

**TRIBUNAL NACIONAL DE  
ÉTICA MÉDICA**

**GACETA JURISPRUDENCIAL**

**ESPECIALIDADES MÉDICAS - I**

**MAYO 2020**

**No. 38**

© 2020 Tribunal Nacional de Ética Médica

---

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

ISSN 0123-0832

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

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

Artículo 41 Ley 23 de 1982

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

© 2020

**ESPECIALIDADES MÉDICAS -I**  
**MAYO 2020**  
**No. 38**

**MAGISTRADOS 2020**

Dr. Germán Gamarra Hernández (Presidente)  
Dr. Fernando Guzmán Mora  
Dr. Hernán Jiménez Almanza  
Dr. Ariel Iván Ruiz Parra  
Dr. José Miguel Silva Herrera

**Asesor Jurídico**

Dr. Edgar Saavedra Rojas

**Abogada Secretaría**

Dra. Claudia Lucía Segura Acevedo



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

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

.....

[www.4-72.com.co](http://www.4-72.com.co)

El servicio de **envíos**  
de Colombia



Permiso de Tarifa Postal Reducida. Servicios Postales Nacionales S.A.  
No. 2020.137.4-72, Vence 31 de Dic. de 2020

## INDICE

	Pag.
Editorial Dr. Germán Gamarra Hernández Presidente Tribunal Nacional de Ética Médica	11
Proceso No. 1012 Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas. Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández Providencia No. 01-2018 Sanción leve a médico de urgencias por conducta negligente e imprudente	19
Proceso No. 2062-15 del Tribunal de Ética Medica del Valle del Cauca Magistrado Ponente: Dr. Ariel Iván Ruiz Parra Providencia No. 05-2019 Tribunal Nacional reduce sanción a dos médicos de urgencias que atienden paciente con sepsis	26
Proceso No. 6530-ES del Tribunal de Ética Médica de Bogotá Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez Providencia No. 06-2018 Sanción a médico por información insuficiente y falta de consentimiento del paciente	48
Proceso No. 964 del Tribunal de Ética Médica de Caldas Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney Providencia No. 07-2018 Sanción a médico por evaluación inadecuada de paciente coronario	53

	Pag.
Proceso No. 3077 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney Providencia No. 10-2017 Tribunal se abstiene en apelación por negativa a practicar pruebas	61
Proceso No.11-284, Tribunal de Ética Médica de Nariño Magistrado ponente: Doctor Juan Mendoza Vega Providencia No. 11-2015 Revoca sanción argumentando in dubio pro reo	68
Proceso No. 2015-150 del Tribunal de Ética Médica del Huila Magistrado Ponente: Ariel Iván Ruiz Parra Providencia No. 12-2019 Sanción a médico descuidado en la formulación de medicamentos	72
Proceso No. 2591-14 del Tribunal de Ética Médica de Antioquia Magistrado Ponente: Doctor Fernando Guzmán Mora Providencia No. 14-2016 Sancion ejemplar a médico por falsedad de documentos (diploma de especialista)	82
Proceso No. 2963 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca Magistrado Ponente: Doctor Juan Mendoza Vega Providencia No. 15-2016 Revoca amonestación ante queja de otro médico argumentando in dubio pro reo	91
Proceso No. 102 del Tribunal de Ética Médica de Huila Magistrado Ponente: Doctor Juan Mendoza Vega Providencia No. 15-2017 Revoca amonestación en presunto error diagnóstico por imágenes.	95
Proceso No. 1091 del Tribunal de Ética Médica de Caldas Magistrado Ponente: Doctor Germán Gamarra Hernández Providencia No. 17-2016 Confrima archivo en queja contra médico especialista en Fisiatría	99
Proceso No. 2291 del Tribunal de Ética Médica de Antioquia Magistrado Ponente: Doctor Gabriel Lago Barney Providencia No.22-2018 Sanción a médico por no atender urgencias argumentando falta de camas en UCI	104

