil en otros términos.

En efecto, si se esta convencido de estar viajando por una vía con prelación y por no detener el vehículo se choca con el que trae la vía, se debe responder por ese error y por el daño que del mismo se ha derivado; hay una norma que indica la prelación de vías y eso basta. O si equivocadamente se estima como preciosa una piedra brillante que se posee y, de buena fe, se vende a otra persona, se deberá responder por el error y resarcir de todo perjuicio a quien tomó la gema falsa creyendo en la palabra de quien la vendió; en este caso, el juicio falso produjo para el vendedor un provecho inmerecido. Estas son equivocaciones en las que un hombre diligente no incurriría en condiciones normales.

Pero un médico que trata de diagnosticar el mal que aqueja a su paciente: Debe siempre acertar, so pena de responder de su equivocación ? Habrá de constatarse no un hecho sencillo como los anteriormente enunciados, sino una constelación, un universo, un conjunto, una suma de signos y síntomas, de respuestas dadas por el paciente, de resultados de los exámenes de laboratorio, de datos suministrados por el estado actual de la ciencia, de información que objetivamente o subjetivamente se entrecruza para obtener, finalmente, una explicación o diagnóstico, que será apenas el punto de partida de una conducta a asumir, o pronóstico.

Y entre el abanico de posibles opciones, el médico tendrá que escoger la más acertada, como quiera que siempre habrá 'otra posibilidad' de interpretar esta realidad compleja. No siendo infalible, el médico pue-

de cometer errores de apreciación, que lo conduzcan a un tratamiento equivocado. Véase, pues, como es diferente el resultado de un error de construcción intelectual, a una percepción simplemente equivocada del objeto. En el primero juegan, además de la corrección ontológica (adecuada percepción del objeto), la corrección lógica (adecuada construcción del raciocinio).

El médico emite conceptos y basado en ellos realiza acciones; en todo el trayecto, el error permanecerá al acecho. debido a esto, el problema esencial no estriba en plantear un diagnóstico, sino en darle una certeza definitiva. Utilizando términos estadísticos, cuando se encuentra presente el azar, cualquier forma ordenada de conocimiento trata de delimitar las causas de error, para hablar entonces del ‘margen de error’ en sus resultados. ¿Puede equivocarse el médico al efectuar un diagnóstico o al prescribir el tratamiento? Obviamente que sí. ¿Debe responder el médico por cada error que cometa en su actividad profesional? ¡No! Únicamente responderá del error culpable, esto es, del ocasionado en una imperita, negligente o imprudente práctica profesional, siempre a la luz de la Lex Artis o norma de excelencia del momento en el cual se juzgue su conducta.

### 3. EL FALLO SE ENCUENTRA SUSTENTADO EN TODAS LAS NORMAS VIGENTES

En la evaluación del acto médico de los médicos tratantes del recién nacido se han seguido todas las normas vigentes. Desde la Constitución, hasta la Ley de Ética

No entiende este tribunal de dónde se esgrime el argumento de no haberse ceñido el fallo a las normas vigentes

### 4. LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS DE LAS EPS NO SON DE COMPETENCIA DE ESTE TRIBUNAL

Respecto de los médicos que atendieron a la criatura en mención: Qué mas hubiera podido exigirseles aparte de un diagnóstico adecuado, de un tratamiento acorde con las posibilidades y disponibilidad de los

recursos de la institución en donde estaban laborando y de la insistencia en solicitar que se recibiera al paciente en una entidad de mayor complejidad?

Se le recuerda al quejoso que los médicos no tienen ingerencia de las determinaciones de las EPS. Por lo tanto, las fallas administrativas de las mismas deben ser denunciadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Son suficientes las consideraciones anteriores para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de las atribuciones que le permite la Ley

### RESUELVA

**ARTICULO PRIMERO.** Que los médicos acusados no cometieron ningún tipo de trasgresión a las normas de ética médica. **ARTICULO SEGUNDO.** Confirmar, como en efecto confirma, la decisión del tribunal de primera instancia de declarar una providencia inhibitoria en el presente caso. **ARTICULO TERCERO.** Remitir el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.**

FDO. FERNANDO GUZMÁN MORA, Presidente- Magistrado Ponente; EFRAÍM OTERO RUÍZ, Magistrado; GERMÁN PEÑA QUIÑONES, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, marzo dieciséis (16) del año dos mil diez (2010).

**SALA PLENA SESÓN No.1035 DEL DIECISEIS (16)  
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010).**

Ref: Proceso No. 841 del Tribunal de Ética Médica del Valle del  
Cauca

Contra: Dr. J.A.G.

Denunciante: Sra B.G.M.

Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora

Providencia No. 26-2010

**HECHOS:**

La Defensoría del Pueblo Regional Valle del Cauca, envió queja ante el Tribunal Seccional de Ética Médica de ese departamento, por hechos ocurridos en la atención médica del parto de la señora B.E.G.M., ocurridos en la Clínica de Occidente por intermedio de la EPS COOMEVA, que culminaron con el fallecimiento de la recién nacida.

La quejosa fundamenta su denuncia en los siguientes puntos:

1. La ausencia de un especialista en ginecoobstetricia el 6 de octubre de 2005 en la Clínica de Occidente SA, lo cual generó que el parto fuese atendido por un médico pediatra (Dr. W.P).
2. La falta de atención a los continuos llamados de ayuda efectuados por la paciente

3. La decisión de haber dado de alta a la recién nacida el 7 de octubre de 2005 sin haber analizado el estado de salud en que se encontraba.

El producto del embarazo es femenino y presenta APGAR de 8/9 y peso de 2700 gramos.

Desde su nacimiento la recién nacida muestra expulsión por boca y nariz de líquido parduzco, a pesar de lo cual es enviada a la casa con la madre. Se formula a la madre ibuprofeno, trimetoprim sulfá y sulfato ferroso.

Luego presentó el día 7 de octubre de 2005, cuadro de apnea, cianosis e hipotonía muscular, tinte icterico generalizado, estertores pulmonares y deterioro progresivo de su estado general. Se decidió enviar a Unidad de Cuidado Intensivo neonatal, encontrándose disponibilidad de cupo en la Clínica Los Farallones, pero sin disponerse de ambulancia en el momento. A las 22:30 la niña presenta cuadro de apnea, cianosis, bradicardia que requieren intubación orotraqueal y se continua con diagnostico de posible sepsis, membrana hialina y hemorragia pulmonar. El 8 de octubre a las 5 AM la niña fallece.

No se solicita autopsia, ni por parte de los médicos tratantes, ni de la clínica ni de los familiares de la recién nacida.

Se inicia investigación preliminar el 23 de febrero de 2006. De acuerdo con certificación de la Clínica de Occidente, la paciente fue atendida por los doctores V.J.D. (Ginecoobstetra que culminó la atención a la parturienta), G.L.R.

(Ginecoobstetra de turno), D.O.C. (Médico general), W.P. (pediatra que atendió el parto por la falta de los ginecoobstetras de turno) y J.G. (Pediatra que dio salida de la institución a la niña recién nacida).

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca decide que hay mérito para abrir pliego de cargos a los doctores G.L.R. y J.A.G.G., el 1 de Junio de 2009, es decir, tres años después de ocurridos los hechos motivo de la denuncia.

En la diligencia de descargos, los encartados solicitan las siguientes pruebas:

Dr. G.L.R.:

1. Nota de ingreso del médico de urgencias para establecer el estado y definir el tipo de urgencia que obligue a la presencia del gineco-obstetra.
2. Ampliación de declaración para establecer conceptos que fueron establecidos en su intervención anterior.

Dr. J.A.G.G.:

1. Remisión al despacho de la historia clínica íntegra de la hija fallecida de la señora B.G.
2. Dictamen pericial sobre la causa de muerte de la recién nacida con fundamento en el análisis de la historia clínica
3. Cuestionario a varios peritos especialistas en infectología pediátrica.

El Tribunal Seccional no accede a la práctica de estas pruebas por cuanto:

- A. La nota de ingreso en mención obra en el proceso a folio 00041
- B. No se accede a la ampliación de la versión libre no puede ser complementada en la etapa del juicio. Dice el tribunal seccional que durante la etapa investigativa y antes que se decida sobre los cargos sí es posible la ampliación de la diligencia de versión libre a solicitud del investigado o su apoderado, o bien de manera oficiosa.
- C. La historia clínica solicitada por el Dr. J.G. se encuentra a folios 00061 a 00082
- D. La causa probable de la muerte de la recién nacida solo podía establecer por autopsia médico legal y no por otro tipo de dictamen. Su inexistencia es irremplazable desde el punto de vista técnico-científico.

E. Respecto de la prueba pericial a cargo de infectólogos pediatras, debe manifestarse el objeto de la misma, definiendo su eficacia y pertinencia

Por lo anterior se niega la práctica de estas pruebas. El apoderado interpone recurso de apelación en contra de la decisión del tribunal seccional.

## CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

### **PRINCIPIO DEL DEBIDO PROCESO EN LA PRUEBA**

#### 1. DERECHO A PROBAR

Es el derecho al proceso mismo.

Si se señalan unos hechos que argumentan unas pretensiones, nace el derecho a probar los hechos sobre los cuales se soportan estas pretensiones.

Negar el derecho a probar es negar el derecho mismo.

El juez escucha a las dos partes y revisa las pruebas que soportan cada versión. La balanza de la justicia se inclina a quien prueba menor.

#### 2. DERECHO A POSTULAR LA PRUEBA

Tratar de lograr un pronunciamiento del juez respecto del decreto de pruebas.

Es el derecho a peticionar la prueba.

A ambas partes le asiste el derecho a peticionar las pruebas que conduzcan a probar los hechos que cada uno ha narrado.

### 3. DERECHO AL PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRUEBAS PEDIDAS

No se admite silencio judicial.

Es obligar a un pronunciamiento del juez. Si el juez las niega las pruebas, es viable el recurso de apelación.

Si el juez no se pronuncia es viable la acción de tutela para obligar a que el juez se manifieste sobre el decreto de pruebas.

Ahora, cuando el juez aprecia la demanda, mira las pruebas que van a demostrar acerca del motivo de controversia- Por lo tanto, puede desechar aquellas pruebas que se relacionen con la sustancia de los hechos.

### 4. DERECHO A LA CONSERVACION DE LA PRUEBA

Inclusive con pruebas anticipadas.

Por ejemplo, el testimonio de personas con una expectativa corta de vida

O proteger pruebas que pueden desaparecer dolosamente.

Respecto del testimonio, entre más tarde se rinda, más posibilidad de alteración hay, pues se pierde la dinámica de la percepción de las cosas.

Por lo tanto, la prueba debe allegarse en el proceso en un término prudencial.

La prueba preconstituida es otro mecanismo. Consiste en que sin que haya proceso, se puede peticionar la recepción de un testimonio, de un interrogatorio de parte o una inspección judicial o un peritaje.

En muchos procesos es mas viable hacer la inspección judicial. La prueba preconstituida no se notifica. Algunos laboristas acuden a la empresa demandada antes de decretar las pruebas para evitar que se alterna las pruebas esenciales.



La prueba preconstituída está manifiesta en el texto de la demanda y puede, por lo tanto, ser sujeto de contradicción de la contraparte.

## 5. DERECHO A LA CONTRADICCIÓN DE LA PRUEBA

La prueba existe antes del proceso, excepto de las que se refieren a dictámenes periciales e informes técnicos.

Existe el derecho a contrainterrogar testigos, objetar dictámenes, rebatir documentos, etc.

Es el derecho a la réplica. Cómo contradecir un testimonio cuando se es demandante y se tienen varios testigos? Ambos apoderados pueden interrogar a los testigos y contrainterrogarlos.

En esa forma se puede controvertir la prueba

Un peritaje, que rinde un dictamen, se coloca a disposición de las partes, para que si alguien quiere objetar, ampliar o aclaración lo pueda hacer. Aquí existe la posibilidad de contradecir.

Art 146: Las pruebas practicadas, así sean decretadas de nulidad, tienen pleno valor. Se anula la actuación en ruptura del debido proceso, las pruebas de todos modos tienen validez.

Si la nulidad es de la etapa probatoria, cobija a todas. Pero si no, afecta solo a una prueba que rompa el debido proceso

La prueba que sea causa de ruptura del debido proceso, se anula.

## 6. PUBLICIDAD DE LA PRUEBA

Todas las pruebas deben estar a la vista de los sujetos procesales

Se decretan mediante auto o resolución.

Se debe notificar las pruebas a las partes. El Estado fija a las 8 am

La notificación en el despacho judicial, indicando esa notificación

La publicidad se surte con el hecho de la notificación. Si una de las

partes no está al tanto y se deja pasar la oportunidad, habrá perjuicios de índole procesal.

No solo las pruebas, sino el día en que se va a practicar. Para que las partes, si están interesadas, se encuentren presentes para controvertir la prueba.

#### 7. NECESIDAD DE LA PRUEBA

Deben cumplirse ciertos requisitos para ser aceptadas

No pueden reposar solo en la mente del juez, sino a disposición de las partes

#### 8. RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA

Tratamiento decoroso a todos

El Estado Social de Derecho protege los derechos fundamentales. El Legislador es garantista de la persona y su dignidad. Que no haya circunstancias que lo demeriten de manera intelectual o física, aún en presencia de crímenes gravísimos.

Por encima de todo, se rodea al acusado de garantía. No se somete al escarnio público, incluyendo la salida en noticieros y prensa, que muchas veces los condena antes de comenzar el proceso.

Eso contamina el proceso antes de iniciarse, porque fabrica una disposición contra la persona.

Esto también incluye a las víctimas del delito, por ejemplo los casos de violación, que deberían remitirse para examen a su propio médico.

#### 9. PROHIBICIÓN DE LA TORTURA

#### 10. INVOLABILIDAD DEL DOMICILIO

#### 11. INVOLABILIDAD DE LA CORRESPONDENCIA

#### 12. NO AUTOINCRIMINACIÓN

---

13. RESPETO AL SECRETO PROFESIONAL

14. PROTECCIÓN DE LA FAMILIA

15. IGUALDAD EN MATERIA PROBATORIA

16. COMUNIDAD DE LA PRUEBA

Al producirse, las pruebas pertenecen a la comunidad del proceso, así sean nocivas para el mismo que las pide

17. PRINCIPIO DE LA BUENA FE

18. PRECLUSION DE LA PRUEBA

Los actos procesales deben efectuarse dentro de ciertos términos

19. LIBERTAD DE LA PRUEBA

Todos los medios lícitos y que respeten la moralidad, son admisibles para probar.

20. PRINCIPIO DE LA VALORACIÓN DE LA PRUEBA

Debe basarse en la sana crítica y no en la íntima convicción, que se acerca a la arbitrariedad.

El principio de la tarifa legal no se adapta a la justicia. Está proscrito hace mucho tiempo.

El de la íntima convicción es subjetiva del funcionario judicial.

Sana crítica permite la valoración integral de la prueba.

21. PRINCIPIO DE LA CARGA DE LA PRUEBA

Una de las partes lleva sobre sí la obligación de demostrar el supuesto de hecho de las normas cuya aplicación invoca.

En materia penal, la carga de la prueba corresponde al Estado.

NO HAY LUGAR A PRUEBA en casos de normas nacionales, hechos notorios y afirmaciones indefinidas.

Ej: Si alguien dice en el proceso: No me ha pagado, es una afirmación indefinida que hace que se invierta la carga de la prueba, para que el otro sea el que demuestra que sí pagó.

A este respecto la Corte ha dicho:

1. En los términos del artículo 374 del C. de P.C., los cargos en casación deben contener la exposición de los fundamentos de cada acusación en forma clara y precisa, lo que conduce a determinar el tipo de error y las bases del mismo que se le achacan a la sentencia acusada; además, exige dicho precepto que cuando se alega la violación de la ley sustancial como consecuencia de error de hecho en la apreciación de las pruebas es necesario que el recurrente lo demuestre, actividad que debe cumplirse mediante una labor de contraste entre lo que extrajo el sentenciador de las pruebas que se tildan de erróneamente apreciadas y lo que tales pruebas dicen o dejan de decir, para ver de establecer el real efecto que dimana de la preterición o desfiguración de la prueba, siempre en el bien entendido de que no basta con relacionarla ni con ofrecer la visión del recurrente, a la manera de un alegato de instancia, sino se confronta en sus términos con la sentencia acusada; y, en fin, que si el quebranto de la ley se ha dado a consecuencia de error de derecho, se deberán indicar las normas de carácter probatorio que se consideren infringidas explicando en qué consiste la infracción, lo cual se explica dada la naturaleza del mismo.

Y en lo que se refiere a atenuar la sentencia, la misma Corte expresó en 1995:

“...los funcionarios judiciales dentro del principio de la investigación integral no sólo tendrán que dedicarse a aclarar los hechos sucedidos, sino que deberán realizar todos los esfuerzos para demostrar la veracidad o no de la versión exculpativa”..

De otra parte, en el módulo IV para defensores públicos respecto de la pertinencia, admisibilidad y autenticación de la prueba se expresa:

A fin de respetar el tiempo del juez, la evidencia no será oída a menos que primero se demuestre su relevancia y admisibilidad.

Tres aspectos esenciales debe la evidencia demostrar para ser aceptada:

1. pertinencia.
2. autenticidad.
3. admisibilidad.

### **1. Pertinencia**

Es la correspondencia directa o indirecta entre la evidencia ofrecida y los hechos controvertidos en el proceso.

La evidencia debe pasar dos test (sic) para ser pertinente: 13

El primero relativo a la ley sustancial impone que la evidencia se refiera directa o indirectamente a:

- *Los hechos o circunstancias relativos a la comisión de la conducta delictiva y sus consecuencias, y*
- *A la identidad o la responsabilidad penal del acusado.*

El segundo ordenado por la lógica, la experiencia y el comportamiento humano debe tender a demostrar que los hechos controvertidos sean más o menos probables.

La relevancia de la mayoría de las evidencias es generalmente clara u obvia deducida del contexto del caso, pero ocasionalmente debe ser demostrada con el establecimiento de los hechos que la fundamentan.

La pertinencia debe ponerse de presente ante el juez de conocimiento al hacer la solicitud u ofrecimiento de prueba en la audiencia preparatoria (Art 357 CPP), a fin de que este la admita y pueda practicarse en el juicio oral.

## 2. Autenticidad

La autenticidad se refiere a que la evidencia ofrecida es realmente lo que el proponente demanda que es. La evidencia no será admitida hasta que previamente se muestre que ésta es una “cosa real”. El juez decide cuando un ítem de evidencia ha sido suficientemente autenticado, y el criterio varía de acuerdo con la naturaleza de la evidencia involucrada.

Generalmente se piensa en la autenticación como aplicable a la evidencia física como documentos, objetos o fotografías. ¿Es este el documento que las partes firmaron? ¿Es este el vehículo que produjo el daño? ¿Muestra la fotografía justa y adecuadamente la escena del accidente? Antes de que cualquier evidencia pueda recibir fundamentación debe ser establecido que adecuadamente cumple con la petición de autenticidad del proponente.

El requerimiento de autenticidad apoya única y exclusivamente la admisibilidad de la evidencia, pero no determina *per se* su valor probatorio. El oponente puede controvertir su validez, y el juez estimar o no esta evidencia para apoyar su decisión.

El requerimiento de autenticidad sin embargo no se limita a objetos tangibles. También es propio de cierta evidencia testimonial. Por ejemplo, un testigo generalmente no puede declarar sobre una conversación telefónica sin primero establecer sus bases para el reconocimiento de la voz de la persona al otro lado de la línea. Esto es que la identidad del otro conversador debe ser autenticada.

## 3. Admisibilidad

El tercer requisito para aceptar la prueba es que cumpla con las condiciones de admisibilidad.

La regla general es que toda evidencia pertinente es admisible (Art 376 CPP), y por lo tanto evidencia que no es pertinente no es admisible. O como resume Chiesa “*La pertinencia es condición necesaria pero no suficiente para la admisibilidad de todo medio de prueba*”.

Normas de exclusión:

Así aunque sea pertinente no es admisible la evidencia. El artículo 376 del CPP contempla las siguientes normas de exclusión de evidencia pertinente:

- a. Que la evidencia pueda causar grave perjuicio indebido. (literal a)

La finalidad de presentar evidencia en un proceso adversarial es causar perjuicio a la contraparte, pero se trata de un perjuicio debido, razón mismo, del proceso. El perjuicio indebido a que se hace mención es el que de alguna forma afecte la imparcialidad del juez por tener esa evidencia un valor objetivo menor al que se pretende presentar.

- b. Que la evidencia genere confusión en lugar de mayor claridad al asunto o exhiba escaso valor probatorio. (literal b)

La probabilidad de confusión de la prueba ofrecida debe observarse frente a los hechos que se pretenden probar, frente al desgaste administrativo que implica de una prueba compleja que cause confusión y frente a la dilación del procedimiento que pueda acarrear.

Esto se presenta mucho en el campo de la prueba pericial, con los dictámenes densos y cargados de terminología científica que siembran confusión en el juzgador. En este caso deben primero cumplirse estrictamente las normas de admisibilidad de la prueba científica y precisarse exactamente el objeto de la prueba que se permite practicar. Al juez puede solicitarse la admisibilidad parcial de la evidencia frente a los puntos centrales de debate en el proceso.

La prueba que exhibe escaso valor probatorio, de otro lado, es por ejemplo la prueba superflua o acumulativa, que ni da ni quita al proceso, que es innecesaria porque ya se practicaron en el proceso suficientes pruebas para dar certeza sobre un hecho determinado.

- c. Que sea injustamente dilatoria del procedimiento.

Como criterio de eficiencia en el proceso, el juez debe analizar si el proceso de formación y práctica de la prueba se compensa con el valor probatorio de la misma, o si su valor es inferior al tiempo que demora la práctica de ésta. Por ejemplo, la petición de la Fiscalía al juez para que otorgue más tiempo a fin de ubicar un testigo de cargo, frente al perjuicio que se ocasiona por la prolongación de la detención preventiva del acusado afectando sus derechos fundamentales, y el principio de eficiencia del proceso penal.

También es dilatoria del procedimiento la prueba superflua o acumulativa, es decir la que no agrega nada al proceso, es innecesaria porque lo que se pretende probar ya se tiene con otros medios de conocimiento. Ejemplo solicitar cinco testimonios sobre un hecho.

Otras normas de exclusión probatoria son:

- d. Los privilegios excepciones constitucionales (385).  
e. La prueba de referencia (437), por ser excepción al principio de intermediación.  
f. La prueba ilícita (23 y 455). Violatoria del principio de legalidad.

Son suficientes las consideraciones anteriores para que el TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA, en uso de las facultades que le otorga la Ley

### RESUELVA

**ARTICULO PRIMERO.** Confirmar la negación de la práctica de las pruebas solicitadas por considerarlas impertinentes, inconducentes y repetitivas **ARTICULO SEGUNDO.** Remitir el expediente al tribunal de primera instancia para continuar con el proceso. **NOTIFIQUESE Y CUMPLASE**



---

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

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

**SALA PLENA SESION No.1070 DEL CATORCE (14)  
DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010)**

Ref: Proceso No. 144-2007 del Tribunal de Etica Médica de Nariño  
Contra: Médicos Hospital Infantil  
Denunciante: Sra. N Del S.M.N.

Magistrado Ponente: Dr. Germán Peña Quiñones  
Providencia No. 114 -2010

**VISTOS:**

El 22 de noviembre de 2010, el Tribunal Nacional de Ética Médica recibió solicitud de cambio de radicación del proceso.