	Pag.
Proceso No. 2012 - 001 del Tribunal de Ética Médica del Cochó Magistrado Ponente: Doctor Germán Gamarra Hernández Providencia No.23-2017 Errores en cumplimiento de un debido proceso que generan la nulidad del mismo.	111
Proceso No. 1728-12 del Tribunal de Ética Médica de Valle del Cauca Magistrado Ponente: Doctor Francisco Javier Henao Pérez Providencia No. 25-2017 Sanción a médico por falsa prescripción y compulsiva copia a la Fiscalía	118
Proceso No. 105 del Tribunal de Ética Médica del Huila Magistrado Ponente: Doctor Francisco Javier Henao Pérez Providencia No.27-2016 Reduce sanción a médico por atención de urgencias	130
Proceso No.1742 del Tribunal de Ética Médica de Antioquia Magistrado Ponente: Doctor Fernando Guzmán Mora Providencia No. 32-2015 Demora injustificada genera prescripción del proceso	137
Proceso No. 1693 del Tribunal de Ética Médica de Valle del Cauca Magistrado Ponente: Doctor Germán Gamarra Hernández Providencia No. 32-2018 Reacción anafiláctica en post-operatorio inmediato provoca fallecimiento del paciente	144
Proceso No. 2372 del Tribunal de Ética Médica de Antioquia Magistrado Ponente: Doctor Alberto Vanegas Saavedra Providencia No. 37-2018 Solicita nulidad del proceso por cargos soportados presuntamente en literatura científica	150
Proceso No. 710 del Tribunal de Ética Médica de Atlántico Magistrado Ponente: Doctor Francisco Javier Henao Pérez Providencia No. 39-2016 Confirma sanción a médico especialista en medicinas alternativas	159

	Pag.
Proceso No. 690 del Tribunal de Ética Médica de Tolima Magistrado Ponente: Doctor José Miguel Silva Herrera Providencia No.42-2019 Confirma sanción a cardiólogo por falla en interpretación de prueba de esfuerzo	169
Proceso No. 157 del Tribunal de Ética Médica de Huila Magistrado Ponente: Doctor Germán Gamarra Hernández Providencia No.55-2019 Reduce sanción a médico por expedir certificado médico-legal no autorizado	184
Proceso No.1134 del Tribunal de Ética Médica de Risaralda Magistrado Ponente: Doctor Francisco Pardo Vargas Providencia No.56-2015 Tribunal Nacional revoca decisión de archivo y ordena investigación	190
Proceso No. 2070 del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca Magistrado Ponente: Doctor Hernán Jiménez Almanza Providencia No.61-2019 Sanción a médico por formulación excesiva que genera efectos adversos severos en paciente hipertensa	194
Proceso No.744 del Tribunal de Ética Médica de Atlántico Magistrado Ponente: Doctor Francisco Javier Henao Pérez Providencia No. 63-2015 Revoca sanción a médico general de urgencias y absuelve	200
Proceso No. 2923 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca Magistrado Ponente: Doctor Francisco Pardo Vargas Providencia No. 72-2015 Revoca sanción y absuelve en enfermedad huérfana	208
Proceso No.3036 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca Magistrado Ponente: Doctor Gabriel Lago Barney Providencia No. 72-2017 Sanción por imprudencia e impericia que somete a paciente a riesgo injustificados	215

---

	Pag.
Proceso No.921 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico Magistrado Ponente: Doctor Francisco Javier Henao Pérez Providencia No. 76-2017 Sanción a médico por reiteradas deficiencias en la historia clínica	225
Proceso No. 679 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico Magistrado Ponente: Doctor Francisco Pardo Vargas Providencia No.82-2015 Queja contra 15 médicos por atención de urgencias. Sancionados a uno	232