En Sala Plena el Tribunal Nacional de Ética Médica observó que el Tribunal seccional no había enviado el auto de aceptación de los impedimentos de los Drs. Edgar Villota Ortega y Gustavo Camargo Vega, aceptación que fue enviada por el Tribunal seccional y recibidas en Tribunal Nacional el 2 de diciembre y repartido en Sala Plena del 7 de diciembre le correspondió a Germán Peña Quiñones

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

## HECHOS:

El niño H.R.P. se enfermó en los primeros días de junio de 2006 y fue llevado en varias oportunidades al Hospital de Taminango localidad donde vivía con su padre; fue llevado a la ciudad de Pasto y evaluado en Urgencias de la Clínica Fátima y posteriormente transferido al Hospital Infantil donde estuvo dos días en Urgencias y luego fue hospitalizado, le practicaron tomografía axial computarizada y encontraron una “masa cauchosa fibrosa” y a los diez días de hospitalizado le tomaron biopsia. *“El 6 de julio a las 2 de la tarde entró para que le tomaran la biopsia. Después de más de una hora salieron el anesthesiólogo y el Dr. Z., y el llamó a los familiares y el informó que se había complicado, que había sufrido un paro cardiorespiratorio y que era necesario conseguir \$2.000.000.00 de pesos para llevarlo a la UCI, nosotros no pudimos reunir esa plata. Siendo las 7 de la noche fue llevado en la ambulancia del Hospital Infantil a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Pedro, allí estuvo 12 días aproximadamente. Allí sin nuestro consentimiento, le hicieron traqueotomía, de allí lo remitieron a piso, estuvo mas o menos 4 o 5 días. Luego el Dr. Z., solicitó nuevamente remisión al Hospital Infantil. De allí estuvo hospitalizado hasta el 12 de septiembre, fecha en la cual me lo entregaron, y los otros doctores me dijeron que no había nada que hacer, así lo lleven a otra parte el niño, no tiene ninguna mejoría.”* Se queja la madre que el Dr. Z. le dijo que no tenía nada que ver, *“que a él se lo entregaron dormido y que hablaran con el anesthesiólogo”* y que cuando se enteró que teníamos abogado me dijo que con *“nosotros no se entendía para hablar que el tenía su abogado y que por calumnia nos iba a mandar a la cárcel a mi hermana y a mi”* Se quejó además que había ido tres veces a la *“Defensoría del Pueblo donde le dijeron que podría ir a la cárcel porque había puesto dos tutelas”* Dijo que su hijo se encontraba en estado *“crítico, está escalado<sub>SIC</sub>”*

*Sin ninguna reacción”* y que no tenía como atenderlo. Agregó que no le habían pedido su consentimiento para hacerle la biopsia ni le explicaron los riesgos, ni había firmado ningún documento y tampoco para

la traqueotomía. Que para hacerle la biopsia eran 15 minutos y *“que eso no era nada, eso nos dijo el Dr. Z. ”*

## LA ACTUACION

La queja fue recibida en el Tribunal de Ética Médica de Nariño el 26 de enero de 2007 y el 29 de enero de 2007, el Presidente del Tribunal ordenó abrir investigación y nombró al Dr. CARLOS EFRÉN LÓPEZ RUEDA como Magistrado Instructor.

En Sala Plena del 12 de febrero, el Magistrado **LUIS HERNAN ERA-SO ROJAS** se declaró impedido invocando el artículo 56 de la Ley 906 de 2004, por existir amistad íntima con los Drs. L.A.E.M. y EL DR. R.A.M.

El 1 de febrero de 2007 el Magistrado Instructor Dr. **CARLOS EFRÉN LÓPEZ RUEDA** se declaró impedido con fundamento en el Art 82 de la Ley 23 de 1981 y los numerales 4 y 5 del Art. 99 de la Ley 600 reproducidos integralmente por los numerales 4 y 5 del Art. 56 de la Ley 906 de 2004, por tener amistad íntima con el Dr. L.A.E quién lo sucedió a él en la gerencia de una cooperativa.

En Oficio dirigido al Tribunal, el Presidente de la corporación Dr. **FA-BIO DAVID URBANO BUCHELLI** se declaró impedido por amistad con el Dr. L.A.E.M. con quién compartió la magistratura de ese Tribunal de 2005 a 2007 y por existir amistad íntima con el Dr. R.Z.M. y ser socio de su padre. (Art. 56 de la Ley 906 de 2004).

En comunicación del 19 de febrero de 2002, el Presidente del Tribunal seccional solicitó al Tribunal Nacional nombrar magistrados Ad-hoc.

En comunicación del 16 de abril de 2007, el Abogado Secretario del Tribunal Dr. ARTURO IVAN ERASO BARCO comunicó al Tribunal Nacional que además de los anteriores magistrados había pasado solicitud de impedimento el Magistrado Dr. **JOSÉ NICOLÁS RESTREPO** y solicitó nombramiento de magistrados Ad-hoc,

El secretario abogado del Tribunal certificó el 16 de abril de 2007 la aceptación de los impedimentos de los magistrados que se declararon impedidos.

El 31 de mayo de 2007 el magistrado **L.A.E.M.** se declaró impedido por haber participado en la atención del paciente, lo que fue notificado al Tribunal Nacional el 6 de Julio.

El 31 de julio de 2007 el Tribunal Nacional designó al Dr. NESTOR EDUARDO MONCAYO DE LA CALLE como magistrado Ad-hoc, quién se posesionó pero por motivos de salud no pudo sesionar.

El 4 de febrero de 2008 el Dr. JAVIER SALAS BOLAÑOS se posesionó en reemplazo del Dr. CARLOS EFREN LOPEZ RUEDA y fue nombrado Magistrado Instructor.

El 11 de agosto de 2008 se nombró magistrado instructor al Dr. GUSTAVO CAMARGO VEGA quién fue nombrado magistrado en reemplazo del Dr. JAVIER SALAS BOLAÑOS.

El 18 de Agosto de 2009 el Magistrado Instructor Dr. GUSTAVO CAMARGO VEGA solicitó la historia del paciente al Hospital Infantil Los Ángeles.

El 14 de septiembre de 2009 se recibió en Sala Plena el impedimento del Magistrado EDGAR VILLOTA ORTEGA por cercana amistad y haber sido compañeros en el Tribunal de Nariño con el Dr. L.A.R. y vínculos laborales anteriores y por amistad cercana con el Dr. R.Z.M, con quién además tiene relación laboral directa,

El 23 de Septiembre de 2009, el Presidente del Tribunal, Dr. FABIO DAVID URBANO BUCHELLI envió al Tribunal Nacional solicitud formal de cambio de despacho para el proceso por las razones anteriores.

La solicitud de cambio de radicación del proceso fue resuelta en forma negativa por el Tribunal Nacional por no llenar los elementos legales.

El 13 de octubre de 2009, el Dr. NESTOR EDUARDO MONCAYO DE LA CALLE envió oficio al Tribunal Nacional por medio del cual no aceptaba su designación como Magistrado Ad-hoc.

El 29 de octubre de 2009 el Tribunal Nacional nombró al Dr. JOSE MARIA HURTADO CORELLA como Magistrado Ad-hoc, quién en oficio del 20 de mayo de 2010, no aceptó la designación por tener conocimiento del caso del paciente y el 25 de agosto de 2010 dirigió oficio al Tribunal de Nariño en el que se declaró impedido invocando el artículo 99 Numeral 4 de Código de Procedimiento Penal.

El Tribunal Nacional nombró el 21 de septiembre al Dr. EDGARDO BENAVIDES ARCOS para integrar la sala.

El 28 de Octubre de 2010 el Dr. GUSTAVO CAMARGO VEGA se declaró impedido para actuar en el proceso por amistad cercana y relación laboral con el Dr. L.A.M. y amistad cercana con el Dr. R.Z.M., invocando la Ley 600 y la Ley 906 en el Art. 56 numerales 4 y 5.

El 22 de noviembre de 2010, el Tribunal Nacional de Ética Médica recibió una nueva solicitud de cambio de radicación del proceso,

En Sala Plena el Tribunal Nacional de Ética Médica observó que el Tribunal seccional no había enviado el auto de aceptación de los impedimentos de los Drs. Edgar Villota Ortega y Gustavo Camargo Vega, aceptación que fue enviada por el Tribunal seccional y recibidas en Tribunal Nacional el 2 de diciembre.

## **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS**

El Tribunal Nacional de Ética Médica comprende y comparte la preocupación del Tribunal de Nariño porque como quedó claro en la actuación, el juicio no se pudo llevar a cabo después de tres años de recibida la queja porque diez de sus magistrados se han declarado impedidos con causa justa, lo que amenaza las garantías procesales y como el Artículo 82 de la Ley 23 de 1981, refiere al Código de Proce-

dimiento Penal, según su artículo 46 que permite el cambio de radicación cuando ocurran circunstancias que puedan afectar las garantías procesales.

## **CAMBIO DE RADICACIÓN.**

**ARTÍCULO 46. FINALIDAD Y PROCEDENCIA.** *El cambio de radicación podrá disponerse excepcionalmente cuando en el territorio donde se esté adelantando la actuación procesal existan circunstancias que puedan afectar el orden público, la imparcialidad o la independencia de la administración de justicia, las garantías procesales, la publicidad del juzgamiento, la seguridad o integridad personal de los intervinientes, en especial de las víctimas, o de los servidores públicos.*

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

## **RESUELVA**

**ARTÍCULO PRIMERO.** Conceder el cambio de radicación solicitado por el Tribunal de Ética Médica de Nariño, y considerando que el más adecuado, por razones locativas, para asumir el conocimiento de este proceso es el Tribunal Seccional de Ética Médica del Cauca, le asigna la competencia a éste Tribunal Seccional de Ética Médica. **ARTÍCULO SEGUNDO.** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo pertinente. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**

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

Bogotá, noviembre veintitrés (23) del año dos mil diez (2010).

**SALA PLENA SESION No. 1067 DEL VEINTITRES (23)  
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ (2010)**

Ref: Proceso No. 530 del Tribunal de Etica Médica de Santander

Contra: Dra. N.B.P.C.

Denunciante: N.S.B.

Asunto: Apelación

Magistrado Ponente. Dr. Germán Peña Quiñones

Providencia No. 102 -2010

**VISTOS:**

El Tribunal de Ética Médica de Norte de Santander, en reunión del 4 de octubre de 2010 se abstuvo de abrir investigación en contra de la Dra. N.B.P.C., y el 12 de octubre de 2010, recibió recurso de reposición y en subsidio apelación firmado por el Sr. Nicolás Salazar Bautista; el Tribunal seccional, en Sesión del 25 de octubre de 2010 decidió no reponer el auto del 4 de octubre y conceder el recurso de apelación interpuesto subsidiariamente, por lo que el proceso fue enviado al Tribunal Nacional de Ética Médica donde fue recibido el 10 de noviembre de 2010 y puesto en reparto en Sala Plena del 16 de noviembre, le correspondió a Germán Peña Quiñones.

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



## HECHOS:

El 9 de octubre del 2009, el Tribunal de Ética Médica de Norte de Santander recibió oficio enviado por el Dr. E.M.J., de la Oficina de Vigilancia y Control del Instituto Departamental de Salud con la queja que el Sr. N.S.B., había puesto en esa dependencia contra la Dra. N.B.P. por la atención que ella le había prestado a la menor L.M.P.V. de 13 años de edad, paciente inmunosuprimida a causa de infección por VIH/SIDA que sufría desde los dos años de vida, acusándola de haberla sobredosificado con el medicamento EFAVIRENZ de 600 mgrs, prescribiéndole una tableta y media al día, droga que otro médico disminuyó a media tableta al día, argumentando además que la dosis para adultos es de 600 mgrs/día. Se adjuntó también el informe que la EPS SALUDVIDA envió a la Oficina de Vigilancia y Control, respondiendo al interrogatorio que dicha oficina había requerido de esa entidad; en dicho documento de 25 folios se incluía el informe de la IPS VIHONCO, entidad especializada en el manejo de patologías catastróficas (Oncología y VIH/SIDA) con los soportes de la atención brindada a la menor y la acreditación de los profesionales y con certificación de la capacitación en el área de infectología y en el tratamiento de VIH/DSIDA de la Dra. Pacheco. En ese informe de la IPS se certifica que se llevó a cabo un comité, con la participación del Infectólogo Dr. AGUSTIN VERA en el que se dejó constancia de que no existió sobre dosificación y que el deterioro de la paciente se debía a consunción.

## LA ACTUACION

El 9 de octubre del 2009, el Tribunal de Ética Médica de Norte de Santander recibió oficio del Instituto Departamental de Salud con la queja que el Sr. N.S.B., Director de la Fundación para la protección de la vida PROVIDA había puesto en esa dependencia contra la Dra. N.B.P. por denuncia que le había hecho a él la FUNDACIÓN HOASIS EL REFUGIO (denuncia que no se incluye en el proceso) le había hecho por la atención que la médica había prestado a la menor L.M.P.V. de 13 años de edad.

El Tribunal Seccional, en reunión del 4 de octubre de 2010 consideró que había evidencia que relevaba de responsabilidad a la Dra. P., y se abstuvo de abrir investigación en su contra.

El 12 de octubre de 2010, el Tribunal seccional recibió recurso de reposición y en subsidio apelación firmado por el Sr. N.S.B. y el Tribunal Seccional en Sesión del 25 de octubre de 2010 decidió no reponer el auto del 4 de octubre y conceder el recurso de apelación interpuesto subsidiariamente.

### **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS**

El Sr. N.S.B. argumenta en su recurso de apelación que la paciente falleció a raíz de daño hepático y por sobredosificación con Efavirenz y además hace cargos a la IPS VIHONCO y sugiere que la paciente pudo haber sido objeto de experimentación.

El Tribunal Nacional de Ética Médica nota que no se solicitó la historia clínica de la paciente que fue tratada durante 11 años para su enfermedad y que en la información enviada por la IPS VIHONCO no aparece ningún examen clínico completo de la paciente ni notas periódicas de su evolución y también considera que es importante conocer la evolución de la paciente en el tiempo transcurrido entre la queja y su fallecimiento y además considera que se debe conocer la información en la que se basa el quejoso para asegurar que la menor falleció por daño hepático.

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 decisión del Tribunal Seccional de abstenerse de abrir investigación en contra de la Dra. N.P. **Artículo Segundo.** Ordena abrir investigación en contra de la Dra. N.P. **Artículo Tercero:** Devolver éste expediente al Tribunal de origen para lo pertinente. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

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

Bogotá, marzo veinticinco (25) del año dos mil catorce (2014).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1216 DEL VEINTICINCO  
(25) DE MARZO DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014)**

REF: Proceso No. 1073, Tribunal Seccional de Ética Médica de  
Risaralda

Contra: Dr. P.N.M.H.

Denunciante: Señor N.P.H.

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado ponente: Dr. Juan Mendoza-Vega

Providencia No. 27-2014

**VISTOS:**

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío, en decisión de Sala Plena del 11 de Febrero de 2014, resolvió no reponer su decisión del 18 de Diciembre de 2013, por la cual decidió archivar la queja presentada por el señor N.P.H. y concedió la apelación solicitada en subsidio, por lo cual envió las diligencias al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

El cuaderno respectivo se recibió en este Tribunal Nacional el 7 de Marzo de 2014; puesto para reparto en Sala Plena del 11 de Marzo, 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 26 de Agosto de 2013, el señor N.P.H. presentó ante el Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío, queja contra “el doctor P.N.M (sic), su médico ayudante G.R., su instrumentador Diego López y su circulante Isabel Cristina Salazar” por presuntas faltas ocurridas durante la cirugía que le practicaron a su hijo J.D.P.N., el día 21 de Septiembre de 2010. Según la queja, el doctor P.N.M.H. corrigió en la fecha mencionada con una circuncisión la fimosis que presentaba el niño P.N, entonces de tres (3) años de edad, pero “la cirugía quedó mal hecha” y el niño presenta problemas “psicológicos” que lo afectan tanto a él como a “las personas que conformamos su núcleo familiar”.

El tribunal seccional aceptó la queja, realizó averiguación preliminar durante la cual recibió ratificación y ampliación juramentada de la queja por parte tanto del señor N.P. como de la señora S.M.N.G., madre del niño J.D.; examinó la copia de historia clínica, oyó en versión libre y sin juramento al doctor P.N.M.H. , quien se identificó como médico de la Universidad Tecnológica de Pereira y cirujano pediatra especializado en Buenos Aires, Argentina. Con base en el acervo probatorio, el tribunal seccional consideró que no hay mérito en el caso para adelantar investigación formal y decidió decretar el archivo del expediente.

Contra dicha resolución presentó el quejoso, en escrito fechado el 6 de Febrero de 2014 recibido en el tribunal seccional el mismo día, recursos de reposición y en subsidio de apelación; negada la reposición el 11 de Febrero, fue concedida la apelación subsidiaria que se resuelve en la presente providencia.

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS.

Como lo señala el tribunal de primera instancia en la parte motiva de la providencia recurrida, la historia clínica recoge con los detalles ade-

cuados tanto la descripción del procedimiento quirúrgico de circuncisión como las recomendaciones postoperatorias que se dieron a los padres del pequeño paciente y la ausencia de complicaciones postoperatorias, ya que sólo dos años y medio después de la intervención vuelve a consultar por síntomas no relacionados con el anterior tratamiento y al estudiarlo se le encuentran válvulas uretrales que no son producto de la circuncisión. La queja de los padres se refirió al aspecto con que quedó el pene circuncidado, el que ellos consideran inadecuado, así como a presuntas afirmaciones de otros médicos que habrían dicho que la operación había sido mal practicada; estas afirmaciones no pudieron ser concretadas por los quejosos, pues dijeron no recordar los nombres de esos doctores ni sus palabras precisas. Tal indefinición y las anotaciones de la historia clínica fueron la base para la decisión de archivo.

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

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

Contra la decisión de archivo no proceden recursos, pues solamente es susceptible de una orden de reanudar la indagación “si surgieren nuevos elementos probatorios”; esta posición se ha adoptado por el Tribunal Nacional de Ética Médica en varias ocasiones, la más reciente de las cuales se halla en la providencia 25-2014 con ponencia del

magistrado doctor Francisco Pardo Vargas. En consecuencia, no es procedente estudiar un recurso de apelación como el del caso que se estudia, menos aun si el pretendido recurrente no aporta prueba alguna distinta de sus personales puntos de vista ya analizados por el tribunal de primera instancia.

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

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

### **RESUELVA:**

**Artículo Primero** - Abstenerse de estudiar la apelación impetrada contra la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío, en el proceso 1073, por la cual se ordenó el archivo de la queja contra el doctor P.N.M.H., por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **Artículo Segundo.** - Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo. **Artículo Tercero.-** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**

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

Bogotá, febrero diez (10) del año dos mil nueve (2009).

**SALA PLENA SESION No.988 DEL DIEZ ( 10 ) DE  
FEBRERO DEL AÑO DOS MIL NUEVE (2009).**

Ref: Proceso Número. 586, Tribunal Seccional De Ética Médica Del  
Meta

Contra El Doctor J.R.A.R.

Denunciante: Señor R.A.M.C.

Asunto: Recurso De Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega

Providencia No. 05-2009

**VISTOS:**

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, en Sala Plena del 30 de Octubre de 2008, resolvió ordenar el archivo de la queja presentada por el señor R.A.M.C., contra el doctor J.R.A.R., por considerar que los hechos denunciados no constituyeron violación a las disposiciones de la ética médica ni de la *Lex Artis ad hoc*.

La decisión del tribunal de primera instancia fue recurrida para reposición y en subsidio apelación por el quejoso, en escrito fechado el 5 de Noviembre de 2008, recibido en el tribunal seccional el mismo día. En Sala Plena del 4 de Diciembre de 2008, el tribunal resolvió no reponer su fallo y concedió la apelación impetrada, por lo que remitió las diligencias a este Tribunal Nacional para lo de competencia.

Recibido el cuaderno que contiene la actuación el 19 de Enero de 2009, cuando había transcurrido la suspensión de términos por las festivi-



dades de Año Nuevo, fue puesto para reparto en Sala Plena del 20 de Enero, 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 14 de Agosto de 2007, el señor R.A.M.C. presentó ante el Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, queja contra el médico pediatra J.R.A.R. , por presuntas fallas en la atención que le prestó al niño de tres años de edad, M.A.M.A., entre el 8 y el 21 de Julio de 2007.

Según afirma el señor R.A.M.C. , su hijo M.A. fue llevado a consulta en el Hospital Militar de Apiay, Meta, el 8 de Julio de 2007 porque presentaba cefalea persistente y vómito reiterado; fue examinado por el médico pediatra, doctor J.R.A.R., quien sospechó infección gastrointestinal y ordenó el tratamiento ambulatorio respectivo.

En los días siguientes el niño no mejoró, por lo que sus padres lo llevaron a consulta en la Clínica Martha de la ciudad de Villavicencio; allí fue de nuevo visto por el doctor A., a quien se llamó por tratarse de un enfermito beneficiario de una persona cubierta por el sistema de salud de las Fuerzas Militares; el nuevo examen no mostró datos clínicos adicionales, pero ante la presencia de vómito repetitivo y cefalea, el doctor A., a petición de la familia mantuvo hospitalizado al niño y solicitó examen y concepto del Neurólogo, doctor R.M.O.V., quien pensó en cuadro de infección meníngea y trató de practicar punción lumbar para examen de líquido cefalorraquídeo; como no fuera posible tal procedimiento, resolvió ordenar Tomografía Axial Computarizada de cráneo, la cual mostró tumor intraventricular de gran tamaño, situado hacia la línea media, con especial compromiso del tercer ventrículo y gran hidrocefalia obstructiva; este resultado llevó a remitir el niño al Hospital Militar Central en Bogotá, donde fue intervenido por Neurocirujano pero sin que se lograra extirpación completa del tumor; el

niño se agravó rápidamente y falleció el 27 de Julio de 2007. El examen histopatológico de los tejidos extirpados en la cirugía, visible a folio 185 recto, mostró Tumor Neuro-ectodérmico Primitivo.

El señor M, concretó su queja en la presunta renuencia del doctor Á. a hospitalizar al niño M.A. y en una nota que escribió este doctor en la historia clínica del menor, donde se lee (folio 11 recto): "...se le explica la radiografía al padre, explicándole en forma clara, haciéndolo entrar de Urgencias, anoto estos comentarios por lo difícil y la agresividad del padre hacia la clínica y el personal tratante, para que no haya posteriormente motivo de queja justa hacia el personal de la clínica"; nota que el quejoso considera "uso malintencionado de la historia clínica... no se puede utilizar este medio para denigrar y aprovechar el dolor de las personas, para hablar mal de las mismas" (folio 1 recto).

El tribunal de primera instancia, tras analizar las historias clínicas de las entidades donde fue atendido el menor M.A., así como la queja, su ampliación bajo juramento y las declaraciones juramentadas de otros médicos que participaron en este asunto, concluyó que el niño fue atendido de acuerdo con sus necesidades clínicas, que la actuación del pediatra doctor Á., no infringió la ética médica ni la *Lex Artis ad hoc*, que la demora en diagnosticar el tumor cerebral se explica precisamente por la clase histológica de la lesión, que es de crecimiento muy rápido, y por su situación anatómica que hizo prácticamente inexistentes los signos neurológicos; en consecuencia, resolvió que no ha lugar la queja y que las diligencias respectivas deben archivarse.

La providencia fue recurrida para reposición y en subsidio apelación por el quejoso, dentro de los términos legales. El tribunal negó la reposición y concedió la apelación, que se resuelve en el presente fallo.

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:

La calidad de médico del disciplinado y los detalles de su participación en la atención al niño M.A.M se hallan debidamente probados en el informativo.

El quejoso sustenta su apelación en tres argumentos:

1. Que a su hijo no se le realizó el tratamiento adecuado, pese a que el tumor que padecía era congénito (“había nacido con él”), porque el doctor Á. en sus controles pediátricos periódicos no le ordenó las escanografías (TAC) que hubieran podido mostrar la lesión antes de que llegara a provocar la gravísima situación que terminó con el fallecimiento del niño afectado.
2. Que la anotación en la historia clínica sobre su presunta agresividad durante alguna o algunas consultas, “transgrede el capítulo 3, artículo 34”, presuntamente de la Ley 23 de 1981, porque la historia clínica no es “para denigrar, criticar u opinar sobre las familias de los pacientes”.
3. Que se violó en la averiguación preliminar el debido proceso “porque no se allegaron todas y cada una de las pruebas”, las cuales según su escrito consistirían en haber pedido explicación al pediatra sobre por qué no ordenó TAC repetidos al niño durante sus primeros años de vida, haber llamado a declarar a la madre del niño y también a los médicos que lo atendieron en el Hospital Militar Central.

Sobre el punto primero, el tribunal de primera instancia da respuesta cumplida desde el punto de vista científico, al decir que el Tumor Neuro-ectodérmico Primario no es lesión congénita en este caso, porque si lo hubiera sido habría dado signos y síntomas graves desde los primeros meses de vida del enfermo, ya que se trata de un proceso muy maligno, de crecimiento rápido y que según los autores científicos, suele alcanzar gran tamaño antes de que se haga el diagnóstico respectivo. Además, como también lo aclara el tribunal de primera instancia, los

exámenes repetidos de Tomografía Axial Computarizada no forman parte de ninguna rutina de control pediátrico y sólo deben realizarse si hay razones clínicas para ordenarlos, si el infante muestra algún signo de lesión neurológica, lo que en este caso no ocurrió. El argumento del recurrente, pues, no es de recibo.

Al punto segundo, debe responderse que las notas en la historia clínica deben contener todo aquello que, a juicio de los profesionales tratantes, sea importante para entender el proceso patológico del enfermo, incluyendo su situación familiar, social, etc. Los términos de la nota que aparece en el proceso y que cita el quejoso, no son denigrantes, no dicen que la actitud del padre haya dificultado la atención del niño y en nada violan el artículo 34 que cita el recurrente, cuyos argumentos no son de recibo.

En cuanto a la violación del debido proceso por no haber “allegado todas y cada una de las pruebas” que en ninguna parte aparecen solicitadas y que, a la luz del informativo, no eran necesarias ni pertinentes, este Tribunal Nacional considera que no se ha configurado y por lo mismo la petición de nulidad con tal base no ha lugar.

Será entonces necesario confirmar la decisión de primera instancia, en todas sus partes.

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 decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, de archivar lo actuado ante la queja presentada por el señor R.A.M.C. contra el doctor J.R.A.R, por las razones contenidas en la parte motiva de esta providencia. **Artículo Segundo.** - Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo. **NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.**

---

FDO. JUAN MENDOZA VEGA Presidente - Magistrado Ponente;  
GUILLERMINA SCHOONEWOLFF DE LOAIZA, Magistrada;  
MIGUEL OTERO CADENA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA  
ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO,  
Secretaria.

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

**SALA PLENA SESION No.1075 DEL VEINTIDOS (22)  
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011).**

REF: Proceso No. 372, Tribunal Seccional de Ética Médica del  
Atlántico

Contra: Dr. E.G.D.

Denunciante: J.L.G.

Asunto: Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza- Vega. M.D.

Providencia: No. 15-2011

**VISTOS:**

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, en Sala Plena del 15 de Septiembre de 2010, resolvió imponer al doctor E. G.D. la sanción de Suspensión en el Ejercicio Profesional por lapso de tres (3) meses, dentro del proceso 372 adelantado con base en la queja presentada por el señor J.L.G de la H.

El abogado Oswaldo Marrugo Ortega en su condición de defensor del doctor G, presentó, en escrito sin fecha recibido en el tribunal seccional el 8 de Octubre de 2010, recurso de reposición y en subsidio el de apelación contra la providencia mencionada. En Sala Plena del 15 de Diciembre de 2010 el tribunal de primera instancia decidió no reponer la providencia impugnada y concedió la apelación subsidiaria, por lo que envió el proceso al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

El cuaderno que contiene las diligencias fue recibido en el Tribunal Nacional el 28 de Enero de 2011; puesto para reparto en Sala Plena del 1 de Febrero, correspondió por sorteo al Magistrado Juan Mendoza-Vega.

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

### HECHOS:

Con fecha 8 de Julio de 2007, el Tribunal Nacional de Ética Médica recibió de la secretaría general del Ministerio de Protección Social la queja presentada por el señor J.L.G de la H. contra el doctor E.G.D.; como el médico trabajaba en la Clínica del Norte de la ciudad de Barranquilla y los hechos ocurrieron en esa ciudad, se envió el asunto al Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico por competencia.

El tribunal seccional recibió la queja, abocó la investigación y en el curso de ella recibió ratificación y ampliación de la queja bajo juramento, por parte del señor J.G de la H., así como el testimonio juramentado de la señora P.G. de la H., madre del niño O.D.Á.G, presunto perjudicado con la actuación del doctor E. G.D. .

Según los quejosos, el doctor E.G.D. en contacto telefónico con la señora P.G. de la H. fijó el día viernes 6 de Julio de 2007 a las 9 de la mañana para atender en consulta, en la Clínica del Norte de Barranquilla y por cuenta de la EPS Saludcoop, al niño O.D.Á.G.. El día mencionado, como la señora P. no pudo viajar por razones de su trabajo, el niño O.D. fue llevado desde Sincelejo, lugar de su residencia, a Barranquilla por su tío J.L.G de la H.; llegaron a la Clínica del Norte poco antes de las 9 de la mañana y allí el personal de secretaría les informó que la consulta del doctor E.G.D. para pacientes de Saludcoop no era los viernes sino los jueves, por lo que el doctor no estaba presente para atenderlos; como el señor G de la H., tras confirmar telefónicamente con su hermana los datos de día y hora de la cita, pidiera a la secretaria E. del R. el favor de informarle el número de teléfono al que pudiera

llamar para hablar con el doctor E.G.D. , ella accedió y el señor G. habló con el médico quien le dijo que estaba ocupado pero vendría más tarde a atender la cita; sin embargo fueron necesarias otras llamadas telefónicas entre las 10 y las 11 de la mañana para lograr que el doctor E.G.D. se presentara hacia las doce del día y, ante los reclamos verbales del señor G., le reiteró que su consulta era los días jueves y que si no estaba satisfecho cambiara de médico; el señor G. le respondió que precisamente eso haría y entonces el médico E.G.D. entró a la clínica sin atender al niño Á., por lo que el señor G. se devolvió con éste hacia Sincelejo. Posteriormente el paciente fue enviado por Saludcoop a consulta con un especialista en la ciudad de Cartagena.

El tribunal de primera instancia consideró, después de oír en declaración injurada al doctor E. G.D., quien negó totalmente haber dado la cita telefónica para consulta, haber ido a la Clínica del Norte el día y hora de los hechos, haber tenido con el señor G. de la H. el intercambio verbal relatado, que hallaba razones para plantear pliego de cargos al disciplinado por presunta falta contra los artículos 7, 9, 15 y 42 de la Ley 23 de 1981 y los concordantes del decreto reglamentario 3380 de 1981; así lo hizo en decisión de Sala Plena del 25 de Febrero de 2009 y le fijó fecha para la diligencia de descargos.

El doctor E. G.D. rindió sus descargos ante la Sala Plena el 29 de Abril de 2009 asistido por su defensor, el abogado Oswaldo Marrugo Ortega; negó de plano haber dado la cita telefónica para el niño O.Á, haber estado presente en la Clínica del Norte el viernes 6 de Julio de 2007 hacia el mediodía, haber tenido intercambio de palabras con el señor G. e inclusive conocer siquiera a esa persona, por lo que no sabe explicarse la razón de la queja contra él. Citó como testigo a la secretaria Erika del Río, quien declaró bajo juramento que las citas para consultas de Saludcoop se daban por intermedio de un “call-center” al que llamaban para esos efectos los afiliados, que ella tenía prohibido dar a los usuarios los números de teléfono de los médicos y que a ella no le constaba que el doctor E.G.D. hubiera tenido nunca discusión con algún paciente o sus parientes en la Clínica del Norte. De igual modo



citó como testigo a la señora D. U, quien para la fecha de los hechos se desempeñaba como coordinadora de consulta externa especializada en la Clínica del Norte y quien bajo juramento dijo que las citas para tal clase de consulta se daban solamente por el “call-center”, que no tenía conocimiento de altercado entre el doctor E.G.D. y alguna persona por razón de tales consultas y que en su concepto el doctor era persona amable con sus pacientes.

Como el señor G. de la H. había aludido en su declaración a una carta de Saludcoop sobre el problema, se le pidió suministrar copia de ella y se obtuvo así una comunicación firmada por el doctor A.C.C., vicepresidente científico de Saludcoop, quien con fecha 21 de Agosto de 2007 afirmó: “Se constató además que la cita en mención fue dada por el mismo especialista de manera telefónica, lo cual a todas luces no es el conducto regular para tales efectos. Luego del proceso de auditoría correspondiente se concluyó que el día de la cita el doctor se encontraba realizando interconsultas a pacientes hospitalizados, lo cual retrasó la atención de la consulta programada.” Esta carta fue autenticada debidamente por Saludcoop (folio 172 recto).

El tribunal de primera instancia no encontró aceptables los descargos rendidos por el doctor E.G.D. ni su total negativa de los hechos investigados, en especial de la cita convenida telefónicamente con la madre del niño enfermo, porque un documento firmado por el vicepresidente científico de Saludcoop admite que sí se produjo tal cita y que con ella se violó el conducto regular dispuesto por la EPS para las citas, documento que es fehaciente y no puede ser desvirtuado por la sola negativa del disciplinado; en consecuencia, le impuso al doctor E. G.D. la sanción de suspensión en el ejercicio profesional por tres meses. La sentencia fue recurrida dentro de términos por el abogado defensor del doctor E.G.D. y el tribunal seccional, tras negar la reposición, concedió la apelación que se resuelve en la presente providencia.

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

El abogado Oswaldo Marrugo Ortega, actuando como defensor del doctor E. G.D., inicia la sustentación de su recurso con varias páginas de argumentos en los que intenta poner en duda la legalidad de todo el sistema ético disciplinario médico vigente en Colombia, señalando presuntas fallas y vacíos jurídicos de la Ley 23 de 1981 que podrían, según él, llevar a “una decisión contraria a derecho, injusta, viciada de prevenciones y sesgos”; abunda también en disquisiciones sobre diversos puntos de derecho procesal. Este Tribunal Nacional considera indispensable recordar al distinguido memorialista que la Ley 23 de 1981 se encuentra plenamente vigente, que los tribunales por ella creados llevan casi treinta años de funcionamiento respetable y respetado en toda la nación y que no es de recibo plantear contra ellos objeciones de ilegalidad en un libelo de apelación que en el ejercicio del Derecho tiene finalidades y límites muy distintos.

Al concretar las objeciones contra la sentencia recurrida, el defensor pone en duda las declaraciones de los quejosos, considera que las declaraciones de la secretaria E. del R. y de la coordinadora de consulta externa D. U. confirman plenamente la reiterada negativa del disciplinado cuando afirma que no dio la cita ni estuvo en la Clínica del Norte el día y hora de los hechos que relata el quejoso G. de la H., y sostiene que Saludcoop con la firma de su vicepresidente científico “manifiesta una falsedad” porque según el doctor M. G, director médico del programa Saludcoop en la Clínica del Norte en la época de los hechos, no hay evidencia de que se realizara auditoría sobre el caso tantas veces mencionado por parte de ningún funcionario de Saludcoop.

Respecto a la queja misma, este Tribunal Nacional no ve razones para tacharla de falsedad o siquiera ponerla en duda; no se vislumbran motivos para que los señores G. de la H. acusen al médico G.D., de quien no son conocidos, e inventen contra él toda la trama de la cita telefónica y del altercado verbal por el incumplimiento; tampoco tiene lógica pretender que el señor G. viajó con su sobrino desde Sincelejo hasta

Barranquilla en las primeras horas del día de los hechos sin tener la creencia fundada de que había una cita médica pendiente a la que debían acudir afrontando las incomodidades y gastos del viaje.

Las declaraciones que analiza la defensa para sustentar la negación de los hechos que reitera el disciplinado, en estricto sentido no contradicen lo afirmado en la queja, porque las respuestas de las personas interrogadas son todas generalizantes, del tipo “nunca doy el número de teléfono de los doctores porque está prohibido” y “no me consta que el doctor hubiera tenido altercado con algún paciente durante el tiempo que trabajé en ese sitio” o inclusive “no recuerdo a ese usuario”.

En cuanto al documento de Saludcoop en el que se admite que el doctor (obviamente el involucrado, doctor E. G.D. ) dio la cita por teléfono, la pretensión del recurrente de hacerlo ver como portador de una falsedad no es de recibo, porque la certificación visible a folio 208 recto, emitida por la Clínica General del Norte con fecha 5 de Octubre de 2010 solo afirma que “en los archivos existentes en el sistema, no se encontró evidencia de que la EPS Saludcoop o algunos de sus representantes haya (sic) realizado proceso de auditoría en relación con el caso del paciente O.D.D., por lo menos con la dirección médica del programa de ese momento, se sugiere verificar si esa auditoría fue realizada en el programa Saludcoop manejado en el departamento de Sucre”; puede verse en primer lugar que el apellido del paciente, D., es distinto del que lleva el niño enfermo para el cual se pidió la tantas veces mencionada cita, quien se llama O.D.A.G., de modo que este certificado no corresponde a la misma persona, pero además queda siempre abierta la posibilidad de que la revisión de auditoría hubiera sido realizada en sitio y archivos distintos de los que custodia la Clínica General del Norte, por lo que la certificación original de Saludcoop mantiene toda su validez probatoria.

Será necesario entonces confirmar la decisión del tribunal de primera instancia, pero este Tribunal Nacional considera que la sanción se ha impuesto con gran severidad, mayor que la merecida por un médico que hasta ahora ostenta hoja de vida totalmente limpia y aún cuando

en el caso presente se ha mostrado contumaz en la negación de los hechos, por lo que procederá a disminuirla.

Bastan las consideraciones precedentes 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 Atlántico por la cual sanciona al doctor E. G.D. , identificado con la Cédula de Ciudadanía número ... expedida en Barranquilla y el Registro Médico N° ... de la Secretaría de Salud del Atlántico, dentro del proceso 372 abierto con base en la queja presentada por J.G. de la H, pero disminuyendo la sanción a Suspensión en el Ejercicio Profesional por lapso de quince (15) días, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **Artículo Segundo** – Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

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

Bogotá, diciembre tres (03) del año dos mil trece (2013).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1205 DEL TRES (03) DE  
DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

REF: Proceso No 565 del Tribunal de Etica Médica del Atlántico  
Contra el Dr. A.M.S.

Demandante: Sra. M.E.L.R.

Magistrado ponente: Dr. Lilian Torregrosa Almonacid  
Providencia No. 103-2013

**VISTOS:**

Mediante fallo del 4 de septiembre de 2013 el Tribunal de Etica Médica del Atlántico decidió conceder el recurso de apelación contra el fallo del 24 de julio de 2013 mediante el cual sancionó al Dr. A.M.S., con censura escrita y pública. La apelación fue presentada el 27 de agosto de 2013 y enviada al Tribunal Nacional de Etica Médica donde se recibió el 16 de septiembre. Puesta para reparto en Sala Plena del 24 de septiembre, correspondió por sorteo a la Magistrada Lilian Torregrosa Almonacid.

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

## HECHOS:

El 10 de agosto de 2010 recibió el Tribunal de Ética Médica del Atlántico queja interpuesta por la señora M.E.L.R., contra el médico de urgencias de la Clínica de La Costa M.S. por supuestas fallas en la atención prestada a su hija de 13 años, A. del R. C.L., el día 20 de julio de 2010.

El tribunal seccional aceptó la queja, abrió la investigación y en el curso de ella recibió ratificación y ampliación juramentada de la misma por parte de la señora L.R., oyó en versión libre al doctor M.S., en declaración juramentada a la Dra. L. M., Otorrinolaringóloga y al señor J.P.A. quien acompañaba a la quejosa y su hija la madrugada de los hechos, y estudió la historia clínica de la menor. Así mismo consideró escrito radicado en el Tribunal el 30 de septiembre por el médico investigado, en el que exponía su versión sobre los hechos ocurridos y solicitaba acelerar los trámites de la investigación ético disciplinaria en su contra.

De acuerdo con los registros de la historia clínica la menor A. del R. C.L, consultó el 21 de julio de 2010 a las 02:55 am al servicio de urgencias de la Clínica de La Costa, por síntomas de *“dolor de oído”, “cuadro de +-seis días de evolución consistente en otalgia sin otorrea, refiere familiar que consultó a médico particular quien le ordena tratamiento médico con corticoides y glicerina sin respuesta al tratamiento. No consulta a su EPS sino el día de hoy por presentar exacerbación del cuadro clínico- sin otra sintomatología”*.

Al ingreso después de una historia clínica completa, que incluyó el registro de todos los signos vitales, el examen general de la niña y los hallazgos a la otoscopia de *“Oído derecho membrana levemente eritematosa con inclusión timpánica cono de luz presente ,membrana timpánica no abombada. Oído izquierdo eritema leve en pars tensa superior cono luz presente...”*, se registró el diagnóstico de *“Otitis media aguda no supurativa”* y en las órdenes médicas se anotó *“...Se considera TRIAGE IV se remite a consulta externa a consulta priori-*

*taria se ordena tratamiento con macrólido y gotas óticas cita control en tres días ... Claritromicina capsula o tableta 500 mg 1 tableta cada 12 horas Panotil gotas óticas, aplicar 3 gotas cada oído cada 8 horas.” Al final de la atención se registró lo siguiente “ Nota: Paciente y familiares de comportamiento grocero (sic) y ofensivo al personal, no aceptan clasificación de triage” Firmó “A.M.S, MÉDICO GENERAL. U. CARTAGENA”*

Las notas de enfermería correspondientes a la madrugada del 21 de julio de 2010, y registradas a las 3:30 de la madrugada, se refirieron al mismo cuadro clínico y a la valoración por el médico de turno quien después de la otoscopia en la que diagnóstico “*infección en oído*” formuló a la paciente y citó a un control en consulta externa.

La señora L.R, manifiesta en su queja que fue recibida en urgencias por el médico M., quien reclamó por haber llevado la paciente a ese servicio, con una patología que no se consideraba urgente “*lo primero que me dijo fue que para que la había llevado a urgencia si la otitis no era una urgencia*”, posteriormente ante la insistencia de la madre hizo referencia al valor que debía cancelar la usuaria del servicio “*según él si la atendía, debía pagar 13.000 pesos por la consulta, de acuerdo a lo indicado en un plegable que me mostró*” y procedió a formularla “*Por lo tanto le prescribió Claritromicina y panotil gotas y me entregó la receta y le colocó en el encabezado Particular y me dijo que la amoxicilina debe ir acompañada de Claritromicina. Le dije entonces que como la iba a recetar sin revisarla*”... el médico M., de no muy buena gana revisó los oídos de mi hija *Angélica, pero no hizo ningún comentario de su auscultación.... Por lo tanto debí regresarme con mi hija a la casa, con el dolor de oídos y con unas medicinas que tampoco le mejoraron*” Finalmente menciona la quejosa que el médico no brindó una atención oportuna e idónea y “*no tuvo sensibilidad con el fuerte dolor de oído que tenía mi hija, que es una menor de trece años...*”

Al día siguiente, según relato de la madre, dado que la niña no presentaba mejoría, fue trasladada a consulta externa particular de Otorrinolaringología en el Centro OTOCEN, allí fue atendida y en la historia

clínica la especialista registró *“Enfermedad actual: refiere otalgia de siete días de evolución de oído derecho está tratada con amoxicilina”* encontró un conducto auditivo externo inflamado e impactación de cerumen, diagnosticó una otitis externa infecciosa y ordenó Fixamicin y Mesulid. El 24 y posteriormente el 29 de julio se registraron notas de control según las cuales se ordenó Auralyt y Actron respectivamente a la paciente y en la última consulta se anotó que se realizó una aspiración; con este tratamiento la niña se recuperó.

En su ratificación y ampliación de queja bajo juramento la quejosa afirmó que el médico *“le negó la atención” a su hija y aclaró “con esta frase quiero decir que llegué a la urgencia de la clínica de la Costa.... Y la respuesta que recibí del médico M., fue que: para que trajó a la niña si esto no es una urgencia, cuando realmente si lo es porque era un dolor agudo de oído y necesitaba ser atendido urgentemente pues ella llevaba más de cuatro horas con la evolución del dolor. Cuando le dije que por lo menos me la revisara, me dijo que no lo iba a hacer porque el no tenía otoscopio en ese momento se presentó una enfermera con el aparato y le dijo doctor aquí hay uno, ante esto a el no le quedó otra alternativa que revisar o examinar a mi hija, aunque lo hizo pero no me dio ningún diagnóstico, ni dejó sentado nada en una historia”* Posteriormente reitera *“no cancelé ningún honorario médico ni a la clínica , porque reitero no recibí ninguna atención... esta queja fue motivada por la insensibilidad que manifestó el médico M. ante el dolor de mi hija, quien es una menor de edad y que su dolor era muy fuerte y requería atención urgente y lamentablemente hoy es muy común esta insensibilidad, incluso en el momento en que llegué a la barra de urgencia no encontré a nadie y debí buscar al personal para que me atendiera, incluso el médico daba señales de haber sido despertado”*.

Por su parte el acusado, Dr. M.S. , en su versión libre del 4 de junio de 2012, al ser confrontado con la anterior queja, afirmó que atendió a la niña tan pronto ingresó, pues la madre se encontraba tan angustiada que no realizó ningún proceso de registro en las ventanillas de ur-



gencias y acudió directamente al interior del área de urgencias donde se encontraba el personal de turno, al realizar el TRIAGE procedió a explicarle a la madre que de acuerdo con esta evaluación inicial, la clasificación de su estado de salud la ubicaba en un TRIAGE III el cual de acuerdo con el protocolo institucional debía ser atendido en la consulta externa prioritaria. Explica que la mención del valor de la consulta se hizo como parte de la explicación del protocolo de la Clínica, donde se debía informar a los pacientes sobre los copagos establecidos para cada tipo de atención según la clasificación de la urgencia y que para el presente caso por tratarse de un TRIAGE III el valor era de 13.000 pesos. Dado que la madre reclamaba por una atención inmediata, procedió a realizar un examen físico completo y de acuerdo con él procedió a formular a la menor tal y como se registró en la historia clínica institucional y le recomendó que continuara su atención en la consulta externa prioritaria. Ante esta conducta, manifiesta el doctor M., “ La mamá de la paciente mostró su inconformismo”

Frente al informe de conclusiones presentado por el Magistrado instructor el 7 de noviembre de 2012 se decidió elevar pliego de cargos contra el Dr. A.M.S. por presunta violación de los artículos 10<sup>1</sup> 11<sup>2</sup> y 34<sup>3</sup> de la Ley 23 de 1981 concordantes con el decreto 3380 de 1981, y

---

1 ARTICULO 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

PARAGRAFO. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.

2 ARTÍCULO 11. – La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas.

3 ARTÍCULO 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 o en los casos previstos por la Ley.

los artículos 3<sup>4</sup> y 4<sup>5</sup> de la resolución 1995 de 1999.

El médico presentó oportunamente sus descargos en los cuales reiteró que tal y como lo registró en la historia clínica, atendió a la menor de edad en el servicio de urgencias tan pronto como fue requerido y que formuló los medicamentos indicados para el caso ( antibióticos de segunda línea, dado el fracaso terapéutico referido por la madre con el antibiótico inicial amoxicilina) y finalmente orientando a la familiar de la menor sobre los controles que debía seguir en consulta externa. Aclara que en la fórmula médica registró la palabra “Particular”, debido a que por lineamientos de la Clínica la Costa y Coomeva, todos los medicamentos “No POS” se debían formular incluyendo esta aclaración en la fórmula, que sus intenciones al informar sobre los proce-

---

#### **4 ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

Las características básicas son:

**Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

**Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

**Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

**Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

#### **5 ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.**

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

dimientos de atención en urgencias y la clasificación de TRIAGE, no iban más allá de cumplir con la labor educativa que se espera de los médicos que laboran en urgencias y que en todo momento durante la atención de esta paciente actuó “de buena fe”.

Analizado el acervo probatorio, procedió el Tribunal seccional, el 3 de julio de 2013 a proferir fallo sancionatorio, por presunta violación de los artículos 10<sup>6</sup> 11<sup>7</sup> y 34<sup>8</sup> de la Ley 23 de 1981 concordantes con

---

6 ARTICULO 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

PARAGRAFO. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.

7 ARTICULO 11. – La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas.

8 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 o en los casos previstos por la Ley.

el decreto 3380 de 1981, y los artículos 3º y 4º de la resolución 1995 de 1999. y condenó al Dr. A.M.S. , Médico General, a censura escrita y pública. Frente a esta decisión interpuso oportunamente la defensa recurso de apelación que se resuelve en la presente ocasión.

### **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:**

En el presente asunto, observa éste Tribunal Nacional, que el juzgador de primera instancia basó su determinación en las siguientes apreciaciones: Primero, sobre los comentarios del médico al momento de realizar su valoración referentes a que los motivos de la consulta no constituían una urgencia, encontró que el Dr. M.S. no había empleado

#### **9 ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

Las características básicas son:

**Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

**Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

**Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

**Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

#### **10 ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.**

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

todas las medidas a su alcance para tranquilizar a la madre y a la menor frente al apremio de la urgencia presentada y podría con ello, cometer una violación del artículo 11 que contempla “*La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación...*”. Segundo, sobre la evaluación clínica en urgencias, considero que el disciplinado no evaluó suficientemente a la menor y por lo tanto no valoró adecuadamente la necesidad de exámenes complementarios adicionales que precisaran el cuadro clínico y la terapéutica correspondiente, lo que constituye una violación al artículo 10 de la Ley 23 de 1981. Tercero, con respecto a los registros en la historia clínica encontró que los mismos no cumplían las características básicas de integralidad, secuencialidad y racionalidad científica (artículo 34 Ley 23 de 1981).