## Editorial

### LEY 23 DE 1981: 40 AÑOS DE VIGENCIA

***Germán Gamarra Hernández, M.D, Ms C.***

*Médico Especialista en Medicina Interna y Nefrología*

*Magíster en Epidemiología Clínica*

*Vice-presidente. Academia Nacional de Medicina de Colombia*

*Presidente. Tribunal Nacional de Ética Médica*

La Ley 23 de 1981, Código de Ética Médica, se encuentra próxima a cumplir 40 años de su expedición y aunque se han hecho varios intentos de actualizarla y reformarla, hasta la fecha ninguno de ellos ha sido exitoso. De esta forma, la normatividad allí establecida continúa vigente, a pesar de que durante en este mismo período de tiempo han ocurrido cambios profundos en la legislación existente en el país, comenzando por la promulgación de una nueva Constitución Nacional (1991) que estableció el Estado Social de Derecho, la Reforma del la Salud y Seguridad Social (Ley 100 de 1993), que cambió sustancialmente la relación médico – paciente y sucesivas modificaciones de normas como el Código de Procedimiento Penal y el Código Disciplinario Único, sobre las que con frecuencia los tribunales de Ética Médica deben apoyarse con el fin de preservar el debido proceso, cuando se presentan quejas y se abren investigaciones disciplinarias contra los médicos, por presuntas faltas cometidas en el ejercicio de su actividad profesional.

El Congreso de Colombia, el 18 de febrero de 1981 expide la Ley 23, “*por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica*”, siendo Presidente de la República, Julio César Turbay Ayala y Ministro de Salud, Alfonso Jaramillo Salazar. Posteriormente, en noviembre 30 del mismo año se expide por parte de la presidencia de la república en decreto 3380, reglamentario de la citada norma y mediante la Resolución 07011 del 30 de junio de 1982, el mismo Ministro de Salud resuelve integrar el Tribunal Nacional de Ética

Médica y nombra a los doctores Camilo Casas Santofimio, Ernesto Martínez Capella, Hernando Groot Liévano, César Augusto Pantoja y Fernando Sánchez Torres, como magistrados del naciente tribunal nacional, quienes se posesionaron de sus cargos el 2 de agosto del mismo año ante el Ministro de Salud.

En junio de 1982, el doctor Camilo Casas Santofimio, entonces Presidente de la Federación Médica Colombiana escribió una reseña histórica sobre los antecedentes de la Ley 23 que considero necesario conocer, para entender mejor el momento y circunstancias que vivía el país, por lo que se transcribe a continuación:

*“La Ley 23 de 1981, “Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica”, constituye uno de los más importantes logros alcanzados en los últimos años para la defensa del ejercicio ético de la medicina en Colombia. Su expedición por parte del Congreso Nacional fue el fruto de un prolongado proceso de estudio iniciado en enero de 1978, en el cual, conjuntamente con distinguidos funcionarios del Ministerio de Salud, participaron representantes de la Academia Nacional de Medicina y de la Federación Médica Colombiana.*

*Las disposiciones consignadas en la norma fueron examinadas en orden a mantener inalterable la confianza y el respeto que tradicionalmente se ha tenido por la profesión médica, estableciendo los indispensables puntos de apoyo que, tanto para los médicos, como para la sociedad en general, garanticen ese importante objetivo.*

*Procedimientos extraños a nuestro medio habían comenzado a dejar sentir su negativo influjo en el campo de las relaciones entre médicos y pacientes. Preocupada por esta situación, la Federación Médica solicitó al Gobierno su intervención, a fin de evitar que los médicos resultaran siendo víctimas del oportunismo de gentes mal intencionadas que, frente a un ejercicio profesional no regulado desde el punto de vista ético, podrían colocar al médico honesto y responsable en posición de indefensión. A su vez, normas de tal naturaleza, constituirían para la sociedad en general una defensa contra las conductas de quienes, por la vía de excepción, ejercen la medicina violando los principios éticos de la profesión.*

*El Ministerio de Salud comprendió la preocupación de los profesionales médicos y les brindó siempre su apoyo para el estudio de las iniciativas que sobre la materia fueran planteadas.*

*Desde luego, se trataba de un proyecto de ley cuyo contenido tenía antecedentes de importancia en casi todos los países de Latinoamérica y en muchos otros con culturas mucho más avanzadas que la nuestra.*

*En Colombia, el desarrollo histórico-jurídico de las normas sobre Ética Médica comienza con la expedición del Decreto 2831 del 23 de septiembre de 1954, correspondiente al denominado “Código de Moral Médica”. Dicho Código fue estudiado, discutido y aprobado por la Asociación Nacional de Médicos Católicos Colombianos AMEDIC. Sus normas fueron redactadas tomando como base el Código Internacional de Ética Médica adoptado en la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial.*