Sin embargo tras analizar el acervo probatorio, revisar cuidadosamente la copia de la historia clínica de la menor y las declaraciones y diligencias de descargos de los implicados y el memorial final presentado por la defensa, ésta Corporación no encuentra elementos de juicio con el grado de certeza que la ley exige para predicar que efectivamente el acusado infringió las normas establecidas por la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

Considera esta superioridad que el médico general de urgencia actuó con diligencia y buen juicio clínico al momento de evaluar la paciente, plantear un diagnóstico y ordenar una terapéutica acorde con la situación y como consta en la historia clínica, dejó registro completo y por escrito de su atención. Los cambios en el examen físico del conducto auditivo encontrados por la especialista en Otorrinolaringología un día después de la valoración por medicina general, son esperables en un porcentaje de pacientes que cursan con infecciones del oído externo y medio donde el tapón de cerumen puede migrar y alterar la inspección de la membrana timpánica y no permiten concluir que hubo fallas durante el examen médico inicial. Con respecto a los registros en la historia clínica hospitalaria está de acuerdo esta superioridad con lo expresado por el tribunal seccional respecto a la inconsistencia entre

los datos registrados en el encabezado de la historia clínica tanto en la evolución médica como en la nota de enfermería donde se registraron el nombre y la edad de la menor en forma errada, sin embargo sobre el particular considera la Sala que son de recibo las explicaciones del médico inculpado quien refirió que este hecho correspondió a un error involuntario de registro ocasionado por el cansancio acumulado a las 3 de la madrugada, y aclaró que en la historia registró como primer nombre de la menor A. en lugar de A., pero en la fórmula manual diligenció correctamente el nombre y apellido de la menor; considera esta Sala que este inadvertido yerro no ocasionó ningún evento desfavorable en el estado de salud de la paciente.

En el presente caso, no se puede desconocer que ni las circunstancias de modo ni lugar fueron las más apropiadas para que el médico intentara instruir a la madre de la menor sobre las rutas de acceso al servicio de salud en casos de urgencia o emergencia; pero esto no permite concluir que su intención al explicar a la madre cuál era la ruta institucional para los pacientes clasificados como Triage III y IV, fuera la de causar molestia o daño a la paciente y su familia; pero tampoco se puede obviar que el comprensible estado de ansiedad que en la madre provocó el dolor de su hija, contribuyó a que la actitud del médico al explicar trámites administrativos (referentes a los mecanismos de consulta prioritaria y a los copagos que requería la consulta) fuera percibida como lesiva.

Ante la ausencia de pruebas que demuestren lo dicho por la señora L.R. en su queja inicial referente al cobro de la consulta por parte del médico investigado, y la imposibilidad de poder asegurar que durante la atención de la menor, el médico M.S. violó los mandatos de la ética médica, pues tanto los registros en la historia clínica como dos testigos presenciales e imparciales de los hechos ( el interno y la enfermera de turno) corroboraron su dicho respecto a la atención médica prodigada a la paciente, esta superioridad debe proceder en consecuencia y revocar la sentencia proferida por el tribunal de primera instancia.

---

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

### **RESUELVA**

**ARTICULO PRIMERO.** Revocar, como en efecto revoca, la sanción impuesta por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico al doctor M.S. consistente en censura escrita y pública y absolverlo de todos los cargos. **ARTICULO SEGUNDO.** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **ARTICULO TERCERO.** Devolver el expediente al tribunal de origen, para su archivo. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

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

Bogotá, enero veintiocho (28) del año dos mil catorce (2014).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1208 DEL VEINTIOCHO  
(28) DE ENERO DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014)**

REF: Proceso No 712 del Tribunal de Ética Médica del Meta  
Contra los Doctores M.T.M.S, G.M.G, R.A.T.D y D. del C.G.N.  
Demandante: Sra. C. Q. R., Enfermera Jefe del Hospital Departamental  
de Villavicencio

Magistrado Ponente: Dra. Lilian Torregrosa Almonacid  
Providencia No. 08-2014

**VISTOS:**

Mediante fallo del 24 de septiembre de 2013 el Tribunal de Ética Médica del Meta decidió conceder el recurso de apelación contra el fallo del 20 de agosto de 2013 mediante el cual sancionó al Dr. M.T.M.S., con suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de tres meses, y a los doctores G.M.G., R.A.T.S. y D. del C. G.N. con censura verbal y pública. La apelación fue presentada el 28 de octubre de 2013 al Tribunal Nacional de Ética Médica, puesta para reparto en Sala Plena del 29 de octubre, correspondió por sorteo a la Magistrada Lilian Torregrosa Almonacid.

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



## HECHOS:

El 24 de febrero de 2009 el Dr. J.W.T.SV., Subgerente de Servicios Asistenciales del Hospital Departamental de Villavicencio, remitió al Tribunal de Ética Médica del Meta, queja interpuesta por la enfermera jefe C.Q.R. coordinadora de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo neonatal de dicha institución, en la que relata lo siguiente: *“ Siendo las 9:20 pm recibo llamada del DR M.M. quien me dice que en la UCIN no hay pediatra de turno, que llame al Dr. M. para que solucione, porque el no lo va a hacer y el Dr. M. ya lo sabía. Llamo al celular del Dr. M. insistentemente y no responde, llamo a la Dra. D., y tampoco responde, decido llamar al Dr. T, y el tampoco responde.*

*A las 9:40 p.m., llamo a la UCIN para saber como se encuentran y me comenta la terapeuta de turno que el paciente de UCI 7 de intensivos H/de A.S. presentó bradicardia severa con hemorragia pulmonar, se maneja con presión positiva y masaje cardiaco y adrenalina, todo esto por terapeuta respiratoria y jefe de enfermería luego de iniciar inotrópicos. Inmediatamente me dirijo al hospital para poder hablar con el pediatra de turno en urgencias y hospitalización. Llego a la UCIN y encuentro el ingreso de un paciente de urgencias K.E.V.P. con Dx Sospecha enterocolitis , antecedente de prematurez. Llega en malas condiciones generales, pálido, en falla ventilatoria (este paciente fue aceptado en el turno por la Dra. D.G.). A las 10:20 es ventilado por la terapeuta respiratoria de turno en vista de la gravedad del paciente. A las 10:30 el paciente en la UCI 3 de intensivos paro cardiorrespiratorio el cual es reanimado por terapia respiratoria y enfermería, fallece a las 11:15 después de recibir inotrópicos a dosis máximas y atención del personal todo el tiempo. Bajo a urgencias después de hacer insistentes llamadas por celular al Dr. T. a su celular personal y al de dotación del hospital y no logro contestación, dejo mensaje en el buzón contándole de la situación y la urgencia de resolverla. En el camino a urgencias me encuentro con el Dr. M.M, le pregunto por el pediatra de turno en urgencias, le comento la urgencia que se vive en la unidad neonatal, me informa que es el Dr. F.B, pues no hay cuadro*

*de turnos del servicio de pediatría para saber sobre los pediatras del mes de enero. Llego al consultorio de urgencias pediátricas y el Dr. B. ya había salido, lo llaman por celular y le responde al médico general que el no va a atender la unidad. Vuelvo a subir a la unidad neonatal y hablo en el pasillo con el Dr. M. me informa que una comisión viene al hospital y en esta viene la gerente, el Dr. le informa la situación por vía telefónica. Encarga al médico general de turno de urgencias de pediatría acompañarnos a la unidad y diligenciar las remisiones necesarias para el traslado de los pacientes a distintas unidades neonatales de la región, pues la gerente al ser enterada por celular de la situación, da la orden de remisión. Hacia las 11:00 p.m. se recibe llamada por teléfono del Dr. M. , le informo sobre la situación y me dice que llame al pediatra de urgencias, cuando le informe que ya lo había hecho y la respuesta que había dado, me dijo que lo escriba en las historias clínicas de los pacientes. Le contesto que eso no arregla la situación y dice que no puede hacer nada mas. En la unidad el paciente ingresado de urgencias continua en pésimas condiciones se transfunde, se inicia inotropía y se llama a los familiares para que estén pendientes por temor a que en cualquier momento el menor pueda fallecer. Se inician los trámites de remisión de los pacientes que a nuestro juicio pueden tolerar con menor riesgo el traslado, estas remisiones las realizó el médico general de urgencias ... en este momento son las 0:20 horas de la madrugada, busco al Dr. M. para informarle los trámites realizados. A las 4:00 a.m. vienen los familiares del paciente ingresado por urgencias con la fuerza pública enterados por el médico de urgencias sobre el traslado posible de este paciente a otra institución al no contar con pediatra en la unidad. El personal de la unidad informa a los visitantes la grave condición de ingreso del paciente y que en ningún momento se ha dejado de atender, y que el pediatra de urgencias está a cargo, con el fin de tranquilizar a la familia y manejar la situación con la mayor discreción. La información a la policía sobre la situación del paciente la realizó el médico administrativo de urgencias. A las 6:45 am fallece este paciente pero no se da parte a los familiares inmediatamente, dando espera al médico pediatra que debe llegar a las 7:00 a.m. Finalmente se traslada a otras unidades a los pacientes*

*H/D.M.C., J.P.R. y H/A. S...*” (folios 4 y 5 cuaderno I).

En Sala Plena del 13 de mayo de 2011 el tribunal seccional aceptó la queja, abrió la investigación y en el curso de ella recibió ratificación y ampliación juramentada de la misma por parte de la enfermera Quintero Ramírez, oyó en declaración sin juramento a los pediatras del Hospital Departamental de Villavicencio F.B.M, M.T.M.S., G.M.G., R.A.T.S. D. del C. G.N y al Dr. J.W.T.V., Subgerente de Servicios Asistenciales de la institución, en declaración juramentada al médico general L.A.RG. y estudió la historia clínica de los recién nacidos K.E.P. (menor fallecido durante la noche de los hechos) e hija de A.S (menor trasladada por deterioro de sus condiciones clínicas a otra unidad).

Frente al informe de conclusiones presentado por el magistrado instructor, la Sala Plena del Tribunal del Meta, mediante Providencia del 4 de abril de 2013 decidió abrir pliego de cargos contra los doctores:

M.T.M.S., por presunta violación de los artículos 1 numerales 1 y 10, artículo 2, juramento médico, incisos que dicen: “Consignar mi vida al servicio de la humanidad”, “Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”, “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y “Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”, artículo 3, artículo 7, artículo 15 en cuanto dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados” y artículo 42.

G.M.G., por presunta violación de los artículos 1 numerales 1 y 10, artículo 2, juramento médico, incisos que dicen: “Consignar mi vida al servicio de la humanidad”, “Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”, “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y “Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”, artículo 3, artículo 7, artículo 15 en cuanto dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados” y artículo 42.

R.A.T.S, por presunta violación de los artículos 1 numerales 1 y 10, artículo 2, juramento médico, incisos que dicen: “Consignar mi vida al

servicio de la humanidad”, “Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”, “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y “Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”, artículo 3, artículo 7, artículo 15 en cuanto dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados”.

D. del C.G.N., por presunta violación de los artículos 1 numerales 1 y 10, artículo 2, juramento médico, incisos que dicen: “Consignar mi vida al servicio de la humanidad”, “Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”, “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y “Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”, artículo 3, artículo 7, artículo 15 en cuanto dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados”.

F.B.M., por presunta violación de los artículos 1 numerales 1 y 10, artículo 2, juramento médico, incisos que dicen: “Consignar mi vida al servicio de la humanidad”, “Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”, “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y “Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”, artículo 3, artículo 7, artículo 15 en cuanto dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados”.

J.W.T.V., por presunta violación del artículo 42 de la Ley 23 de 1981.

Presentaron oportunamente sus descargos los doctores **M.T.M.S**, **G.M.G.R.A.T.D** y **D. del C.G.N.** y en ellos todos los pediatras reiteraron que les fue imposible desplazarse al hospital en respuesta al llamado de la enfermera jefe, pues todos se encontraban fuera de su jornada laboral y cumpliendo con compromisos familiares. Con respecto al Dr. F.B.M., quien era para el día de los hechos el Pediatra encargado del turno de disponibilidad en el servicio de urgencias del Hospital, planteó que encontró una llamada perdida en su celular hacia la madrugada y a esa hora se comunicó con el médico general que se

encontraba en el servicio, quien le comentó lo sucedido y el trámite de remisión de los infantes que ya se había iniciado, ante lo cual el Pediatra consideró que la situación crítica estaba controlada. Por su parte el Dr. J.W.T.V Subgerente de Servicios Asistenciales de la institución, planteó en sus descargos que dada su vinculación administrativa con el Hospital de Villavicencio, sus labores frente al caso que motivó la queja, se limitaron a las concernientes a su cargo como coordinador de servicios asistenciales y que al no tener relación médico paciente con ningún enfermo de la entidad, no podría ser sancionado por la Ley de Ética médica.

Analizado el acervo probatorio, procedió el Tribunal seccional, el 20 de agosto de 2013 a proferir fallo sancionatorio: Por violación de los artículos 1 numerales 1 y 10, artículo 2, juramento médico, incisos que dicen: “Consignar mi vida al servicio de la humanidad”, “Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”, “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y “Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”, artículo 3, artículo 7, artículo 15 en cuanto dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados” y artículo 42, condenó al Dr. M.T.M.S., a suspensión en el ejercicio profesional por espacio de tres meses; por violación de los artículos 1 numerales 1 y 10, artículo 2, juramento médico, incisos que dicen: “Consignar mi vida al servicio de la humanidad”, “Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”, “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y “Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”, artículo 3, artículo 7, artículo 15 en cuanto dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados” e impuso sanción al Dr. G.M.G, consistente en censura verbal y pública; por violación de los artículos 1 numerales 1 y 10, artículo 2, juramento médico, incisos que dicen: “Consignar mi vida al servicio de la humanidad”, “Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”, “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y “Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”,

artículo 3, artículo 7, artículo 15 en cuanto dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados”, sancionó al Dr. R.A.T.S. con censura verbal y pública; por violación de los artículos 1 numerales 1 y 10, artículo 2, juramento médico, incisos que dicen: “Consignar mi vida al servicio de la humanidad”, “Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia”, “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y “Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”, artículo 3, artículo 7, artículo 15 en cuanto dice “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados”, sancionó a la Dra. D. del C.G.N., con censura verbal y pública. Con respecto a los doctores Dr. J.W.T.V y F.B.M el tribunal seccional del Meta aceptó los descargos presentados y los exoneró de toda responsabilidad ético-disciplinaria.

Frente a esta decisión interpuso oportunamente la defensa de los doctores M.T.M.S., G.M.G., R.A.T.S y D. del C.G.N recurso de apelación que se resuelve en la presente Providencia.

### **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:**

Como se anotó en el fallo recurrido, está probado más allá de cualquier duda, que durante la noche del 6 de enero de 2009 no se presentó el pediatra encargado de la UCIN y ninguno de los diferentes médicos implicados acudió al ser llamado por teléfono; todos se limitaron a plantear las razones por las cuales no asistirían a colaborar al hospital y algunos a dar instrucciones a la enfermera jefe y a la terapeuta respiratoria que se encontraba en la unidad llevando a cabo el monitoreo de pacientes críticos y procedimientos tan complejos como la reanimación avanzada de varios neonatos en paro cardiorrespiratorio e incluso la intubación orotraqueal de algunos de ellos. La Pediatra que dejó la unidad alrededor de las 7:00 p.m. no entregó el cuidado de los menores a ningún otro médico y no dio aviso oportuno de este suceso, los coordinadores de la UCIN y Pediatría delegaron su responsabilidad el uno en el otro y en el Subgerente del Hospital, pero ninguno solucionó

la situación de extrema gravedad que se presentó ante la ausencia del pediatra de turno en la unidad y que conllevó a desenlaces fatales para algunos pacientes.

Después de revisar cuidadosamente el acervo probatorio y las declaraciones y diligencias de descargos de los implicados, este Tribunal Nacional comparte las conclusiones del Tribunal seccional en cuanto a que los acusados: Dr. M.T.M.S. G.M.G. y D. del C.G.N infringieron las normas establecidas por la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

Al proferir el pliego de cargos y resolver los recursos presentados, el Tribunal seccional encontró que el Dr. M.T.M.S., quien para la fecha era el coordinador de la UCIN como único especialista en neonatología “ ... *situación que para este tribunal le imprimía un carácter especial, dado por su superioridad y preparación intelectual y que como cabeza visible del grupo le obligaba una singular actuación al momento de cumplir con su obligación como médico neonatólogo...*” debió responsabilizarse de la situación presentada y agotar todos los recursos para que se solventara la situación, toda vez que , de acuerdo con la secuencia de turnos con la cual el grupo venía funcionando, él mismo era el pediatra encargado de la noche del 6 de enero pero no asistió a cumplir con sus obligaciones laborales (pues consideró que al haber anunciado verbalmente al Coordinador de Pediatría Dr. M. durante el mes de diciembre, que en enero no trabajaría en turnos nocturnos ni en la coordinación del servicio, había sido relevado de estas actividades) y además, al ser contactado telefónicamente por la enfermera que advirtió sobre la ausencia de su reemplazo en dicho turno, no acudió al llamado y se limitó a transferir telefónicamente la responsabilidad sobre el cubrimiento de la UCIN al Dr. M. coordinador de Pediatría. Consideró el tribunal seccional que “*aunque el Dr. M. supuestamente no hubiera sido para esa época el coordinador de la UCIN, sino simplemente un médico pediatra que realizaba turnos en la UCIN, tenía la misma obligación de asistir inmediatamente a dicha dependencia a fin de resolver la difícil situación y así cumplir*



*con los postulados éticos y morales que le impone la misma profesión y su calidad única como neonatólogo”.*

En el memorial de sustentación, centra una vez más el recurrente Dr. M. su inconformidad en una presunta valoración equivocada de los hechos e inadecuada motivación, pues claramente en sus descargos explicó la manera como ocurrieron los hechos y con ello demostró la falta de responsabilidad sobre lo ocurrido. Este Tribunal Nacional encuentra que el análisis del acervo probatorio se hizo con adecuada sujeción a las exigencias de la sana crítica, hasta llegar a una decisión bien sustentada, y no es de recibo la afirmación de que hubo inadecuada valoración probatoria ni tampoco que la providencia sancionatoria no explica con claridad las razones de la sanción, por lo que el recurso de reposición no está llamado a prosperar.

Con respecto al Dr. G.M.G, Coordinador de Pediatría, esta superioridad comparte enteramente las apreciaciones del Tribunal Seccional del Meta que consideró: *“Al tener conocimiento debió desplegar todas las actividades necesarias para suplir la ausencia temporal del médico de turno, lo que no se evidencia en la investigación... el disciplinado, tenía la obligación ética y moral, derivada principalmente de su condición de médico y pediatra, de cumplir con los postulados éticos que le impone la misma profesión, en el caso que nos ocupa, la atención en la UCIN de pacientes críticos bajo la presencia permanente, cuidado y asistencia del médico indicado para ello”* y considera que no son de recibo los argumentos presentados dentro del recurso de apelación en los cuales reitera que los sucesos ocurridos la noche del 6 de enero correspondieron a una “falla institucional” más no médica, propiciada por la situación caótica que se vivía en el Hospital Departamental por la insuficiencia de pediatras, los problemas con las diferentes modalidades de contratación de los especialistas y un gran desorden administrativo.

En lo referente a la Dra. D. del C.G.N., Pediatra que terminó su turno a las 7:00 pm y se retiró de la institución sin llevar a cabo una entrega formal del cuidado de los pacientes al pediatra de turno nocturno, aun



cuando esta superioridad comprende las situaciones personales particulares que le impidieron permanecer en la institución en el horario de la noche (fuera de su compromiso laboral) debe anotar que incumplió con el deber de cuidado en tanto no aseguró el bienestar de los pacientes críticos a su cargo, acudiendo a las instancias correspondientes en el hospital quienes debieron encargarse del cubrimiento de dicho turno por un profesional competente.

Por último, con respecto al Dr. R.A.T.S., considera esta superioridad que son de recibo sus descargos pues un cuando fue contactado por la enfermera jefe de cuidados intensivos la noche de los hechos, esta llamada ocurrió fuera de su horario laboral y cuando se encontraba lejos de la institución por lo que le era imposible reemplazar los médicos que se ausentaron injustificadamente del turno nocturno; el Dr. T.S. por lo tanto, no incumplió con su deber de cuidado, pues aún cuando formaba parte del grupo de pediatras contratados por el Hospital Departamental, no tenía para el día de los hechos responsabilidades asistenciales en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y su vinculación con lo sucedido obedece únicamente a que contestó una llamada telefónica proveniente del hospital en la que la enfermera le solicitó tratar de contactar al coordinador de pediatría quien no había respondido las llamadas insistentes a su celular y al no recibir llamadas posteriores, interpretó que se había solventado la inasistencia del médico de turno.

Comparte enteramente esta Sala el concepto del tribunal del Meta en cuanto a que *“ el hecho más relevante y que brilla en este caso, es lo que podríamos llamar la deshumanización de la medicina....”*, en el cual es casi incomprensible que un grupo de especialistas de un prestigioso hospital Departamental, limiten su labor a cumplir con las horas de trabajo estipuladas en su contrato y al encontrar una eventualidad como la ocurrida, en donde no se presenta un médico a cumplir con su turno asignado, no busquen una solución efectiva que asegure preservar la integridad de los pacientes que el grupo atiende (en este caso recién nacidos gravemente enfermos) y en lugar de ello, se *“laven las manos”* y transfieran de unos a otros su responsabilidad ante tan grave

situación. Todos reconocieron la existencia de serias irregularidades en el funcionamiento de la UCIN, como la ausencia de una entrega de turno formal entre médicos, la insuficiencia en el número de pediatras, el incumplimiento en la hora de llegada a los turnos, la ausencia de médicos durante turnos completos en que los pacientes quedaban bajo el manejo de enfermeras y terapistas, la falta de formalidad en los cambios de turno e incluso el desconocimiento de las funciones de los coordinadores de la unidad y del servicio de Pediatría, pero ninguno se había manifestado al respecto antes de lo ocurrido. Estas irregularidades sólo fueron puestas en evidencia por una desafortunada eventualidad ocurrida en horas de la noche, donde uno a uno fueron contactados los especialistas que podrían dar alguna solución al serio problema de dejar una Unidad de Cuidado Crítico sin médico a cargo: un pediatra que laboraba en la unidad en diferente horario, un pediatra que se encontraba de turno en urgencias pero no podía hacerse cargo de dos servicios, la pediatra que dejó el turno a las 7:00 p.m. sin entregar el cuidado de los pacientes al médico encargado durante la noche, el propio médico encargado del turno (de acuerdo con la secuencia asignada) quien además fungía como coordinador de la unidad, el coordinador de Pediatría y finalmente el subgerente encargado del cubrimiento asistencial en la institución y ninguno afrontó el problema ni dio solución efectiva ante la grave situación que amenazó la vida de numerosos infantes en situación crítica de salud y culminó en desenlaces mortales para algunos de ellos. Todo lo anterior refleja claramente la situación de fragmentación actual del cuidado médico, una de las amenazas más serias al ejercicio profesional donde ni siquiera se dan los espacios para que un médico transfiera a otro el cuidado de sus pacientes, y adicionalmente la deshumanización de una profesión que tradicionalmente brilló por sus valores éticos, pero que cada vez más se asemeja a un oficio donde reina la indolencia.

Como lo expuso claramente el Tribunal seccional, en ningún momento los coordinadores de Pediatría y Cuidado Intensivo dejaron registro escrito de reclamos previos ante los directivos del Hospital sobre las dificultades en el cubrimiento médico de los turnos de la Unidad

de Recién Nacidos, ni sobre las condiciones inhumanas en que eran obligados a trabajar, aun cuando en varias oportunidades durante el proceso (tanto ellos como los otros pediatras de la UCIN) refirieron numerosas situaciones que a todas luces eran anómalas; de manera que era su responsabilidad como médicos líderes de un grupo de colegas, solucionar el inconveniente presentado una vez que el pediatra de turno, por la razón que fuera, no se presentó a trabajar la noche del 6 de enero de 2009.

Con respecto a las irregularidades referidas por todos los especialistas implicados dentro de este proceso, debe resaltar esta Sala que aún cuando pueden parecer “de orden administrativo”, se trata realmente de situaciones muy cuestionables que atentan contra la integridad de médicos y pacientes, pues exponen a los primeros a incurrir en faltas a la ética profesional y a los últimos (en este caso recién nacidos gravemente enfermos) a riesgos prevenibles que pueden fácilmente desencadenar su muerte.

Considera esta sala que es un deber ético de los profesionales de la salud, no sólo como médicos sino como seres humanos, informar sobre este tipo de situaciones a las instancias directivas de las instituciones, y no convertirse en testigos indolentes y mudos contribuyendo con su silencio a que se perpetúen estas condiciones en los hospitales del país. Desafortunadamente la única voz de estos infantes, sometidos a riesgos completamente injustificados (como la atención de su condición crítica de salud por un grupo de enfermeras y terapistas) cuando la institución oferta “cuidado intensivo o cuidado crítico” y los familiares confían en que están recibiendo una atención especializada, es la voz de los médicos a su cargo de quienes la sociedad espera altas cualidades éticas y seriedad en su compromiso con la salud de los enfermos y jamás esperaría complicidad ni ocultamiento.

Lamentablemente en este caso, aun cuando todos los pediatras implicados conocían la complicada situación, no aparecen en el expediente, registros de ninguna queja instaurada por el grupo médico o los coordinadores de Pediatría y Recién Nacidos ante la Dirección de la

Institución ni ante otras instancias; y sólo cuando ocurre una situación tan lamentable como la sucedida en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal la noche del 6 de enero y esta se ventila en los tribunales de ética, los médicos reconocen que su permisividad con las precarias circunstancias de su entorno laboral puede convertirse en un serio atentado contra su ejercicio profesional y puede desencadenar reclamos éticos y disciplinarios por su responsabilidad individual.

Constituye también una innegable y lamentable realidad que muchas instituciones de salud en el país están trasladando la responsabilidad sobre la atención de los pacientes al cuerpo médico, cuando el ejercicio de la medicina requiere unas condiciones muy precisas y especiales para que pueda llevarse a cabo de una manera digna y ética. Es inaceptable que un hospital Departamental, que oferta dentro del sistema de salud el servicio “Cuidado Intensivo Neonatal”, no cuente anticipadamente, con la planta de personal calificado para atender en forma permanente e ininterrumpida a los graves enfermos que allí espera tratar y se limite a encargar esta responsabilidad sobre el cubrimiento de los turnos, a médicos “coordinadores” de cada área; por esta razón, considera este Tribunal Nacional que aún cuando no es de su competencia el análisis administrativo de las disposiciones institucionales que propiciaron los hechos ocurridos durante el turno del 6 de enero de 2009 en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal con los numerosos pacientes críticos que no recibieron ningún tipo de atención médica, este hecho revela una seria irresponsabilidad por parte de las directivas de la institución y del Servicio de Salud Regional, por lo que compulsará copias de esta decisión a la Superintendencia Nacional de Salud para que investigue lo ocurrido.

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 tomada por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, en el proceso 712 , mediante la cual sancionó a los doctores G.M.G y D. del C.G.N. con censura verbal y pública, y al Dr. M.T.M.S., con suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de tres meses, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Revocar la sanción de censura verbal y pública al doctor R.A.T.S y en su lugar absolverlo de todos los cargos formulados.

**ARTÍCULO TERCERO:** Compulsar copias de esta Providencia a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

**ARTICULO CUARTO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**

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

Bogotá, agosto doce (12) del año dos mil ocho (2008).

**SALA PLENA SESION No.966 DEL DOCE (12 ) DE  
AGOSTO DEL AÑO DOS MIL OCHO (2008).**

Ref: Proceso No.536 Del Tribunal De Ética Médica De Caldas

Investigado: Doctor E.R.P.M.

Denunciante: Señora A.L.L.V.

Magistrado Ponente: Doctor Miguel Otero Cadena

Providencia No. 37-08

**ASUNTO:**

Apelación del Auto del Primero (1) ABRIL de 2008 del Tribunal de Ética Médica del caldas por medio del cual Resuelve “PRECLUIR la investigación disciplinaria iniciada por este Tribunal en contra del Médico **E.R.P.M.**”.

**HECHOS:**

“En Sesión de Sala Plena del Tribunal (de Caldas) y por medio del Acta Número 319 de diciembre 5 de 2006 y de conformidad a lo establecido en el artículo 75 de la Ley 23 de 1981, por unanimidad se aceptó darle trámite a la queja presentada por la señora A.L.L.V y por lo tanto iniciar la investigación correspondiente en contra del Médico E.R.P.M.”.

La señora L. presentó queja ante la Procuraduría General de la Nación Provincial Manizales, que la remitió al Tribunal de Ética Médica de

Caldas, por la atención medica prestada a su hija J.C.L.V. en el Hospital de Marmato Caldas y que se esclarezcan los hechos en relación a la muerte de la menor.

El día 6 de Mayo a las 17:25 horas según la historia clínica de L.V.J C (folio 20) paciente de 11 años quien ingresó caminando a las Urgencias del Hospital de Marmato por presentar “Dolor de estomago y Cabeza” en la enfermedad actual “Refiere la madre de la paciente cc de hace +- 2 días de evolución consistente en dolor abdominal, cefalea, emesis y Diarrea recibe Acetaminofén sin mejoría”.

El examen físico realizado por el doctor E.P. señala: “Conciente orientada Mucosas húmedas ojos normal, signo del pliegue negativo sin signos de dificultad respiratoria sv: FC. 86 x’, FR.20 x’, To 36,6\* C c/p RsCsRs sin soplos pulmones claros bien ventilados Mv limpio dolor a la digito presión reja costal derecha abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación no masas no megalias no signos de irritabilidad peritoneal, blumberg negativo GU.: normal Ext.: sin alteraciones SNC: sin déficit aparente hemodinamicamente estable.

IDX (1) Osteocondritis Aguda

(2) Síndrome Emetico

(3) EDA sin DHT

Plan. Diclofenaco sodico amp. x 75 mg. 1 amp IM

Firma E. Pitre

PCTE Asintomática se da salida con Recomendaciones y signos de alarma y control x C. Ext.

Firma E. Pitre

17+50 Se suspende Salida por presentar episodio de emesis persistente # 2

Plan – observación

- Metoclopropamida amp x 10 mg 1 amp IM

Firma E. P.”

Según la diligencia de versión libre rendida por el médico E.P. el día 14 de mayo de 2007 “acudo al llamado de la auxiliar de turno Maria

Dolly Parra quien me informa que la niña está vomitando, me dirijo al consultorio y efectivamente la niña está vomitando en la sala de espera, le pregunté a la mamá que cuantas veces había vomitado y que si había sido mucho el vomito, ella me responde que si y que había sido mucho y en dos ocasiones, entonces es cuando decido suspender la salida y le ordeno a la enfermera aplicar una ampolla de metoclopropamida de 10 miligramos intramuscular y dejarla en observación y continué la valoración de la materna.....Luego soy informado por la enfermera Dolly que la niña estaba muy mal, llego al consultorio y la encuentro en la camilla con una respiración superficial y pulso débil, inmediatamente inicio la maniobra de reanimación cardiopulmonar con masaje e intubación orotraqueal, ordeno canalizarla y aplicar ampollas de adrenalina, una ampolla de adrenalina intravenosa cada 5 minutos 3 dosis, esos medicamentos los aplicó otra auxiliar de nombre Matilde, se le hizo monitoreo con el desfibrilador, se le realizó desfibrilación por 3 ocasiones y la paciente entró en asistolia, ya luego de 45 minutos de maniobras de reanimación cardiopulmonar la paciente no responde, decido suspender la maniobra de reanimación y declarar la muerte de la paciente y le informo a la madre de la paciente, eso fue a las 7 y 30 o 7y 40 de la noche.”

El médico indicó la necesidad de realizar la autopsia Médico Legal a la familia, inicialmente se opusieron, retiraron el cadáver pero posteriormente lo retornaron para práctica de la necropsia. La necropsia fue realizada por el Instituto de Medicina Legal Unidad Local de Riosucio de acuerdo a Protocolo No. P. N. / 2006P-000013/N que se encuentra a folio 31 del proceso.

La señora A.L.L.V., en la queja presentada manifestó que la paciente falleció a los cinco o diez minutos de la aplicación de la segunda inyección por parte de la enfermera Dolly pero que esta enfermera le había aplicado una de dos inyecciones que tenía en una bandeja sin fijarse exactamente cual era la que correspondía a su hija.

La autopsia fue realizada 23 horas después del fallecimiento de la paciente y los hallazgos macroscópicos señalan cogestión y hemorragias



en el tracto digestivo alto y un “aspecto hemorrágico” del páncreas. El médico patólogo luego de esbozar algunas posibilidades de la causa del fallecimiento manifiesta que “al momento de la investigación no se puede confirmar fehacientemente una causa de la muerte, pero los hallazgos orientan hacia una enfermedad preexistente de rápida evolución. Se enviarán todas las muestras existentes para su análisis en los laboratorios de Medicina Legal Regional Occidente, inicialmente se analizarán las muestras de patología, para confirmar la enfermedad de base, y de la muestra sanguínea se solicitara análisis de tiptasa serica, sustancia que de encontrarse elevada orienta a anafilaxia (alergia severa), quedaran en reserva y a disposición de la autoridad las demás muestras.”

El correspondiente estudio histopatológico:

“DESCRIPCION MICROSCOPICA

Los cortes muestran páncreas normal.

Riñón: Congestivo

Estómago: Leve infiltrado linfoplasmocitario en la lamina propia con folículos linfoides y cambios autolíticos.

Pulmón: Congestión. Cambios autolíticos y edema.

Cerebro; Normal.

Corazón: infiltrado linfocítico.

Bazo: Normal

DIAGNOSTICO:

MIOCARDITIS

EDEMA PULMONAR

Firmado L.I.A.A., Médica Patóloga

El Tribunal de Ética Médica de Caldas con fecha primero de abril de 2008 se abstiene de proferir cargos contra el Médico E.R.P.M., “porque no existe evidencia de una posible imprudencia por parte del citado doctor y menos de una negligencia al momento de atender a la occisa. Por otra parte, de haber existido una posible equivocación en el

suministro del medicamento, es preciso clarificar que el mismo fue suministrado por una auxiliar de enfermería y no por el doctor E.R.P.M.” y resolvió por lo tanto Precluir la Investigación.

Con fecha 15 de abril de 2008 el Tribunal de Ética Médica de Caldas recibió Recurso de Reposición y en Subsidio de Apelación al auto de Preclusión del primero de abril de 2008, en el mismo documento firmado por el Doctor C.A.A.U. en calidad de representante de la señora A.L.L.V, sustenta su recurso en las consideraciones que realizó el patólogo sobre las posibles causas del fallecimiento y en su interpretación de los resultados Histopatológicos de Medicina Legal.

### **CONSIDERACIONES**

Se basa el doctor C.A.A.U. abogado representante de la señora A.L.L.V. en las distintas hipótesis expresadas por el médico patólogo que realizó la necropsia y en los resultados microscópicos de las piezas de la autopsia para Apelar el Auto del Tribunal de Ética Médica de Caldas de fecha 1 de abril de 2008 de Precluir la investigación adelantada en contra del médico E.R.P.M..

No puede el TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA aceptar que unas disquisiciones teóricas sobre causas de muerte súbita no confirmadas en el presente caso por la evidencia de la autopsia den lugar a las conclusiones del apoderado de la señora L., máxime que el patólogo señala “que al momento de la investigación no se puede confirmar fehacientemente una causa de muerte”, tampoco es posible aceptar que confunda resultados de órganos sin patología con enfermedades múltiples y afirme que los procesos normales de la muerte como son los cambios auto líticos ocurridos después de 24 horas del fallecimiento son “gran cantidad de patología”.

Lo único señalado patológico son infiltrados lifocíticos en el corazón, que per. se no explican el fallecimiento, pero que podría estar relacionado con eventos esporádicos no bien determinados por la literatura médica de muerte como reacción idiosincrática y no previsible a la aplicación del Diclofenaco.

En el análisis de la actuación del doctor P. este Tribunal encuentra diligencia, dedicación, una historia clínica de urgencias adecuada, es normal que durante la anamnesia el médico interroge al paciente o su familiar más cercano, más en el caso de una menor sobre los antecedentes y dentro de estos los alérgicos y esta actuación es correcta y en ningún momento significa eludir responsabilidades como lo señala el apoderado de la señora L.

Bastan 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 la Resolución de PRECLUSION DE LA INVESTIGACION del Tribunal de Ética Médica de Caldas de fecha 1 de abril de 2008 contra el doctor E.R.P.M. **Artículo Segundo:** Devolver el expediente al tribunal de origen. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

FDO. JUAN MENDOZA VEGA, Presidente; MIGUEL OTERO CADENA, Magistrado Ponente; EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado; GUILLERMINA SCHOONEWOLFF DE LOAIZA, Magistrada; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, abril veintiuno (21) del año dos mil nueve (2009).

**SALA PLENA SESION No.997 DEL VEINTIUNO (21)  
DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL NUEVE (2009).**

Ref: Proceso No. 336 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico  
Demandado: Doctor J.L.C.G  
Denunciante: Señora M.M.L.

Magistrado Ponente: Doctor Miguel Otero Cadena  
Providencia No. 26-09

**ASUNTO**

Apelación del Auto del 29 de octubre de 2008 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico por medio del cual Resuelve “No aceptar los descargos rendidos por el doctor J.L.C.G., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. .... expedida en Sabanalarga, Registro médico No..... expedido por el Servicio de Salud del Atlántico. De acuerdo a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia. Declarando su responsabilidad, ético profesional por la violación a los artículos 3, 10 y 13 de la Ley 23 de 1981, en consecuencia sancionase al doctor **J.L.C.G. , CON SUSPENSIÓN DE TRES (3) MESES EN EL EJERCICIO PROFESIONAL**”.

Asi mismo el abogado del doctor C., doctor Luis Ricardo García Jaramillo en caso de no conceder la Reposición solicita la “**NULIDAD DE TODO LO ACTUADO EN EL PRESENTE TRAMITE**, a partir de la calificación de la sumaria ético disciplinaria por la violación de

los derechos a la Defensa y Debido Proceso, garantizados por el artículo 29 de la C.N.C.; en petición de **que (sic) se revoque en todas sus partes** y se sustituya por otro en el cual se declare sin reato ético a mi mandante y se ordene el archivo del expediente. O bien, en el lejano evento de que (sic) se calificare la existencia del mismo, se regule la pena en forma justa, adecuada y proporcional a las eventuales fallas realmente probadas;”.

## HECHOS

El Tribunal de Ética Médica del Atlántico recibió el 23 de octubre de 2006 la queja presentada en documento sin fechar de la señora M.M.L. por la muerte de su nieto el menor L.P.M..

Manifiesta la Señora M. que el 26 de agosto de 2005 llevó al menor al Hospital de Ponedera “por que estaba hinchado, apretado, con fiebre y presentaba un brote en el cuerpo, fue atendido por la médico de turno quien ordena un parcial de orina pero me dijo que no era urgente, se lo puede hacer el lunes y le formuló Dicloxacilina 250 mg, más acetaminofen.

El día 28 de Agosto de 2005, a las 7:35 p. m. el paciente reingresa por estar apretado, con taquicardia, ansioso no duerme tose y no tiene gripa, cunado (sic) se le suministraba la Dicloxacilina se pone peor, por lo que la suscrita le sugiere al médico de apellido C., que se lo remita al Hospital de Sabanalarga para que le hagan análisis y estudien con tiempo el caso de mi nieto, el médico no me pone atención y dice que no, que se le haga una terapia después de yo rogarle para que lo atendiera que estaba mal; esa terapia no le sirvió para nada me dijo llévelo a casa y suspéndale el medicamento, me fui a mi casa con mi nieto, el niño se me ponía peor no respiraba tenía el corazón más acelerado presentaba un ronquido corrí nuevamente al Hospital de Ponedera ya era como media noche, me encontré con una vecina que también tenía el hijo enfermo pero ella es enfermera y a ella el médico la remitió a

Sabanalarga, le rogué al médico que me enviara junto con ella que mi nieto se me podía morir él me dijo que mi caso no era nada, esperé que hiciera algo por mi nieto y me dirigí a la enfermera, le dije póngale oxígeno pero ella respondió no había oxígeno, luego a la madrugada cuando vieron que mi nieto se moría me dijeron la voy a enviar en la Ambulancia a Sabanalarga, pero usted paga la gasolina del carro yo dije no importa, presté la plata y se la dí al conductor del vehículo, luego se subió la enfermera de turno y me dijo a mi y al conductor lleve a la señora pero no la lleve al Hospital en la Ambulancia, déjela a dos cuadras que ese niño todavía resiste, usted diga que es primera vez que lleva al niño al médico, no nos mencione a nosotros, le coloqué el oxígeno al niño pero ella, es decir la enfermera ni el médico se embarcaron el carro, tampoco me dieron escrito de remisión ni diagnóstico, el conductor cumplió las ordenes dadas por la enfermera, me dejó tirada a dos cuadras con mi nieto y la mamá del niño, corrimos con el niño en los brazos llegue al Hospital de Sabanalarga como a las cinco de la mañana del día 29 de Agosto del 2005, le dije al médico que el niño ya no puede respirar le pusieron oxígeno empezaron a correr con mi nieto, lo valoró un pediatra que no se como se llama, lo remitieron a la Clínica San Rafael de tercer nivel para manejar el caso que era muy delicado pero mi nieto falleció. El médico me dijo no lo trajeron con tiempo al médico, cosa que no es cierta por que el niño fue llevado a tiempo a la Empresa Social del Estado – Hospital de Ponedera, donde lo atendieron varios médicos pero no le dieron paso a tiempo y hubo negligencia, omisión por parte del personal médico del hospital de Ponedera, es decir falla del servicio médico que le restó pérdida u oportunidad de sobrevivir a mi nieto L.P.M, (Q.E.P.D.)”.

En la ampliación de la queja la abuela del niño señala que informó en la primera consulta del 28 de agosto la imposibilidad de recolectar la muestra de orina y el hecho de haber presentado el paciente dos deposiciones de color negro con expulsión de áscaris. Datos no consignados en la historia clínica.

## Historia Clínica

El día 26 de agosto de 2005 el menor P.M. de 3 años es atendido el Hospital de PONEDELA por “Esta hinchado”, la enfermedad actual está relatada como un proceso clínico de +/- dos días con edema palpebral, fiebre y un brote en el pabellón auricular derecho; en el examen físico solo está anotado como dato anormal excoriación en el pabellón auricular derecho y la doctora I. A., solicita un parcial de orina y fórmula Dicloxacilina y acetaminofén con diagnósticos presuntivos de 1 Celulitis retroauricular derecha y 2 Síndrome nefrótico.

El día 28 de Agosto a las 7:35 p. m. en el mismo hospital es atendido por el doctor J.L.C.G. por que el niño “Está apretado” con un cuadro clínico de +/- 12 horas de evolución caracterizado por taquicardia y dificultad respiratoria, además refiere familiar oliguria de +/- 10 horas de evolución. Fue traído el día viernes donde fue valorado por facultativo quien inicio tratamiento ambulatorio con dicloxacilina y acetaminofén, anota como antecedentes Mastoiditis. Al examen físico no anota hallazgos patológicos y con un posible diagnóstico de Anafilaxia medicamentosa? y cardiopatía ¿? Lo pasa a observación con oxígeno en cánula nasal. A las 8:45 esta anotado que por mejoría con signos vitales normales lo envían a la casa suspendiendo el antimicrobiano y con ordenes de laboratorio de hemograma y proteinuria de 24 horas y una solicitud de electrocardiograma, en las notas de enfermería figura que el menor ingresó y salio del hospital caminando por sus propios medios.

A las 4:00 del 29 de agosto reingresa por presentar disnea y taquicardia, FC de 110/min. FR 30/min. Le aplican oxígeno y micro nebulización en la ambulancia porque en el hospital no había pero una hora mas tarde ante el deterioro del estado general, por aumento de la disnea y cianosis peri bucal lo envían para Sabanalarga.

En las evoluciones de la historia existe anotación de doctor J.L.C.G. a las 4:00 de 29 de agosto del 2005 que dice: “Paciente que reingresa por presentar disnea y taquicardia. SV. FR 30 x’ FC 110 x’ T 37°C.

C/P. Rs. Cs. Rs taquicardicos, no soplos pulm: claros bien ventilados, murmullo vesicular presente.

Plan 1) Oxigeno por cánula nasal a 3 lit/min  
2) MNB con SSN al 0.9%  
3) Hidrocortisona 100 mg IM

Firma RM.2343

05+15 am.

Paciente quien presenta incremento de su disnea leve cianosis peribu-  
cal SV.: FR 40 x' FC 110 x' T 37.

Se llama insistentemente a S1, pero no responden al llamado por lo  
cual decido enviar de manera inmediata para Sabanalarga con oxige-  
no. Tengo actualmente 2 remisiones en espera. Firma RM 2343

A folio 27 se encuentra fotocopia de la hoja de remisión y/o ínter con-  
sulta del Hospital de Ponedera del 29 de agosto de 2005 con resumen  
de historia clínica que dice: Pte masculino de 3 años de edad quien  
consulta por "dificultad respiratoria y taquicardia" la cual se ha ido  
incrementando durante el transcurso de las horas. Acompañado de oli-  
guria descrita por familiares. SV FR 30x' FC 110x' T 37\*C

C/P Rs Cs Rs taquicardicos no soplos. Pulm. Claros bien ventilados  
sin sobre agregados Ext. eutróficas no edemas.

Solicita valoración por pediatría con diagnósticos de: Síndrome de di-  
ficultad respiratoria secundario a Anafilaxia medicamentosa, cardio-  
patía??

Firmado y con nombre del doctor C.

Al adverso de este folio, documento que también es aportado por el  
doctos J.L.C.G.en su declaración folio 51, se encuentran anotadas unas  
evoluciones simultáneas con las anteriores así:



04:15 am.

Se realiza primer llamado a S18 para su remisión. Dan como respuesta que no tienen camas para pediatría, que tramite con S1. Se hace llamado a S1 quien responde también que están congestionados y solo toman nombre y diagnóstico del paciente. Me dicen que cuando tengan respuesta me llaman. Firmado.

04:30

Pte. Quien continúa inestable cardiorespiratoriamente. Se insiste en S1, sin obtener respuesta satisfactoria, insisten en que no hay camas en pediatría y que me llaman cuando tenga respuesta positiva. Firmado

05:00 a.m.

Pte quien sigue con disnea y taquicardia, se encuentra recibiendo oxígeno en ambulancia.

S1 no atiende llamado. Firmado

05:15

Familiares deciden llevarse al paciente por sus propios medios, se les da las explicaciones correspondientes de que el niño no se puede trasladar sin autorización de la red de urgencias. Viendo de que se no conte... el radio, decido enviar al paciente a S18. con el consentimiento de familiares. Firmado.

El paciente es recibido en el Hospital Departamental de Sabanalarga a las 6:20 am. En mal estado general, afebril, edema de miembros inferiores, conciente, con palidez muco cutánea FC 135x' FR 60x'. mucosa oral húmeda, cuello móvil, cianosis bucal Tórax simétrico expansible con tirajes subcostales y subxifoideos, roncus y crépitos bibasales en ambos campos pulmonares. Ruidos cardíacos taquicardicos, galope, sin soplos.

Abdomen blando depresible, no doloroso, no masas o megalias.

Normo configurado externamente, edema grado II, neurológico sin déficit.

Con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria secundario a insuficiencia cardiaca congestiva, Solicitan exámenes paraclínicos, pero ante la evolución desfavorable y previa valoración por pediatría solicitan remisión a III nivel y egresa de esa institución a las 7:35 am e ingresa a la Clínica San Rafael a las 8:59 en mal estado general, pálido, mal perfundido, con sed de aire, mal transportado (no médico de transporte, no O<sup>2</sup> portátil , FC 152x' FR 44x' T 36,5°C Sat O<sup>2</sup> 77-85% encuentran estertores generales en pulmones en ritmo de galope, con diagnóstico de Cor anémico e ICC descompensada lo trasladan a cuidado pediátrico e inician el manejo médico pero a las 10:10 a.m. el niño fallece.

El Tribunal de Ética Médica del Atlántico adelantó la investigación preliminar incluyendo la diligencia de Versión Libre y Espontánea rendida el 12 de julio de 2007 por el doctor J.C.G acompañado por el Doctor LUIS RICARDO GARCIA JARAMILO como abogado para que lo asista, y en Sala Plena del día dos de abril de 2008 resolvió elevar pliego de cargos al Doctor J.L.C.G., con C. C. .... y Registro Medico No. .... del Atlántico por presunta violación de los Artículos 3,10 y 13 de la Ley 23 de 1981.