*Aunque los principios morales señalados en el Código de Moral Médica de 1954 se mantenían inalterables, la Ley 14 de 1962, sobre ejercicio de la medicina, introdujo modificaciones con respecto a la competencia en materia de sanciones, atribuyéndosela, en cuanto hace relación con la suspensión temporal y definitiva en el ejercicio profesional, al Consejo Nacional de Profesiones Médicas y Auxiliares del entonces denominado Ministerio de Salud Pública.*

*Cuando se examinó la posibilidad de dar aplicación al Decreto 2831 de 1954, como alternativa para evitar que prosperaran en Colombia los vicios que han dificultado en otras latitudes el normal ejercicio de la medicina, se encontraron múltiples vacíos en dicha norma y algunas incongruencias que hicieron aconsejable el estudio de nuevas disposiciones.*

*De otra parte, en la Asamblea Internacional de Colegios Médicos celebrada en Paracas, Perú, en octubre de 1977, Colombia había asumido el compromiso de estructurar sus propias normas en materia de Ética Médica, como una contribución al gran propósito de llegar a consolidar un Código Latinoamericano de Ética Médica.*

*No fue pues esta una tarea improvisada, sino una prolongada labor de estudio y análisis que incluyó básicamente los antecedentes de catorce países en tan importante campo y el examen y el examen de las más relevantes posiciones de las distintas Asambleas de la Asociación Médica Mundial.*

*La discusión del proyecto de ley permitió que el Congreso, a través de sus Comisiones competentes, escuchara los diversos sectores de opinión que defendían o impugnaban la iniciativa. Entre muchas otras, bien vale la pena destacar el apoyo que a dichas normas brindaron la Academia Nacional de Medicina, La Federación Médica Colombiana y las Sociedades Científicas, así como el rechazo de varias organizaciones médicas de carácter sindical.*

*La característica fundamental de la Ley 23 de 1981 podría sintetizarse diciendo que se trata de un conjunto de normas destinadas a proteger el responsable, correcto y honesto ejercicio de la medicina, a la vez que garantizar a la sociedad en general el cumplimiento de los principios sobre los cuales descansa una adecuada relación médico-paciente.*

*El contexto de la ley refleja todo un conjunto de deberes y derechos de los médicos, dentro de los cuales, por su trascendencia, se considera de mayor importancia la Declaración de Principios, por constituir un decálogo de enunciados filosóficos y prácticos que informan el contenido general de la norma. El objeto de la medicina y la naturaleza del hombre; el contenido de la investigación científica y el fundamento de la relación médico-paciente; el derecho a la remuneración por el trabajo médico y a emprender acciones reivindicatorias en comunidad, así como la condición del médico como auxiliar de la justicia y como transmisor de conocimientos, principios estos enmarcados por la función social que implica el ejercicio de la profesión, conforman un todo que desde siempre ha tenido vigencia en la conciencia y en la conducta de los médicos colombianos.*

*De igual manera, en los aspectos relacionados con la práctica profesional propiamente dicha, han sido señaladas garantías de importancia, tanto para el médico como para sus pacientes, mediante las cuales se evitan equívocos y se delimitan las responsabilidades. En fin, se regulan las relaciones y las de éstos con las instituciones, la sociedad y el*

*Estado, a la vez que se clarifican conceptos en relación con la historia clínica, el secreto profesional, la responsabilidad médica, los métodos publicitarios y las prescripciones médicas.*

*La creación de los Tribunales de Ética Médica y el establecimiento de un régimen disciplinario, debe entenderse como un mecanismo indispensable para la eficaz aplicación de la ley. Sobre este particular se expresó la Honorable Corte Suprema de Justicia en la siguiente forma: “Un estatuto regulador de la ética en el ejercicio profesional de la medicina sin un régimen disciplinario y unos órganos de control que lo apliquen sería puramente teórico”.*

*Como quiera que cuando se discutía el proyecto de ley surgieron múltiples objeciones por considerarlo violatorio de nuestra Constitución Política, resulta útil anotar que las disposiciones de la Ley 23 de 1981 fueron demandadas ante la Corte Suprema de Justicia en septiembre de 1981. Dicha demanda fue impugnada por el Dr. Alfonso Tamayo Tamayo, Asesor Jurídico de la federación Médica Colombiana.*