El día 28 de mayo de 2008 en Sala Plena rindió descargos el Doctor J.L.C.G. acompañado por el abogado Doctor LUIS RICARDO GARCIA JARAMILLO, el Doctor J.L.C.G. hace énfasis en manifestar que inicialmente consideró que el niño presentaba una reacción medicamentosa a la prescripción realizada dos días antes que él teniendo en cuenta el presunto diagnóstico de problema renal solicito la proteinuria d 24 horas y que no realizo exámenes en esa consulta por no existir la posibilidad de contar con Laboratorio en fines de semana, pero que luego de observar al menor por una hora lo envió a la casa. Hace una serie de consideraciones relacionadas al hospital de Ponedera que por su dotación su nivel pude calificarse de -0, no contaba con medios para hacer un mejor examen, que era el único médico de turno las 24 ho-

ras y el turno estaba muy congestionado, señala la falta de estímulo económico y que a esa fecha le adeudaban 8 meses de salario. Pide se soliciten los cuadros de turnos de la época al hospital “a ver si los encuentran”. En relación a la segunda consulta y posterior remisión al Hospital de Sabanalarga considera que él es víctima de de una situación y de un sistema, además de estar pendiente de la evolución del paciente en la ambulancia donde se le estaba suministrando el oxígeno, hacer las llamadas a la red de urgencias para obtener la autorización de remisión, examinar los demás pacientes, atender a los familiares explica porque es disímil su evaluación con la encontrada en los otros centros hospitalarios.

El Tribunal realizó diligencia de inspección a las instalaciones del Hospital de Ponedera en busca de los registros de las urgencias de agosto de 2005 y se encontraron de los años 2002, 2003, 2004, 2006, 2007 y 2008, los registros del año 2005 no se encontraron.

En Sala Plena del 29 de octubre de 2008 el Tribunal de Ética Médica del Atlántico no aceptó los descargos presentados por el Doctor J.L.C.G y lo sancionó con **SUSPENSIÓN DE TRES MESES EN EL EJERCICIO PROFESIONAL**.

El doctor Luís Ricardo García Jaramillo abogado apoderado del doctor J.L.C.G. con fecha 2 de noviembre de 2008 presentó ante el Tribunal de Ética Médica del Atlántico recurso de Reposición y de Apelación subsidiaria y además hace Petición de Nulidad de todo lo actuado. El recurso de Reposición y la Petición de Nulidad fueron analizados por el Tribunal Seccional en Sala Plena del 18 de febrero de 2009 y resolvió “**ARTICULO PRIMERO:** No decretar la nulidad solicitada por el abogado del inculpado doctor **LUIS RICARDO GARCIA JARAMILLO**. De acuerdo a la parte motiva de la presente Resolución. **ARTICULO SEGUNDO:** No reponer el proveído impugnado mediante la cual se le impuso al doctor **J.L.C.G**, **SUSPENSIÓN DE TRES (03) MESES EN EL EJERCICIO PROFESIONAL**. De acuerdo a la parte motiva de esta Resolución. **ARTICULO TERCERO:** Concédase el Recurso de Apelación interpuesto en subsidio con el de Repo-

sición, en consecuencia, remítase el expediente al Superior en el efecto suspensivo.”

El Tribunal Nacional de Ética Médica en sesión del 10 de marzo de 2009 designo como ponente al Doctor Miguel Otero Cadena.

El Recurso de Apelación fue remitido al Tribunal Nacional el día 24 de julio de 2008 y repartido en sala mediante sorteo en Sala Plena el 29 de Julio de 2008, correspondió al doctor Miguel Otero Cadena como Magistrado Ponente.

### **CONSIDERACIONES**

El apoderado del doctor J.L.C.G., abogado doctor Luís Ricardo García Jaramillo en su escrito interponiendo los recursos de Reposición y Apelación como de Nulidad, soporta sus pretensiones en un análisis de la ponencia del Magistrado del Proceso y de fragmentos de la historia clínica del paciente.

No es entendible que pretenda demeritar la veracidad de la información suministrada por la abuela de L.P.M menor de 3 años de edad y quien angustiada señala los motivos de consulta diciendo que el niño está apretado, taquicardico y que en las últimas 10 horas no ha orinado, desconociendo por completo la esencia de la historia clínica como en la anamnesis y alega el señor abogado que el doctor C., no podía ser adivino y que sus conductas debían ser en base a evidencias objetivas y que los supuestos síntomas ya habían desaparecido con una hora de observación, cuando la evidencia cierta e inobjetable de la falta de dedicación y adecuada evaluación del menor es la progresión de la enfermedad que obliga a una consulta horas después en pésimas condiciones y luego fallece.

Si inicialmente como señala el doctor G. su defendido tenía dos impresiones diagnósticas de la enfermedad del menor: un problema renal, con el agravante de una oliguria de más de 10 horas y sin cuantificar al menos la diuresis durante la llamada observación de una hora y anafilaxia medicamentosa mas cardiopatía y conocedor de las limita-

ciones hospitalarias que tenía, cómo lo envía a la casa sometándolo a riesgos totalmente injustificados sin consideraciones a la gravedad de cualquiera de los diagnósticos sospechados por el médico en el niño, gravedad que es reconocida por el defensor cuando manifiesta que las condiciones para internarlo o remitirlo se dieron posteriormente.

Expresa el abogado que “ya con un cuadro debidamente florido e instalado y toma de inmediato la medida de remitirlo” cuando esa solicitud y ante la gravedad la abuela del niño fue quien la realizó y considera que el acto de remitirlo no está cuestionado y por tal razón su poderdante actuó de acuerdo a la *lex artis* y le brindó los beneficios de la medicina. Esta corporación encuentra con extrañeza que existen dos evoluciones simultaneas una en la historia clínica y otra en la hoja de remisión que no fue remitida con la ambulancia al hospital de Sabanalarga, en esta las evoluciones describen el afán por remitir al menor, los trámites administrativos realizados y la gravedad del mismo y en la otra la evolución de la enfermedad en dos notas con indicaciones de manejo y la necesidad de remitirlo a las 5:15 a. m. y contrastan las evoluciones y la mencionada hoja de remisión con los hallazgos encontrados en el menor en el hospital de Sabanalarga un hora después, pareciera que realmente no se le ofreció al menor el beneficio de la medicina ni siquiera en el examen físico. También es extraño o coincidente que los archivos de turnos y atención de urgencias del año 2005 en el hospital de Ponedera se hayan extraviado, existiendo los de los años precedente y los de años siguientes.

Tanto en los descargos presentados por el doctor C. como en los argumentos del defensor en la apelación aducen que la “responsabilidad queda limitada a las condiciones objetivas de dichas dotaciones ( la de las instituciones de salud) y disponibilidades, sin que se le pueda imputar, como se hace evidentemente en esta providencia que recurrimos, al médico, las falencias del sistema, lo es inconsecuencial (sic) y absurdo”. El Tribunal de Ética Médica del Atlántico y el Tribunal Nacional de Ética Médica en ningún momento le imputan las falencias, deficiencias ni organización buena o mala del Estado al doctor

C., lo que están sancionando los Tribunales es la falta de dedicación al paciente, el no haberle dispensado los beneficios de la medicina en la oportunidad de atención, en la evaluación adecuada de la anamnesis, en un examen clínico detenido, someterlo a un riesgo no valorando la gravedad de los diagnósticos por él mismo planteados y no sopesar las limitaciones que tenía en el Hospital de Ponedera con la gravedad del menor.

No es posible pasar por alto las deficiencias señaladas en el Sistema de Atención en Salud, no solo la falta de elementos vitales en un primer nivel, sino el absurdo sistema de referencia de un nivel al siguiente que configura el llamado paseo de la muerte y amerita que la Superintendencia Nacional de Salud realice una investigación de las quejas presentadas en este proceso.

La solicitud de Nulidad de todo lo actuado consideramos que no debe tenerse en cuenta toda vez que el abogado defensor inicialmente presentó los Recursos de Reposición y en subsidio de Apelación.

En relación a la falta de proporcionalidad de la sanción que la considere el doctor García exagerada e inconsistente queda demostrado que si tiene consistencia y el desenlace que tuvo Leiner Pérez demuestra que no es exagerada.

Bastan 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 el auto del Tribunal de Ética Médica del Atlántico de fecha 29 de octubre de 2008 en el proceso 336 de imponer la sanción de **SUSPENSIÓN DE TRES (3) MESES EN EL EJERCICIO PROFESIONAL al doctor J.L.C.G., con C. C. No. ... de Sabanalarga. Artículo Segundo:** Compulsar copias de esta providencia con destino a la Superintendencia Nacional de Salud para

---

lo de su competencia. **Artículo Tercero:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**

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

Bogotá, julio diez (10) del año dos mil siete (2007).

**SALA PLENA-SESION No. 921 DEL DIEZ (10) DE  
JULIO DEL AÑO DOS MIL SIETE (2007).**

REF: Proceso No. 479, Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta  
Contra: Doctores G.S.O., G.C.R., S.I.V.P. y M.A.R.C  
Denunciante: Señora O.B.M y el Señor I.R.A.  
Asunto: Recurso de Apelación

Ponente: MIGUEL OTERO CADENA  
Providencia No. 27-07

**ASUNTO**

Apelación de la Resolución del 13 de marzo de 2007 del Tribunal de Ética Médica del Meta por medio de la cual se inhibe de sancionar a los doctores G.S.O. identificado con C. C. ..... de Bogotá D. C., G.C.R. identificado con C. C. .... de Villavicencio (Meta), S.I.V.P. con C.C. .... de Usaquen y M.A.R.C. con C.C. .... de Bogotá D. C.

**HECHOS**

La Señora O.B.M. y el Señor I.R.A. como padres de la menor fallecida D.K.R.M., A.N.N.A solicitaron el día 5 de julio de 2006 al TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL META investigación por la atención prestada a la menor a partir del día 29 de junio de 2006 en la Clínica del Meta.



El día 28 de junio de 2006 a las 2.00 p. m. la menor de cuatro años de edad se cayó de una altura de 45 centímetros presentando traumatismos en la cara con sangrado nasal y el hombro derecho. Al día siguiente y ante la sospecha de tener la niña alguna fractura llevaron la paciente a la clínica, según la historia clínica a las 13:13 del 29 de julio por limitaciones al movimiento del hombro derecho, epistaxis y abrasiones de la cara, y además tenido fiebre. En la clínica la niña fue valorada y con diagnóstico de trauma del hombro y brazo, solicitaron radiografía del hombro derecho que no demostró lesiones y por lo tanto “SE DIO DE ALTA CON FORMULA DE NAPROXEN SUS. 3 C. C. C/8H POR 5 DIAS. CONTROL POR C. EXTERNA.”

La paciente es llevada al día siguiente por presentar lesiones en la piel posteriores a la toma del medicamento NAPRAXEN SODICO, según la madre en su denuncia “al darle el medicamento al día siguiente presentó una gran alergia por todo el cuerpo, la volví a llevar el viernes 30 de junio, en las horas de la mañana a la clínica por Urgencias”. La paciente fue atendida por la Doctora S.I.V.P. a las 10:59 del 30 de junio de 2006 encontrando según la historia clínica PACIENTE HIDRATADA AFEBRIL BUEN ESTADO GENERAL, PESO 16 K FC 100 FR 22 , ESCORIACIONES EN REGION FRONTAL DER EDEMA Y EQUIMOSIS EN DORSO NASAL PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ Y AL A COMODACION, CUELLO NORMAL CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, RUIDOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS, ABDOMEBLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS NO MEGALIAS. DOLOR A LA PALPACION EN HOMBRO DER CON LEVE LIMITACION FUNCIONAL.

LESIONES MULTIPLES ERITEMATOSAS ELEVADAS EN CUERPO

IDX; TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

URTICARIA MÉDICAMENTOSA

SE SUSPENDE NAPROXEN SODICO

DEXMETRASONA 4 Mg IM AHORA

LORATADINA 3CC VO C/ 12 HORAS

**ACETAMINOFEN 6 CC C/ 6 HORAS  
SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES SIGNOS DE  
ALARMA”**

La paciente fue llevada a su casa y según versión de la madre “an llegué a la casa la niña se volvió a brotar en una forma peor de cómo se había brotado en horas de la mañana, le di bastante agua de panela, pues me dijeron que servía para desintoxicar el cuerpo. Como a las 2:30 p.m. le di la Loratadina, en horas de la noche ella empezó a tener dificultad para respirar, ella no durmió en toda la noche, ella no respiraba, como que el aire no le entraba a los pulmones, cuando se volvió a levantar al otro día le volví a dar la Loratadina, lo único que ella recibía de comida era agua de panela con hierbas que le había hecho. En el transcurso de la mañana ella empezó a vomitar el liquido que yo le estaba dando, después de que ella vomitaba el agüita que yo le daba, vomitaba algo negro y espeso, a lo último vomitó sangre, fue cuando el día sábado la volví a traer a la clínica. La niña venía muy mal, tenía el cuerpo duro, traía todo el cuerpo con manchas moradas, le dijimos a la recepcionista que a la niña la habíamos traído el día jueves y el día viernes y que la volvía a llevar ese día porque estaba peor.”

El día 1 de julio a las 16:17 en urgencias de la Clínica del Meta anotando: “INSPECCION GENERAL PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL CON SDR DADO POR TAQUIPNEA TIRAJES UNIVERSALES, FEBRIL, CON SIGNOS VITALES TA 70/50 FC 40X’ T 39 C, PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA CON LIVIDO RETICULARIS Y PIEL MOTEADA, EN EL MOMENTO SIN ALTERACION DEL SENSORIO PERO NO COLABORA CON EL EXAMEN NO RESPONDE A LAS PREGUNTAS QUE SE LE REALIZAN

**IMPRESION DIAGNOSTICA  
TRAUMA TORACOABDOMINAL CERRADO  
HEMATOMA RETROPERITONEAL?  
NEUMONIA A DESCARTAR  
CHOQUE VS SEPSIS SECUNDARIA?**

## SDR 2R10 CID?"

Solicitan exámenes paraclínicos Radiografías de tórax abdomen, ecografía abdominal total, que mostraron una acidosis metabólica, la radiografía de tórax infiltrados intersticiales reticulonodulares, leucopenia, alteraciones de la coagulación y de la función hepática. Es valorada por el cirujano quien descarta patología quirúrgica y la remite a Cuidados Intensivos donde a pesar de los tratamientos y soportes instaurados la paciente fallece en falla multisistémica a las 2:50 del día 2 de julio de 2006.

El Tribunal de Ética Médica del Meta luego de analizar la denuncia presentada por la señora O.B.M.R. y del señor I.R.A. sus respectivas ampliaciones y ratificaciones, la historia clínica respectiva, las declaraciones no juramentadas de los doctores G.S.O, G.C.R., S.I.V.P y M.A.R.C, hace las siguientes CONSIDERACIONES:

“Revisadas las pruebas y los hechos, no cabe duda en esta investigación que la menor D.K.R.M. (q.e.p.d.), presentó inicialmente una reacción medicamentosa al medicamento Naproxeno, medicamento que pertenece al grupo de los Aines, aprobado por el INVIMA y cuyas propiedades principales son las de ser anti-inflamatorio y analgésico, pero que entre sus efectos adversos se encuentran y describen retención de líquidos o edemas, vómito, hemorragia gastrointestinal, perforación intestinal, erupciones cutáneas, leucopenia, anemia, bronco-espasmo, disfunción renal, etc., muchas de las cuales estuvieron presentes en la desafortunada evolución de esta menor.

Las erupciones cutáneas son las manifestaciones más frecuentes de las reacciones adversas a los medicamentos en los niños y predominan las erupciones urticariformes. La patología pulmonar por terapia medicamentosa es infrecuente en la infancia y de presentarse es muy grave y aquí la presencia de infiltrados pulmonares es semejante a una neumonitis intersticial.

Recordemos que esta menor presentó reacción urticariforme y en la noche ya en su casa dificultad respiratoria severa, muy probablemente debida a Angioedema y Bronco espasmo, además Taquicardia (240) y Polipnea (40 x minuto), Hipotensión, Fiebre Alta, Palidez generalizada y fenómenos de vasculitis a nivel de la piel.

Con lo anterior tampoco podemos descartar la presencia de una reacción anafiláctica, pues aunque son en general de carácter explosivo particularmente cuando el antígeno es inyectado, también puede presentarse en forma menos aguda, como en este caso, cuando el antígeno se administró por vía oral y quizá la anafilaxia fue modulada por el empleo del corticoide intramuscular ordenado en la consulta externa.

También es claro para este Tribunal, que cuando la niña es llevada por la madre a la consulta, cuando presentaba la reacción, urticariforme el día 30 de junio de 2006, sus condiciones generales eran satisfactorias y continuó manejo ambulatorio, con recomendaciones, pero esa tarde, durante toda la noche y al día siguiente sus condiciones empeoraron y solo hasta las 16 horas acudió nuevamente a consulta médica, cuando fue hospitalizada por su mal estado general.

Usualmente el manejo médico de las reacciones alérgicas a los medicamentos, es el de suspender el medicamento que se considera a juicio del médico es el responsable de desencadenar esta reacción, administrar anti-histaminicos, el uso de los corticoides sistémicos en casos severos y aquí estos medicamentos se formularon y emplearon en esta menor.

Su manejo médico fue muy complejo, pues no solamente había de manejarse su Desequilibrio Hidroelectrolítico ocasionado por el vómito permanente, la no ingesta y la falla respiratoria de casi un día antes de su hospitalización, sino también porque habría de tratarse a una menor quien ya tenía indicios claros de manifestaciones sistémicas de una reacción alérgica grave.

La reacción alérgica a medicamentos tiene lugar aún con dosis mínimas y se presenta únicamente en los individuos genéticamente pre-dis-

puestos y es éste quizá el caso de esta menor. La reacción anafiláctica puede ser uní o multisistémica y puede comprometer la piel, el sistema cardiovascular o gastrointestinal y también puede manifestarse con dolor torácico, dolor abdominal, fiebre, vómito, diarrea, taquicardia, hipotensión, shock y muerte.

La liberación súbita y masiva de gran cantidad de Histamina induce a una Vaso dilatación aguda y a un incremento de la permeabilidad capilar con extravasación masiva de líquidos, que son los factores que conllevan al shock, reacción que casi siempre es mortal

Así analizados los hechos y las pruebas, este Tribunal considera que la menor D.K.R.M (q.e.p.d.), presentó una reacción alérgica medicamentosa severa al medicamento Naproxeno con compromiso multisistémico, es decir de varios órganos, que no respondió al manejo médico instaurado, que el manejo médico indicado y dirigido por los médicos de la Clínica Meta fue el indicado, acorde con la literatura médica revisada.

Así como el Tribunal de Ética Médica del Meta comparte y es solidario con la angustia y la pena de los padres de esta menor no puede menos que rechazar las aseveraciones del padre de la niña, señor I.R.A., cuando en su diligencia de ampliación y ratificación califica a los médicos como criminales. Aquí vale la pena recordar al señor R.A., que la obligación profesional del médico no es por regla general de resultados sino de medios, es decir, que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su paciente los conocimientos, su pericia y los dictados de su prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de su enfermedad y la no curación. Los organismos vivos reaccionan de manera autónoma y diferente y como tal tienen su propia dinámica, por lo tanto así el médico haga un diagnóstico lo más exacto posible y realice el tratamiento acorde con su experiencia, en cada caso nunca sabrá en forma rotunda el resultado final sino cuando este se haya producido, es este el caso de D.K, cuyo organismo presentó reacción alérgica grave al Naproxeno, medicamento que es usado y formulado con mucha frecuencia por los médicos generales y los pediatras para

aliviar el dolor , la inflamación y la fiebre de sus pequeños pacientes, en esta niña esta impredecible y desafortunada reacción alergica grave, que con todas sus complicaciones la llevó rápidamente a la muerte a pesar del esfuerzo médico por revivirla.”

El Tribunal de Ética Médica del Meta el día trece de marzo en Sesión de Sala Plena 528 dictó Resolución Inhibitoria de abrir investigación formal ético disciplinaria a los doctores G.S.O, G.C.R, S.I.V.P. y M.A.R.C.

Con fecha 10 de 2007 los señores I.R. y O.B.M coadyuvados por el doctor CÉSAR AUGUSTO CAJÍGAS ROJAS, Abogado presentaron ante el Tribunal de Ética Médica del Meta recurso de Apelación contra la Resolución inhibitoria, Apelación que fue concedida por ese Tribunal con fecha 13 de abril de 2007 y remitida al Tribunal Nacional de Ética Médica el 9 de mayo de 2007.

En la sustentación de la Apelación solicitan la apertura de la investigación disciplinaria al considerar que los médicos no actuaron de manera responsable y diligente.

Que desde la primera cita se “constata irresponsabilidad del personal médico”. Que no le brindaron toda la asistencia y colaboración y además “no valiéndose de los medios y elementos puestos a su alcance”, en los argumentos no consideran adecuado el manejo dado por la profesional que atendió la menor en la segunda consulta y solicita “MEDIOS DE PRUEBA EN SEGUNDA INSTANCIA.”

## **CONSIDERACIONES**

Para el Tribunal Nacional de Ética Médica es claro al analizar esta Apelación que la niña D.K.R.M., falleció a causa de una REACCION ADVERSA A LA ADMINISTRACION DEL MÉDICAMENTO NAPROXENO, QUE LAS REACCIONES ADVERSAS A LOS MÉDICAMENTOS SON IMPREDECIBLES EN LOS PACIENTES, MAS AÚN CUANDO NO EXISTEN ANTECEDENTE Y /O ESTOS ANTECEDENTES NO SON CONOCIDOS POR LOS MÉDICOS TRA-

TANTES, QUE LA REACCION ADVERSA ES IDIOSINCRÁTICA DE CADA PACIENTE Y QUE SU REACCION ES IMPREDECIBLE A PESAR DE LOS TRATAMIENTOS INSTAURADOS.

En la primera consulta la paciente fue valorada por un traumatismo al caer de una altura de 45 centímetros con golpe en el hombro derecho, la frente y el pómulo, que no revistieron mayor lesión y en su evaluación los médicos recurrieron a los exámenes clínicos y radiológicos adecuados y pertinentes, prescribieron un medicamento pertinente y en dosis adecuada el Naproxeno y dieron indicaciones y cita de control. Ante la aparición de reacción en la piel de nuevo la paciente es valorada a solicitud de la madre y la médica de turno diagnosticó una reacción alérgica al medicamento y procedió acorde aplicando un corticoide y prescribiendo un antihistamínico y suspensión del Naproxeno, lo previsto en la literatura médica es lo realizado por la profesional que atendió la paciente.

La evolución de la niña luego de esta consulta fue en detrimento de su estado general y no es comprensible que ante los hechos dramáticos descritos por los padres de la menor no hayan recurrido a la consulta médica y solo se dedicaran a administrar agua de panela a la paciente y consultaran 28 horas después de la anterior consulta y luego de permitir que entrara progresivamente en un estado de gravedad que fue irreversible.

Al ingreso a las 16:17 del 1 de julio de 2006 encuentran en el servicio de urgencias una paciente en “pésimo estado general”, taquipneica, hipotensa, con palidez muco cutánea, con lívido reticularis y piel moteada, le realizan los estudios paraclínicos correspondientes se demostró el estado de acidosis metabólica, el desequilibrio hidro electrolítico, la respuesta pulmonar con infiltrados intersticiales, la respuesta en el sistema hematopoyetico con severa leucopenia y anemia, alteraciones en la coagulación y otras alteraciones de distintos sistemas, llevan la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos y realizan todas las medidas para reanimar la paciente con los cuidados y recursos disponibles y a pesar de ello falleció 10 horas después del ingreso.

El Tribunal de Ética Médica del Meta analizo y expuso en forma clara lo pertinente con las reacciones adversas de los medicamentos y lo actuado por los profesionales de la medicina que atendieron a la paciente D.K.R.M., y el Tribunal Nacional de Ética Médica considera que en las oportunidades en que fue atendida la paciente los médicos actuaron de acuerdo con los preceptos de la ciencia Médica y no encuentra que hayan violado la Ley 23 de 1981.

Dadas las anteriores consideraciones, para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, con fundamento en las atribuciones conferidas por la Ley.