*En fallo del 31 de marzo de 1982, con ponencia del magistrado Luis Carlos SÁCHICA, se declararon exequibles, es decir aplicables, por estar ajustadas a los términos de la Constitución Política, las disposiciones de la citada ley, con la sola excepción de la primera parte del artículo 32.*

El 4 de agosto de 1982, en el Salón de Juntas del Club Médico, en la ciudad de Bogotá, se reunieron por primera vez los magistrados posesionados como integrantes del Tribunal Nacional de Ética Médica y eligieron por unanimidad como primer Presidente al Dr. César Augusto Pantoja. Se acordó que la Presidencia del Tribunal Nacional sería rotatoria, por períodos de cinco meses los cuatro primeros, y de cuatro meses el último, como consta en el Acta No. 1 del Tribunal Nacional de Ética Médica.

Posteriormente, en concordancia con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 23 de 1981 se inicia la creación de los diferentes Tribunales Seccionales de Ética Médica en el país. Hasta la fecha, segundo semestre de 2020, se encuentran activos 20 tribunales seccionales, cuya denominación aparece más adelante. Es necesario aclarar que de acuerdo con las circunstancias

de cada época y con el aumento progresivo de los procesos ético-médico disciplinarios en las diferentes regiones del país, el Tribunal Nacional ha definido la competencia territorial para cada tribunal seccional. Además, se han hecho intentos por crear algunos tribunales seccionales en la Guajira, Casanare, Córdoba, pero no han logrado consolidarse, la mayoría de las veces por falta de apoyo local por parte del respectivo ente territorial. De acuerdo con las actas, que se encuentran en el Tribunal Nacional de Ética Médica, los tribunales seccionales actualmente existentes fueron creados en las siguientes fechas que se anotan de forma cronológica:

1. Cundinamarca y Amazonas: septiembre 2 de 1982.
2. Antioquia: noviembre 22 de 1982.
3. Caldas: noviembre 22 de 1982.
4. Santander: noviembre 22 de 1982.
5. Valle del Cauca: noviembre 22 de 1982.
6. Bolívar, Distrito de Cartagena, San Andrés y Providencia, Córdoba y Sucre: junio 9 de 1983.
7. Magdalena, Distrito de Santa Marta y Guajira: noviembre 28 de 1985.
8. Cauca: febrero 6 de 1986.
9. Norte de Santander: mayo 8 de 1986.
10. Atlántico: diciembre 15 de 1988.
11. Bogotá D.C: febrero 24 de 1994.
12. Risaralda y Quindío: marzo 24 de 1994.
13. Meta, Casanare, Vichada, Guainía y Vaupés: septiembre 29 de 1994.
14. Arauca: noviembre 9 de 1995.
15. Tolima: octubre 24 de 1996.
16. Nariño y Putumayo: junio 15 de 1997.
17. Huila: marzo 15 de 2011.
18. Chocó: junio 12 de 2012.
19. Cesar: diciembre 6 de 2016.
20. Boyacá: diciembre 13 de 2016.

En 1997 se inicia la publicación de la *Gaceta Jurisprudencial* del Tribunal Nacional de Ética Médica; se editó el volumen No. 1, número 1,2,3,4 de 1997; esta labor ha continuado hasta la fecha con una buena regularidad, a pesar de altibajos que obedecen a diferentes dificultades principalmente de orden financiero, y en ellas se publican las providencias del tribunal, cuando han quedado en firme, memorias de los Encuentros Nacionales de los Tribunales de Ética Médica y otros temas de interés médico, ético y jurídico. En 1998, es decir, después de 15 años de haber comenzado el funciona-

miento de los tribunales seccionales en el país, el Dr. Juan Mendoza Vega, entonces Presidente del Tribunal Nacional, presentó un informe sobre las diferentes quejas que llegaban en contra de los médicos en los tribunales seccionales existentes; para esa fecha se observaba un número creciente de las mismas y anotaba que “en los Tribunales Seccionales de Ética Médica se han recibido 2.972 quejas de acuerdo con los informes por ellos suministrados, desde la creación de los mismos y hasta el 31 de diciembre de 1997”.

Con base en la información obtenida y remitida al Tribunal Nacional por parte de los tribunales seccionales, y con el objetivo de apreciar el crecimiento progresivo de las quejas que llegan a esa instancia, se consolidaron durante el primer semestre de 2019, un total de 1010 quejas. De estas solo en 87 (8.6 %) ameritaron la apertura de pliego de cargos; es decir, más del 90% de las quejas recibidas contra los médicos terminan en archivo al ser desestimadas, preclusión por falta de méritos para abrir cargos, prescripción de términos o nulidades procesales. Estas dos últimas causas ocurren muy probablemente con una muy baja ocurrencia. Del total de las quejas recibidas, solo 44 (4.3%) terminaron en sanción contra uno o varios médicos. Se observa que solo en la mitad de los procesos en los que se formulan cargos, se producen sanciones por faltas contra la ética médica, es decir violaciones contempladas en la Ley 23 de 1981.

Por otra parte y de acuerdo con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 23 de 1981, el Tribunal Nacional de Ética Médica está integrado por cinco profesionales de la medicina nombrados por el Ministro de Salud para un período de dos años con posibilidad de reelección, propuestos por la Federación Médica Colombiana, la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Hasta el año 2020, después de 40 años de vigencia de la Ley 23, han ejercido la labor como magistrados, cuarenta (40) profesionales médicos en el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Después de 40 años de vigencia de la Ley 23 de 1981, se hace necesario una actualización y reforma de la misma con el fin de hacerla más acorde con la normatividad existente, porque a pesar de lo enunciado en el artículo 82 de la ley que establece: *“En lo no previsto en la presente ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal”*, con frecuencia se presentan al interior de los tribunales diferentes discusiones e interpretaciones en aspectos tan fundamentales del proceso ético-médico disciplinario como la indagación preliminar, derechos de las víctimas, defensa técnica del procesado, términos de prescripción y recursos, entre otras.



Bogotá, dieciséis (16) de enero del año dos mil dieciocho (2018)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1397 DEL DIECISEIS (16)  
DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO (2018)**

**REF: Proceso No. 1012, Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas.  
Contra: Doctor J.D.S.C.  
Denunciante: Señora M.D.A.  
Asunto: Recurso de Apelación**

**Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández  
Providencia No. 01-2018**

**VISTOS**

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas, en Sala Plena del 5 de septiembre de 2017, resolvió no aceptar los descargos presentados por el médico J.D.S.C, e imponer una sanción consistente **en suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de una semana**. Contra esta decisión, el día 23 de octubre de 2017, el apoderado del médico implicado, presenta recurso de apelación y mediante auto del 21 de noviembre, el tribunal seccional concede la apelación, por lo que envió las diligencias al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de su competencia.

El expediente, dos (2) cuadernos que contienen 339 folios, fue recibido en este Tribunal Nacional el 7 de diciembre de 2017; puesto el asunto para reparto en Sala Plena el 12 del mismo mes, correspondió por sorteo al Magistrado Germán Gamarra Hernández.

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

**HECHOS**

El día 7 de noviembre de 2013, se recibe en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas queja suscrita por la señora M.D.A. contra el médico

J.D.S.C., médico general, por la atención prestada a su señora madre durante los días 11, 12 y 13 de agosto del 2013 en el Hospital “Felipe Suárez” de Salamina, Caldas.

Relata la quejosa que llevó a su madre, M.M.A. de D., a consulta de urgencias por presentar dolor abdominal intenso, al parecer secundario a una obstrucción intestinal. A pesar de haber informado el antecedente de alergia a la penicilina, se le ordenó tratamiento con ampicilina, porque según el diagnóstico médico presentaba una infección urinaria asociada, lo que le produjo una reacción inmediata con paro cardio-respiratorio que requirió reanimación durante más de 30 minutos y como consecuencia de la misma, se presentaron fracturas costales múltiples, inestabilidad del tórax y muerte cerebral que obligaron su traslado de urgencia a la unidad de cuidado intensivo del Hospital de Caldas en la ciudad de Manizales donde la paciente fallece.

Solicita la quejosa que “se investigue y se tomen las medidas y correctivos necesarios al médico J.D.S.C. y a las auxiliares de enfermería J.G. y V.V.Z., ya que no aplicaron el protocolo de atención al paciente, teniendo en cuenta que aplicaron el medicamento (ampicilina), con conocimiento previo de que la paciente era alérgica a la penicilina”.