### RESUELVA

**ARTICULO PRIMERO: CONFIRMAR** la decisión del Tribunal de Ética Médica del Meta de inhibirse de abrir investigación formal ético disciplinaria en contra de los doctores: **G.S.O., G.C.R., S.I.V.P.y M.A.R.C.****ARTICULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen, para lo de su competencia. **COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**

FDO: JUAN MENDOZA VEGA, Presidente; MIGUEL OTERO CADENA, Magistrado Ponente; JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO, Magistrado; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado; EFRAIM OTERO RUIZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCIA BOTERO CASTRO, Secretaria.



## **DIGNIDAD HUMANA Y PERSONA**

### **FERNANDO GUZMÁN MORA, MD, MSci**

Cirujano Cardiovascular. Asesor Médico Jurídico. Hospital Militar Central  
Abogado Magna Cum Laude. Universidad Militar Nueva Granada  
Magister en Derecho Penal. U. Libre  
Magistrado Tribunal Nacional de Ética Médica  
Especialista en Bioética. U. El Bosque  
Catedrático de Derecho. Universidad Militar. Universidad Sergio Arboleda

### **CAPITÁN DE NAVÍO MÉDICO SARA E. MORENO MAZO, MD, Msci**

Oftalmóloga. Glaucomatóloga. Subdirectora de Servicios Ambulatorios.  
Hospital Militar Central  
Capitán de Navío. Armada Nacional de Colombia  
Especialista en Docencia Universitaria  
Magister en Bioética. U. El Bosque  
Docente AH. Universidad Militar Nueva Granada

Habitualmente cuando usamos el término “persona”, nos referimos a un ser humano, individual con capacidad de ser racionalmente auto-consciente y de auto determinarse. Para autores como Fletcher, para ser persona se requiere de ciertas condiciones: tener conciencia y control de sí mismo, conciencia de su futuro y su pasado, de su interrelación con otros y su preocupación por ellos, su curiosidad. Para Peter Singer, una persona es un ser racional consciente de sí mismo. Para Leibnitz la persona es “...un ser capaz de razón y reflexión, que puede considerarse a sí mismo como él mismo...que piensa en distintos tiempos y lugares...por medio del sentimiento que posee de sus propias acciones...”<sup>11</sup>

La fuente última de la dignidad humana, base de muchos ordenamientos es la condición de persona, pues esta constituye el núcleo más específico de cada ser individual. En el concepto de persona se apoya el análisis jurídico de los Derechos Fundamentales.

Aristoteles definia persona como animal racional. Boecio la precisó mucho mas como “sustancia individual de naturaleza racional”

La persona es, en esencia, todo individuo de la especie humana y, por lo tanto, posee valor en si misma y ostenta dignidad absoluta que debe ser respetada por todos los demás (erga omnes), porque asi lo quiso el mismo ser humano al agruparse en sociedad y asi le confirió estas características de inviolabilidad de unos derechos fundamentales que el mismo ser humano se adjudicó a si mismo en aras de buscar la supervivencia

---

11 (Moreno S. Maestria en Bioetica. Universidad El Bosque. 2013)

J Maritain hace la distinción entre individuo (ser que vive solo para la especie) y persona (ser que posee individualidad y es un fin en sí mismo)

Por su parte, H Engeldardt asocia la categoría de persona la presencia de autoconciencia. En el momento en que se pierde la conciencia de sí mismo, según este autor, se pierde la condición de persona.

Singer expresa, en forma francamente controversial: “ni todos los miembros de la especie homo sapiens son personas, ni todas las personas son miembros de la especie homo sapiens”

En Roma, no todos los seres humanos eran personas porque los esclavos eran considerados como bienes, como cosas materiales; ni todas las personas eran seres humanos, porque reconocieron a las personas jurídicas. Leibnitz definía a la persona como “...un ser capaz de razón y reflexión, que puede considerarse a sí mismo como él mismo...que piensa en distintos tiempos y lugares...por medio del sentimiento que posee de sus propias acciones...”

Hoy en día se considera persona a todo individuo de la especie humana, sin importar edad, sexo, posición social o económica. El ser humano se mantiene a través de la inteligencia y la voluntad. A través de la conciencia se conoce a sí mismo y constituye un microcosmos imposible de conocer en su totalidad. Además, al ser consciente de su existencia y limitaciones, puede hacer prevalecer la razón sobre el instinto, planificando y dirigiendo sus actos en ejercicio de su libertad

Uno de los fundamentos de la persona como ser social es su derecho al nombre y el reconocimiento de su singularidad por los demás. El concepto de persona es distinto cuando se considera desde el punto de vista social, filosófico o jurídico.

Persona en sentido filosófico es un ser (o supuesto) de naturaleza racional. En sentido jurídico, persona es un ser capaz de tener derechos y contraer obligaciones.

Persona, en el sentido jurídico, es un ser sujeto de derechos y deberes. La persona puede ser individual o física (personas naturales: su personalidad empieza con el nacimiento y termina con la muerte; todos los hombres en los países civilizados son personas) y colectiva (agrupaciones o colectividades, compuestas de varias personas naturales: se llaman personas morales, sociales o jurídicas).

Para Kelsen, la persona individual es el conjunto de normas que tienen por objeto la conducta de un hombre en cuanto a derechos subjetivos y deberes jurídicos. Por lo tanto, es un sector del ordenamiento jurídico, así constituyéndose en el punto ideal al cual se le imputan los efectos de los actos contenidos en estas normas: sujeto del derecho. Persona individual es la expresión unitaria y sintética de los deberes y derechos de un hombre. Persona colectiva es la persona individual ideal tras los actos de un grupo de personas, con las mismas características que un ente individual. Es el resultado de un proceso de personificación. Cuando este proceso de personificación se aplica a la totalidad de las normas vigentes, se habla de la persona jurídica del Estado.

El ser persona, para Kelsen, consiste (desde otro punto de vista) en que mis comportamientos sean contenido de normas, y sean objeto de deberes y sujeto de derechos.

La persona posee una serie de características, de entre las cuales destacan dos: la intimidad y la expresión que se haga de la misma a alguien.

Intimidad es la parte interior que solamente cada uno conoce de sí mismo. Es el máximo grado de inmanencia, es decir, aquello que se almacena en el interior. Lo íntimo está protegido por el sentimiento del pudor. Por su parte, en la expresión de la intimidad se colocan en juego la capacidad de dar y la posibilidad de dialogar con otra intimidad diferente. La capacidad de dar consiste en entregar algo de la intimidad y lograr que otra persona lo reciba como propio. Esta expresión se obtiene a través del lenguaje, el cual puede ser verbal, corporal y expresivo. El hombre necesita expresarse con los demás.

La dignidad humana, dentro de la esfera de lo social, se garantiza en la medida en que se tenga la posibilidad de conservar su privacidad, entendida como aquel fuero interno que sólo puede interesar al ser humano como individuo o dentro de un contexto reducido de personas que en últimas está determinada por el consentimiento de quien es depositario de su existencia.

El diccionario de la Real Academia define intimidad como “zona espiritual, íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia.” Esta zona reservada de la persona humana y de la familia la protege en forma clara el artículo citado al prescribir que “Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar.

La vida privada está constituida por aquellos fenómenos, comportamientos, datos y situaciones de una persona que normalmente están sustraídos al conocimiento de extraños y cuyo conocimiento por éstos puede molestarla moralmente por afectar su pudor o su recato a menos que esa misma persona asienta a ese conocimiento.

Los derechos derivados del reconocimiento de la dignidad del hombre incluyen libertad, igualdad, honor, intimidad, vida e integridad, entre otros.

De otro lado, la Corte Constitucional, mediante el fallo T-413-93, sobre el derecho a la intimidad, a propósito de la violación de reserva de la Historia Clínica, manifestó lo siguiente:

“El derecho a la intimidad, inicialmente, se concreta, en la vida social de los individuos, en el derecho a estar solo. Sin importar el lugar en que la persona se encuentre, nadie puede imponerle su compañía y ser testigo de su vida íntima o inmiscuirse en ella; en este ámbito privado, el ser humano ejerce la libertad (artículo 13 de la Constitución) y se hace protagonista de su propio destino, al decidir y realizar libremente el desarrollo de su personalidad, “sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.” (Artículo 16 de la carta).”

En la sentencia T-261 de 1995, la Corte Constitucional expresó:

“Este terreno –se refiere al de la intimidad- no puede ser invadido por los demás miembros de la comunidad a la que se integran la persona o la familia, ni por el Estado. Aún dentro de la familia, cada uno de sus componentes tiene derecho a demandar a los demás el respeto a su identidad y privacidad personal.”

Para Olano García la intimidad es: “un derecho que se proyecta en dos dimensiones a saber: Como secreto de la vida privada y libertad. Concebida como secreto, atentan contra ella todas aquellas divulgaciones ilegítimas de hechos propios de la vida privada o familiar o las investigaciones también ilegítimas de hechos propios de la vida privada. Concebida como libertad individual, en cambio, trasciende y se realiza en el derecho de toda persona de tomar por sí sola decisiones que conciernen a la esfera de su vida privada. Es claro que los atentados contra la intimidad pueden entonces provenir tanto de los particulares como del Estado. Se ha creído necesario proteger la intimidad como una forma de asegurar la paz y tranquilidad que exige el desarrollo físico, intelectual y moral de las personas, vale decir, como un derecho de la personalidad.”

En reciente sentencia del tribunal Nacional de Etica Médica se expresa: Providencia 013 de 2003, Magistrado Ponente Fernando Guzmán Mora:

“...Por lo anterior, nada puede ser mas violatorio de la inmanencia humana que la intromisión indebida en la intimidad de la persona. Es invadir lo más interno y sagrado de la persona.

## **PERSONA Y BIOÉTICA**

La bioética constituye un nuevo campo de estudio y reflexión en el contexto de la producción intelectual humana.

Es, como dice el profesor de Bioetica y Biopolitica Cesar Gomez, esencialmente dilemática.

Dice el Profesor Gomez:

“...Existe algo que compartimos con los animales desde el punto de vista de la naturaleza. Pero también hay algo que no compartimos con el animal y tiene que ver con la naturaleza humana. El ser humano es un ser moral y el animal no. Y la condición moral del comportamiento humano es inherente a su naturaleza en dos aspectos: la libertad y a su finitud.

Somos seres libres y finitos por nuestra condición humana. Humanidad como el vocablo de origen eidos. Es aquello por lo cual algo es algo y no otra cosa...”

Y analiza al ser humano con base en los siguientes postulados:

- El ser humano es apertura al mundo
- Luego el principio no esta determinado por naturaleza
- Las condiciones culturales fijan una forma de ser de lo humano
- La cultura es prescriptiva. Determina lo que debe ser de lo que no debe ser
- La naturaleza no precede a la actividad. La actividad crea naturaleza.
- Esa actividad no esta predeterminada

Gomez C. Biopolitica y bioética. Conferencias Maestria de Bioetica. Universidad El Bosque. 2014

# **ÉTICA MÉDICA Y BIOÉTICA MÉDICA: UN CAMBIO DE PARADIGMA**

**FERNANDO GUZMAN MORA, MD, MSci**

Médico. Universidad del Rosario

Especialista en Anatomopatología. Universidad del Rosario

Especialista en Cirugía General. Universidad Javeriana

Especialista en Cirugía Cardiovascular. University of Newcastle upon Tyne

Especialista en Administración en Salud. Universidad Santo Tomas

Abogado. Magna Cum Laude. Universidad Militar Nueva Granada

Magister en Derecho Penal. Universidad Libre Bogotá

Especialista en Bioética. Universidad El Bosque

Aspirante a Maestría en Bioética. Universidad El Bosque

Catedrático de Derecho. Universidad Javeriana. Universidad Militar Nueva

Granada. Universidad Libre

Expresidente Nacional. Federación Medica Colombiana

Magistrado y Expresidente. Tribunal Nacional de Ética Médica



## INTRODUCCIÓN

En días pasados presenté ante el Seminario organizado por el Honorable Tribunal de Etica Medica del Valle, esta serie de consideraciones acerca del cambio de paradigma que se está estableciendo en el mundo actual, respecto de la visión de la Etica Medica tradicionalmente considerada en nuestro país como Deontologia Médica y el avance intelectual que representa la aparición de la Bioetica como ciencia y disciplina presente en todos los campos del saber que giren alrededor del ser humano, su esencia, su participación social, su historia, sus fundamentos jurídicos, etc.

Este articulo gira alrededor de esas consideraciones del mencionado seminario y constituyen un planteamiento que pretende impactar la educación medica y sanitaria, ampliando los horizontes del oficio y la profesión medica, cuyo ejercicio se encuentra tan deteriorado en las ultimas décadas.

### QUE ES UN PARADIGMA?

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define en varias formas:

- A. Ejemplo o ejemplar.
- B. Cada uno de los esquemas formales a que se ajustan las palabras nominales y verbales para sus respectivas flexiones
- C. Conjunto virtual de elementos de una misma clase gramatical que pueden aparecer en un mismo contexto

Por su parte, Giorgio Agamben (Fractal. Revista Trimestral), refiriéndose a Kuhn expresa:

“...Kuhn, reconoce haber usado el concepto de paradigma en dos sentidos diferentes (Kuhn: 212). En el primero –que él propone sustituir por el término “matriz disciplinar”–, paradigma designa lo que los miembros de cierta comunidad científica poseen en común, es decir, el conjunto de las técnicas, los modelos y los valores a los que los miembros de la comunidad adhieren más o menos conscientemente...

En el segundo sentido, el paradigma es un elemento singular de este conjunto –los Principia de Newton o el Almagesto de Ptolomeo– que, sirviendo de ejemplo común, sustituye las reglas explícitas y permite definir una tradición de investigación particular y coherente...

El segundo significado del concepto de paradigma, que Kuhn considera “el mas nuevo” y profundo (ibíd.: 226): el paradigma es simplemente un ejemplo, un caso singular que, a través de su repetitividad, adquiere la capacidad de modelar tácitamente el comportamiento y las practicas de investigación de los científicos...

El imperio de la regla como canon de científicidad se sustituye así por el del paradigma; la lógica universal de la ley, por la lógica específica y singular del ejemplo. Y cuando un viejo paradigma es reemplazado por uno nuevo, incompatible con él, se produce lo que Kuhn llama una revolución científica...”

Desde el punto de vista epistemológico, el paradigma constituye un criterio importante de verdad científica

Como acercar entonces los conceptos de Etica, Bioetica, Etica Medica y Deontologia Medica?

## LA ETICA COMO PARTE DE LA FILOSOFIA

La definición más elemental de filosofía se basa en la etimología del término: amor a la sabiduría. Y la más compleja de todas es la que la encuadra como aquella ciencia que busca las causas últimas de las cosas.

La filosofía es un producto de la mente humana, se basa en interrogantes acerca del mundo y cada uno de sus fenómenos, busca explica-

ciones sólidas respecto de los mismos fenómenos, es cambiante en la medida en que se descubran nuevas causas basadas en el avance de la ciencia.

La sabiduría no es sobrehumana. Tampoco es instintiva ni, muchísimo menos, infusa por efectos de seres trascendentes. Es la sabiduría del hombre como hombre, es decir, como consecuencia del trabajo de la inteligencia del hombre a lo largo de su compleja y tortuosa evolución.

Y, desde este punto de vista, TODO es producto del cerebro humano: los conceptos de sociedad, instituciones sociales, organización política del poder, la creación del Derecho, el concepto de Bien y Mal, la ética, la moral, los conceptos religiosos, la misma filosofía...todo!

Se ha definido la filosofía como la ciencia que abarca todas las cosas y saberes, de manera general, en actitud crítica y buscando sus últimas causas y a la luz de la razón.

Y debe ser así, pues de lo contrario la filosofía se transformaría en religión, con sus dogmas y estructura rígida de valores e ideas.

#### LA DEFINICION DE ETICA

La palabra ética tiene varias raíces. Una de ellas significa carácter. Pero carácter como forma de vida y se refiere a la evaluación de la bondad o maldad del acto humano a la luz de la razón y con base en principios morales. Es, pues, la filosofía de la moral respecto de un acto humano.

Significa morada y se relaciona con los hábitos aprendidos o carácter de las personas, respecto de normas aprendidas en la comunidad. Se basa en la morada o sitio que ocupa el ser humano respecto de sí mismo y del mundo en que vive.

La ética es la rama de la filosofía que estudia las acciones de las personas juzgándolas a través de principios generales que intentan ser universales y son aplicables a cualquier estructura moral.

Hasta el momento no se han encontrado mas de siete principios éticos universales aplicables a cualquier estructura moral que se quiera analizar:

1. No hagas a otro lo que no quisieras que hagan contigo.
2. Haz con los demás lo que desearías que hagan contigo.
3. Vive honestamente.
4. No hagas daño a nadie.
5. Apóyate siempre del principio de Justicia (reconocerle a cada cual su derecho).
6. No hagas de las personas un medio sino un fin.
7. Actúa de tal forma que tu acción pueda convertirse en ley universal.

#### LA MORAL

Puede ser definida como operación intelectual que estudia el acto humano individual particular en su entorno y circunstancias concretas, para determinar su bondad o maldad.

Al juzgar actos individuales, la moral ni es universal, ni es absoluta, ni busca principios aplicables de manera general sino particular.

Por el contrario, la Etica plantea cual es el valor de bondad de las conductas mismas, de lo que es correcto o incorrecto universalmente. Es entonces la filosofía de la moral y por lo tanto busca causas que logren adaptar los actos humanos a lo que la humanidad conoce como bien.

En lo hace referencia a los valores, estos son formas de ser o de obrar de una persona o una comunidad, a la luz de lo que se juzga como ideal y digno de ser imitado. Por lo tanto, las conductas están inspiradas en valores.

#### EL PARADIGMA ÉTICO MÉDICO

Incluye varios conceptos y puntos de vista. Uno de ellos es el aspecto deontológico, que estudia en concreto la conducta profesional del

médico, con el objeto de distinguir lo justo y conveniente de su acto profesional, para orientar su correcta estructura y función.

La Ética Médica, por su lado, hace referencia a propuestas o declaraciones que recomiendan conductas específicas, con base en los principios universales que hemos mencionado al comienzo.

Pero el problema fundamental de la actualidad es la variación que existe entre el tradicional paradigma médico de cientos de años, en donde la preocupación principal del médico era su relación con el enfermo a su cargo y el bienestar que su acto pudiera brindarle, y la actual visión de mismo acto médico, pero esta vez teniendo en cuenta el entorno de la persona, el principio del respeto a la vida en todas sus formas y los conceptos elementales de justicia en un mundo gobernado por la economía a todo nivel, entre muchísimos otros factores.

El paradigma antiguo se basaba en principios como el *Primum non nocere* (primero no hacer daño) y el *Bonum facere* (practicar lo que se considera como bueno), lo cual en el pensamiento de Diego Gracia provenía de la concepción teológica medieval, en donde la bondad se identificaba con el orden natural.

En aquel entonces el médico practicaba en esencia el principio de beneficencia basado en dos conceptos: solo el profesional era el dueño del conocimiento y su misión era regresar todo al orden natural “establecido”.

El principio de beneficencia llevado a extremos degeneró en paternalismo, con base en la consideración de la función del médico como un doble agente: técnico y moral.

## EL CAMBIO DE PARADIGMA

### A. LA RENOVACION DEL CONCEPTO DE ORDEN NATURAL

El primer paradigma tradicional fue el planteamiento de no considerar como ideal el solo hecho de volver las cosas al orden natural.

La Medicina ha prolongado la vida, ha mejorado su calidad, ha extendido la vejez y ha salvado enormes cantidades de personas, combatiendo de manera abierta la naturaleza, que siempre se ha considerado “sabia” pero que con el despertar de la conciencia de los seres humanos y la aparición del fenómeno de la compasión, ha variado su criterio para considerarla además de sabia, de una crueldad sin límites.

De no haber sido por el avance tecnológico y científico, no se habrían podido librar de las garras de la muerte a numerosas personas con infecciones que antes eran mortales; ni se hubieran preservado las vidas de los diabéticos: ni tampoco se habrían salvado los pacientes con centenares de enfermedades que la “naturaleza” admitía en una especie de “cruel control de calidad” sobre los que padecen algún tipo de imperfección biológica.

Pero quizás el medio de demostración mas importante de la “antinaturalidad” de la medicina sea la cirugía. Es decir la irrupción agresiva sobre el ser humano para detener enfermedades de todo tipo y frenar su “desarrollo natural”, oponiéndose a los designios de la “sabiduría natural.”

Y a través de su ejercicio se extirparon del organismo toda clase de infecciones (abscesos), inflamaciones (apéndices, por ejemplo), tumores, malformaciones y muchas otras condiciones que de haber seguido su curso hubiesen dado cuenta de los seres con desventajas natales o de aquellos atrapados por las noxas y enfermedades (también dirigidas por la sabia naturaleza)

Por lo anterior, no nada mas antinatural que un cirujano...afortunadamente.

## B. EL RECONOCIMIENTO DE LA NATURALEZA AGRESIVA DEL SER HUMANO

El segundo fue el descubrimiento de la naturaleza maligna del ser humano, el peor predador que haya conocido el planeta.

Y debe admitirse esto sin mucha discusión por varias razones. Aunque el ser humano es la cúspide la evolución y el pináculo de la adaptación de las especies, sus instintos no son propiamente encomiables. El ser humano es egoísta, destructivo, agresivo, mezquino y malvado por su misma naturaleza.

Y fue la conciencia de esta innata agresividad la que dio origen al nacimiento de la sociedad, del derecho, de las instituciones sociales, de la etica, del concepto de bien y mal, es decir, de todo lo que el cerebro humano ha podido producir hasta ahora. Y en esencia basado en un intercambio que se reduce a: Entrego un poco de mi libertad para adquirir algo mas de seguridad.

Y es gracias a la fuerza del derecho que todavía subsiste la sociedad y las comunidades humanas. Porque la agresividad y los instintos letales de los seres humanos solamente pueden controlarse por la fuerza. Y para quienes se opongan a estos conceptos solamente queremos recordarle los fenómenos de la guerra, el odio entre seres de la misma raza, los registros incontrovertibles de las infamias de los campos de concentración y la experimentación humana y muchos otros que encuentran su tetsimonio en la historia de la humanidad.

Si la sociedad se hubiera regido por normas morales únicamente, es posible que habriamos desaparecido de la faz de la tierra hace siglos. Porque la moral, es autonoma (el que comete la conducta es juez y parte de la misma). En cambio el derecho parte de un planteamiento elemental: pongámonos de acuerdo en qué forma vamos a vivir, regulemos nuestra vida a través de norma e impongamos un castigo para los que irrespeten la norma. Y esa es la base de la conducta adecuada en sociedad: esencialmente el miedo al castigo.

### C. LA SOFISTICACION EN EL CONCEPTO DE GUERRA

En el plano de la medicina, esta naturaleza predadora y agresiva de nuestra raza, dio lugar al fenómeno de la guerra.

En 1762 Rousseau escribió: “ La guerra no es una relación de hombre a hombre sino una relación de Estado a Estado, en la que los particulares solo son enemigos por accidente, no como hombres sino como ciudadanos; no como miembros de la patria sino como sus defensores.”

No existe una teoría única que explique las razones de la guerra como fenómeno antropológico. Sin embargo, no es algo inherente al ser humano. Varias especies animales organizan verdaderos ejércitos para luchar, de manera instintiva, contra los que consideran sus enemigos.

Por qué el ser humano va a la guerra ? Existen múltiples motivos y cada uno tiene su prueba en algún período histórico:

- Necesidad de defensa contra la agresión: Partido Republicano en la Guerra Civil Española.
- Rechazo a la invasión extranjera: Guerra de Independencia americana.
- Venganza nacional. Guerra de los godos contra el imperio romano.
- Conquistas territoriales: Campañas de Alejandro Magno.
- Recrudescimiento de odios ancestrales: Guerras balcánicas.
- Forma de vida: Campañas de Atila.
- Razones económicas de fondo: Viet Nam.
- Razones religiosas aparentes: Cruzadas.
- Política internacional: Guerra de Corea.
- Política nacional interna: Guerra civil china.
- Psicopatía colectiva: Alemania Nazi.
- Necesidad de espacio territorial. Campañas japonesas en la Segunda Guerra Mundial.
- Presión violenta de un cambio político. Guerrillas liberales de los años cincuentas.
- Defensa de actividad ilícita. Guerrilla y paramilitarismo del Siglo XX en Colombia.



Y así sucesivamente, pueden encontrarse muchas razones que expliquen el absurdo de luchar hasta la muerte contra los semejantes. Sin embargo, aunque el ser humano tiende a ser gregario, no puede dejar de ser territorial (como cualquiera de los predadores naturales), y por ello debe crear ejércitos para defender lo que considera como propio e inviolable.

Este fenómeno histórico, social y político dio lugar, entre muchos otros, al perfeccionamiento de los métodos intervencionistas en traumas de inmensa magnitud.

#### D. LA TRANSFORMACION DE LOS PARADIGMAS EN LA MEDICINA CIENTIFICA

Es un principio de la ciencia medica el ayudar al enfermo, colocando a su disposición todos los elementos de la ciencia y la tecnología para aliviar su enfermedad y llevarlo, si es posible, a la curación.

A lo anterior se suma el dictado ético humanístico de personas como Ambrosio Pare, para quien la medicina es “un arte y una ciencia que a veces cura, otras veces alivia, pero siempre consuela”.

La ciencia en general, ha tenido varias etapas en su evolución:

Comenzó con la recopilación de conocimientos obtenidos por observación e intervenciones empíricas, conocido como Sabiduría. Continuó con el método aristotélico, cuyo paradigma fue la ruptura de sistema anecdótico de explicar la experiencia acumulada. Posteriormente siguió con los planteamientos pragmáticos del siglo XVI y XVII, para continuar con explicaciones que se divorciaron de lo trascendente imaginario que impregnaba el conocimiento científico (Llamese religión, escolástica, etc), siguiendo con la influencia intelectual que sobre ella tuvieron la Revolucion Francesa y la Revolucion Industrial, para terminar en la reciente Revolucion Tecnocientifica Norteamericana, con sus vastagos subsiguientes: la macrociencia y la tecnociencia.

La forma de hacer ciencia en la época actual cambió radicalmente, por la perdida de autonomía de la investigación, la politización de la inves-

tigación científica y el cambio en el concepto de “la ciencia solamente la hacen los científicos”.

Esto se materializó en 1983, con los planteamientos de Latour, quien introdujo la anterior idea y, en consecuencia, masificó y mercantilizó la forma de investigar y de hacer ciencia.

#### E. EL AGOTAMIENTO DE LOS RECURSOS EN UN MUNDO DE NECESIDADES ILIMITADAS

Esto llevó a depurar el concepto de JUSTICIA, el cual anteriormente aparecía como un termino esencialmente jurídico y que en los últimos años ha pasado a ser un elemento de obligatoria consideración en cualquier análisis social, cultural, económico, científico y de planeación que se trate de efectuar.

Rousseau disertò sobre las bases de la Justicia Social. Decía que cuando el hombre vió el estado de guerra que alteraba su vida, originado en la inseguridad nacida de estas diferencias, las personas se obligaron a efectuar un contrato social, mediante el cual se protegía a los débiles y se contenía a los ambiciosos.

La persona, al determinar la forma vida social en que va a interactuar con sus semejantes, pierde algunas libertades individuales, pero gana libertades civiles que permiten ampliar las ideas y sublimar los sentimientos.

De otro lado, en los imperativos categóricos kantianos se encuentra el fundamento de la justicia diaria: Obra según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne en ley universal. Y obra de tal modo que te relaciones con la humanidad tanto en tu persona como en la persona de cualquiera otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio.

La ética según los utilitaristas benthamianos, es un producto humano aplicable a comunidades humanas y el utilitarismo no debe confundirse con la filosofía de la avaricia, de la monetarización, que busca la ganancia incluso por encima del placer.

Por el contrario, el utilitario basa su análisis en la evaluación de la mayor felicidad al mayor número de personas.

La ideología marxista sienta sus postulados primordialmente con una base económica como conjunto de elementos que integran una sociedad, así mismo propenden por la necesidad del hombre de liberarse de la explotación que produce los medios de producción en manos de los particulares, porque el trabajo de un hombre no es justamente remunerado ya que los propietarios tienden solo a dar un mínimo vital a los obreros.

Es entonces la socialización de los medios de producción uno de los fines directos, puesto que la propiedad debe pertenecer a quien utiliza los medios de producción, omitiendo en esta forma cualquier concepción de democracia política.

El término justicia distributiva, entonces, se refiere a lo que es equitativo, a la distribución determinada por reglas de cooperación social, mirando elementos como la propiedad, los recursos, los impuestos, los privilegios y las oportunidades. El término se relaciona con la distribución de los derechos y responsabilidades en la sociedad, incluyendo los derechos civiles y políticos. Se distingue de otros tipos de justicia como la justicia criminal (aplicación de castigos a quienes delinquen) o la justicia rectificatoria (compensación por incumplimiento de contratos, negligencia médica, etc).

Los principios materiales de Justicia especifican las características relevantes para un tratamiento igualitario y se denominan materiales porque identifican las propiedades sustantivas para la distribución.

Algunos de estos principios son:

1. A cada persona una porción igual (oportunidad de una educación primaria básica)
2. A cada persona de acuerdo con su necesidad (servicios de salud, subsidios de desempleo, etc.)

3. A cada persona de acuerdo con su esfuerzo (al más dedicado, el mejor puesto)
4. A cada persona de acuerdo con su contribución (muy relacionado con el ingreso de cada cual; aplica también para casos como el trasplante de órganos para nacionales y extranjeros)
5. A cada persona de acuerdo con sus méritos (trabajos y promociones laborales)
6. A cada persona de acuerdo con los intercambios del mercado

#### F. LA APARICION DEL NEOLIBERALISMO MUNDIAL

El neoliberalismo económico, manifiesto en los eventos de la vida mundial en los últimos años, representa una de las ideologías más peligrosas que han conocido los países del tercer mundo, debido a las profundas repercusiones sociales que las medidas de varios gobiernos tomaron en favor del capital internacional y en desmedro de la calidad de vida de los pobres a nivel global

El neoliberalismo económico constituye un retroceso social de capital importancia. Es, en esencia, volver a los principios liberales del siglo XVIII. Principios que pueden resumirse en el pensamiento de uno de sus ideólogos, quien decía: “¿...no son acaso las necesidades del pobre, las cuáles es prudente aliviar pero insensato curar, esenciales para el bienestar del Estado?...”

Los economistas neoliberales pregonan el resurgimiento del poder del mercado, con la eliminación o reducción del papel del Estado en el plano económico y social, con sus consecuencias de re-evaluación del concepto de soberanía para cambiarlo por el de globalización y la evidente prevalencia de lo privado sobre lo público.

Filosóficamente plantean, como el ideólogo del siglo XVIII, el papel positivo de la desigualdad, intentando a toda costa bloquear la función redistributiva planteando un subjetivismo basado en la razón como criterio de verdad.

La fuentes modernas del neoliberalismo se encuentran en la escuela monetarista de Milton Friedman, quien expresa que la desigualdad es positiva en tanto contrarresta la centralización del poder político y, al mismo tiempo, incentiva al individuo en originalidad y producción. Y en su contraparte europea, la denominada “escuela austríaca”, representada por Friedrich Hayek y Ludwig von Mises, quienes afirman que el capitalismo eleva el nivel de vida de todos, incluyendo los más pobres, pues el aumento en la riqueza aumenta el altruismo individual.

Se encuentran afirmaciones como la del “libertario” Robert Nozick, quien sin ruborizarse plantea que “Nadie puede exigir un derecho al ingreso por el simple hecho de necesitarlo para sobrevivir, pues al hacerlo, se coarta la libertad de alguien más”. E incluso los extremos de otros libertarios extremistas, como Murray Rothbard y David Friedman, para quienes los pobres tienen la culpa de su propio destino.

Los profetas de la privatización plantean el retiro del Estado de la arena económica del mercado, dejándolo esencialmente como un regulador entre particulares. Pretenden entonces que el ente social coloque en venta los bienes escriturados a la nación para poderlos explotar en el escenario de la economía de mercado, con el objeto de volverlos eficientes y eficaces para, en esa forma, obtener ganancias que reviertan hacia quienes se han tomado la molestia de volverlos rentables.

## LA APARICIÓN DE LA BIOÉTICA

El famoso bioeticista belga Gilbert Hottois afirma que: “...La Bioética es la aproximación a la solución de problemas del ser humano, relacionados con su comportamiento, valores, decisiones y cuestionamientos éticos. Es paradigmática porque recurre a una mirada plur - interdisciplinaria, que reúne varios conceptos y sugerencias desde puntos de vista diferentes para llegar a un consenso...”

Por lo tanto se puede considerar a la bioética como una forma de unión entre los conocimientos de varias disciplinas para discutir problemas que atañen a los valores, la ética y la moral.

De ese encuentro entre ética, ciencia, filosofía, medicina y derecho nace la bioética. Un nuevo concepto mucho más amplio que involucra conceptos científicos clásicos y los ordena frente al entorno, teniendo en cuenta el ambiente y la supervivencia de la raza humana como un nuevo objetivo.

De acuerdo con Van Rensselaer Potter, la bioética combina conocimiento biológico y valores humanos y crea una comunicación entre ciencia y humanismo.

Los nuevos fundamentos de la bioética, considerados como principios esenciales de la misma, basados en el valor absoluto de la persona humana, incluyen de manera importante el entorno en cualquier toma de decisiones de gran magnitud. Se fundamentan en la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia.

#### EL CAMBIO EN EL PARADIGMA ÉTICO MÉDICO Y SU REEMPLAZO POR EL DE BIOÉTICA MÉDICA

Los fundamentos son varios:

1. Mientras la Ética Médica dicta normas de conducta con fuerza legal respaldadas por la coercibilidad del Derecho, la Bioética Médica ofrecería propuestas de solución a través de diálogos multidisciplinarios.
2. En tanto la Ética Médica es antropocéntrica, la Bioética Médica tiene en cuenta el entorno y la vida del planeta en su conjunto.
3. La Ética Médica, al convertirse en Ley, se dicta por imposición social de obligatorio cumplimiento. La Bioética Médica entra a razonar las soluciones a cada caso en particular.
4. La Ética Médica, en sus aspectos puramente deontológicos, se restringe al ejercicio profesional. La Bioética Médica aprecia al ser humano en un contexto muchísimo más amplio.

5. En el contexto Etico Medico actual, el galeno se vuelve un apéndice de la tecnociencia. En el planteamiento Bioetico el médico vuelve a ser un humanista.
6. La Etica Medica colombiana, en el contexto de la Ley 100 de 1993, el profesional se convierte en lo despectivamente se ha denominado como “insumo humano”. En la visión medica sostenida en el plano Bioetico, el médico vuelve a convertirse en líder social.

### CONCLUSIONES

El paradigma médico clásico se ha ido derrumbando de manera acelerada a partir de los últimos años del siglo XX.

Urge, tanto para la profesión como para la sociedad, cambiar el concepto paradigmático de etica medica tradicional por uno mas amplio y profundo que se denomina: PARADIGMA BIOETICO MÉDICO.

# **LA EXPERIMENTACIÓN HUMANA EN LA ALEMANIA NAZI**

## **FERNANDO GUZMÁN MORA, MD, MSci**

Cirujano Cardiovascular. Asesor Médico Jurídico. Hospital Militar Central  
Abogado Magna Cum Laude. Universidad Militar Nueva Granada  
Magister en Derecho Penal. U. Libre  
Magistrado Tribunal Nacional de Ética Médica  
Especialista en Bioética. U. El Bosque  
Catedrático de Derecho. Universidad Militar. Universidad Sergio Arboleda

## **CAPITÁN DE NAVÍO MÉDICO SARA E. MORENO MAZO, MD, Msci**

Oftalmóloga. Glaucomatóloga. Subdirectora de Servicios Ambulatorios.  
Hospital Militar Central  
Capitán de Navío. Armada Nacional de Colombia  
Especialista en Docencia Universitaria  
Magister en Bioética. U. El Bosque  
Docente AH. Universidad Militar Nueva Granada



## INTRODUCCIÓN

A las pocas semanas de llegar al poder de la nación alemana en Enero de 1933, los nazis abrieron los Campos de Concentración (Konzentrationslager o K2). La Policía Política (Gestapo), ahora revestida de poderes totales, comenzó por detener a los opositores políticos del régimen Nacional Socialista, comenzando por dirigentes comunistas, socialistas y disidentes religiosos, al que luego se sumaron los judíos, testigos de un genocidio más en su historia europea. Puede decirse, entonces, que las primeras víctimas del salvajismo nazi fueron los mismos alemanes.

A estos grupos se sumaron los denominados “antisociales”, entre los cuales se incluían no solamente los criminales comunes, sino grupos étnicos como los gitanos, los homosexuales, los discapacitados, las prostitutas, los enajenados mentales y los desempleados vagabundos, a los cuales detuvo la Policía Criminal o Kripo.

La administración de estos sitios de vergüenza fue dada a las SS (Schutztaffel o Unidades de Protección). En la década de los años treinta se crearon seis grandes campos de concentración: Dachau, Sachsenhausen, Buchenwald, Flossenbug, Mauthausen y Ravensbrück, siendo este último para población exclusivamente femenina.

La llegada de la Segunda Guerra Mundial, provocada por el régimen de Hitler, hizo crecer el número de Campos de Concentración, entre los cuales se cuentan los nombres de Auschwitz-Birkenau, Natzweiler, Neuengamme, Gross Rosen, Stutthof, Lublin-Majdanek, Hinzert, Vught, Dora y Bergen-Belsen, donde fueron llevados los judíos, junto a prisioneros rusos y partisanos.

Algunos eran campos de trabajo para esclavos. Otros, centros de exterminio masivo, como Auschwitz-Birkenau, Lublin-Majdanek, Bel-

zec, Sobibor y Treblinka al este de Polonia, Kulmhof (Chelmno) al oeste de Polonia y Semlin en las afueras de Belgrado.

## EL FLORERO DE LLORENTE DE LOS JUDIOS

Hitler, conocedor como el que más de la psicología masas, sabía que si algo une a los seres humanos en situación de depresión social y económica, es el odio colectivo hacia objetivos conocidos. Por eso, creó y alimentó en la conciencia nacional alemana un odio hacia los judíos, a los que acusó de ser causantes del derrumbe económico de la Alemania de la Postguerra de 1914-1918.

A raíz del asesinato de un diplomático alemán en París, se llevó a cabo un salvaje ataque a las sinagogas y los establecimientos comerciales de los judíos, en la tristemente célebre Noche de los Cristales Rotos (Kristallnacht), que provocó la emigración de millares de personas.

Pero 1941 es la fecha que marca lo que se denominó la “Solución final”, por orden del dirigente Hermann Goering al Jefe de Seguridad del Reich, Reinhard Heydrich. Este ordena deportaciones masivas de judíos de los territorios ocupados por Alemania, hacia los campos de muerte. Allí murieron en la siguiente forma:

Kulmhof: 150.000 seres humanos gaseadas.

Belzec: 600.000 personas gaseadas con monóxido de carbono.

Sobibor: 250.000 seres humanos.

Treblinka: 800.000 personas.

Auschwitz: Más de un millón de seres humanos.

Al terminar la guerra, más de seis millones de judíos fueron asesinados, junto a cifras aún superiores de eslavos, gitanos, homosexuales, comunistas y discapacitados físicos y mentales.

Los nombres de Adolf Hitler, Heinrich Himmler, Joseph Goebbels, Hermann Goering, Adolf Eichmann, Martin Bormann y Reynhard Heydrich serán objeto del escarnio histórico al manchar la historia del

gran pueblo alemán. Sin embargo, debe mencionarse una serie de miserables pseudocientíficos, que mancharon además la tradición de la noble profesión médica, denuncia que motivó este artículo.

#### ALGUNOS NOMBRES QUE LLENAN DE VERGÜENZA A LA PROFESION MÉDICA

##### DR HEINRICH BERNING.

Profesor Asociado de la Universidad de Hamburgo. Colocó a prisioneros rusos en ayuno total, para estudiar los efectos de la desnutrición hasta la muerte, en especial de la degradación de las funciones corporales: pérdida de la libido, mareos, cefalea, edema de extremidades y de abdomen, etc.

Increíble, pero cierto, publicó los resultados de sus criminales investigaciones en revistas científicas alemanas de la post guerra.

##### DR VIKTOR BRACK

Experto en programa de castración y esterilización masivas, las cuales además ordenaba efectuar sin ningún tipo de analgesia o anestesia.

##### DR CARL CLAUBERG

Experimentador de los cuellos uterinos de miles de mujeres, a los cuales inyectaba toda clase de sustancias para estudiar la alteración local. Posteriormente inyectaba a presión, para observar los efectos en las trompas de Falopio, toda clase de compuestos, incluyendo formol, progynon y novocaina.

Adicionalmente, ordenaba la violación y embarazo de mujeres, para inyectar estas sustancias, para efectos de provocar abortos rápidos y poco costosos.

##### DR JOSEPH DERING

Luego de provocar la irradiación de los ovarios con rayos X en dosis masivas, intervenía a las pacientes por medio de incisiones cercanas al pubis (sin anestesia!), para extirpar los ovarios y enviarlos a estudio anatomopatológico.

**DRES AUTHER DIETZSCH Y CHULER DING**

Inyectaban bacilo tifoideo diluido en sangre, para estudiar sus efectos en la rápida muerte de las víctimas.

**DR ARNOLD DOHMEN**

Tomó niños judíos, los infectó con hepatitis y luego puncionó sus hígados para apreciar el efecto local.

**DR BERTHHOLD EPSTEIN**

Pediatra asistente de Mengele. Ocasionaba gangrena de la cara de niños para describir la historia natural de la enfermedad.

**DR FINKE**

Uno de los “científicos” de la hipotermia en Dachau. Asesinó cientos de personas a quienes colocaba desnudas en hielo. En la post guerra entregó sus resultados en la Conferencia Médica Alemana de Nurenberg.

**DR KARL GEBHART**

Provocaba heridas en el abdomen de mujeres en Ravensbruck, para luego inyectarles sulfanilamida. Todas murieron.

**DR ERWIN GOHRBANDT**

Uno de los más altos cirujanos de la Alemania Nazi y coautor de los experimentos de hipotermia en Dachau.

**DR JOSEPH MENGELE**

El Angel de la Muerte de Auschwitz. Diseñó la teoría de las escalas dentro de la raza humana. Practicó vivisecciones en prisioneros y se especializó en dos áreas: Inyecciones intraoculares de sustancias para cambiar el color de los ojos y experimentos en gemelos de la más pavorosa crueldad. Era una verdadera bestia humana.

**DR SIGMUND RASCHER**

En sus estudios de hipotermia asesinó más de trescientas personas. Además, estudió los efectos de las alturas sobre prisioneros a los cua-

---

les ordenaba abrir luego el cráneo para apreciar el cerebro con el paciente aún consciente.

#### DR HERMANN STIEVE

Director del Instituto de Anatomía de la Universidad de Berlín. Su especialidad: Estudiar las alteraciones del ciclo menstrual en mujeres, luego de informarles que iban a ser ejecutadas.

#### DR HELMUTH VETTER

Médico Farmacólogo, condujo experimentos para la casa Bayer, utilizando ruthenohal y el compuesto 3582 en humanos. Todos murieron a consecuencia de las inyecciones.

#### DR BRUNO WEBER

Jefe del Instituto de Higiene de Alemania. Interesado en los grupos sanguíneos humanos, inyectaba todo tipo de sangre en prisioneros, incluyendo sangre de animales (animales menos salvajes que los nazis, obviamente). Adicionalmente, hacía sangrar a los paciente hasta la muerte para estudiar los efectos del choque hipovolémico.

#### CONCLUSIONES

La humanidad y la medicina deben despreciar este tipo de estudios experimentales, que van en contra de todo principio ético. Estos asesinos, poseedores de título universitario y con la investidura de la profesión más noble del mundo, deben ser recordados en forma periódica, para que sirvan de ejemplo de lo que no debe hacerse.

## **DEBER DE CUIDADO Y MEDICINA DEFENSIVA**

**FERNANDO GUZMAN MORA, MD, MSci**

Médico. Universidad del Rosario

Especialista en Anatomopatología. Universidad del Rosario

Especialista en Cirugía General. Universidad Javeriana

Especialista en Cirugía Cardiovascular. University of Newcastle upon Tyne

Especialista en Administración en Salud. Universidad Santo Tomas

Abogado. Magna Cum Laude. Universidad Militar Nueva Granada

Magister en Derecho Penal. Universidad Libre Bogotá

Especialista en Bioética. Universidad El Bosque

Aspirante a Maestría en Bioética. Universidad El Bosque

Catedrático de Derecho. Universidad Javeriana. Universidad Militar Nueva

Granada. Universidad Libre

Expresidente Nacional. Federación Medica Colombiana

Magistrado y Expresidente. Tribunal Nacional de Ética Médica

La ‘medicina defensiva’, se define como una alteración en la forma de práctica médica, inducida por amenaza o posibilidad de demanda, que intenta prevenirse de las quejas de los particulares, dejando bases de defensa en casos de una acción legal. Esta medicina defensiva lleva a dos consecuencias: el aumento en los costos de la atención por el incremento en la solicitud de exámenes paraclínicos e interconsultas, y la negativa de los médicos a involucrarse en procedimientos que impliquen alto riesgo. Los efectos que esta práctica tiene sobre los costos generales del sistema de salud son muy graves.

En este país, que repite la historia de los Estados Unidos con un retraso de 20 a 30 años, estamos a punto de presenciar la serie de fenómenos económicos anteriormente descritos. La aparición de las demandas médicas ya ha llevado a ejercer una medicina defensiva, con un mayor deterioro de la relación médico-paciente y el afán de protección profesional que tiene que ampararse en una serie de exámenes complementarios que confirmen las impresiones clínicas.

Una forma de balancear esta medicina defensiva es apoyarse en el concepto de otros colegas, situación contemplada en la Ley 23 de 1981 (artículo 19): “Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en junta médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia. Los integrantes de la junta médica serán escogidos, de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico tratante.”

Hace ya mucho tiempo se ha advertido sobre el deber que todos tenemos de enmarcar nuestra conducta dentro de los requerimientos que socialmente se han establecido. Es lo que se ha dado en llamar la ‘adecuación social’ para explicar que, cuando una persona obra dentro de estos límites de lo socialmente aceptado, puede estar tranquila porque su conducta es penalmente atípica; porque no debe responder por estos actos que la sociedad ha estimado legítimos. Desde ese entonces, el injusto penal o la responsabilidad civil han mirado, para calificar una conducta, las reglas que la sociedad impone en un sistema de convivencia pacífica, solidaria y participativa.

En nuestros días el ejercicio médico es más complicado que hace unos años. Los particulares han tomado conciencia de que el acto médico ha podido entrañar culpa o descuido y no se acepta, como antes, que el daño siempre sobreviniera por ‘designio superior’, fatalmente ocurrido a pesar de la impoluta actividad de un galeno a quien se miraba como a un semidiós. Ahora la actitud hacia la medicina ha cambiado, y la tecnificación ha llevado a pensar que el médico siempre tiene la facultad de curar, y en consecuencia siempre tiene la responsabilidad ante el fracaso. Ahora, el mismo Estado ha asumido el deber de protección y garantía de los derechos de sus asociados, y para velar efectivamente por su bienestar se ha hecho cargo de reparar el perjuicio sin mirar ya el concepto de culpa, sino el de daño causado que el particular no esté en obligación de soportar. Ahora, cuando las compañías de seguros amparan todos los riesgos y garantizan al paciente la entrega de jugosas cantidades de dinero en caso de la ocurrencia del siniestro; ahora es la hora del infortunio, de la intranquilidad y el miedo para los profesionales de la salud.

Esa ciencia maravillosa y ese Estado garantizador son los muros que aprisionan al médico y lo impostan como parte suya, obligándole a producir resultados y a indemnizar daños, olvidando que el médico es persona, y que como tal, tiene conciencia y voluntad; y que, en consecuencia, su comportamiento será responsable únicamente cuando proceda con culpabilidad; cuando obre contra los dictados de lo socialmente permitido o aceptado, cuando sobrepase imprudente o negligentemente las barreras del ‘riesgo permitido’.

Existe un deber de cuidado, como se ha dicho, porque vivimos en sociedad y es preciso que cada ciudadano, al entrar en contacto con otro, lo haga teniendo presente que es un ser humano digno de respeto y de un trato cuidadoso; porque no es ni social ni jurídicamente aceptable que alguien pueda inferir daño a otro sin una razón que justifique esta manera de comportarse. Porque somos iguales como personas y, por lo tanto, merecemos que nos traten con consideración buscando siempre nuestro bien.