### ACTUACIÓN PROCESAL

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas, en Sala Plena del 12 de noviembre de 2013, aceptó la queja y designó como magistrado instructor al doctor JAIME ALBERTO RESTREPO MANOTAS. Durante el proceso se obtuvieron las siguientes pruebas:

1. Queja suscrita por la señora M.D.A.
2. Copia de la historia clínica del Hospital “Felipe Suárez” de Salamina, correspondiente a la atención prestada a la paciente M.M.A. de D.
3. Diligencia de ampliación y ratificación de la queja ante el tribunal seccional, rendida por la señora M.D.A., el 21 de mayo de 2014.
4. Diligencia de versión libre rendida por el doctor J.D.S.C., el día 28 de septiembre de 2015.
5. Diligencia de versión libre rendida por el doctor N.A.M.S., el 12 de agosto de 2016.
6. Testimonio rendido bajo la gravedad de juramento por el doctor E.A.R.L., solicitado por la defensa del acusado.

Mediante providencia del 13 de diciembre de 2016, la Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas, consideró que existía mérito para abrir pliego de cargos contra el médico J.D.S.C., por posible violación de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981.

En sala plena del 28 de febrero de 2017, el tribunal seccional recibió los descargos presentados por el médico implicado, acompañado por su abogado defensor y solicitó como prueba el testimonio del médico E.A.R.L. Mediante providencia del 5 de septiembre de 2017, el tribunal seccional resolvió no aceptar los descargos presentados e imponer sanción consistente **en suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de una semana**. Contra esta decisión, el día 23 de octubre de 2017, el apoderado del médico J.D.S.C., presenta recurso de apelación que el tribunal seccional concede ante el tribunal nacional.

### CONSIDERACIONES DE LA SALA

El abogado defensor del acusado, JUAN DIEGO ESCOBAR ARIAS, argumenta en su recurso de apelación lo siguiente:

1. Los cargos formulados fueron desvirtuados probatoriamente.

Considera la defensa que en los descargos presentados se lograron desvirtuar los cargos relacionados con la vulneración de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981 que se transcriben a continuación:

*“Artículo 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una valoración adecuada de su salud 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...”*

Esta superioridad considera que los cargos anteriores no fueron desvirtuados durante la diligencia de descargos. Al respecto es importante anotar que, antes de ocurrir el desafortunado incidente, en la historia clínica de la señora M.M.A., existen tres anotaciones que indican que la citada paciente era alérgica a la penicilina; las dos primeras hechas por médicos diferentes al acusado. A pesar de lo anterior, el doctor S.C., haciendo caso omiso de

tal advertencia de manera imprudente y negligente ordenó administrar una terapia que no correspondía, ya que se encontraba contraindicada; adicionalmente sometió a riesgos injustificados a su paciente, como el desarrollo de una reacción anafiláctica severa que produjo el paro cardio respiratorio y sus posteriores consecuencias; el riesgo de reacción anafiláctica posterior a la aplicación de penicilina es un hecho conocido por cualquier médico general y requiere que se usen antibióticos diferentes que existen en el mercado con el fin de evitar estas complicaciones.

2. La carga de la prueba: se debe demostrar que la conducta del médico fue contraria a la ética médica.

Como se anotó anteriormente, la conducta del médico S.C. fue imprudente y negligente, es decir contraria a la *Lex Artis* y por lo tanto a la ética médica. No estar acorde con la *Lex Artis* constituye mala práctica, es decir, no corresponde con los conocimientos vigentes de la medicina y por ignorancia, desidia o imprudencia pueden provocar una lesión en el paciente de manera transitoria, permanente o incluso la muerte, como ocurrió en el caso que nos ocupa.

La imprudencia consiste en realizar un acto médico con ligereza, es decir, sin las adecuadas precauciones, contrario a lo que el buen sentido aconseja y por lo tanto constituye una conducta peligrosa. La negligencia médica es un acto u omisión que se desvía de la *Lex artis* y causa alguna lesión al paciente, es éticamente reprochable independiente de la severidad de los daños que produzca.

En el caso *sub judice*, la actuación del médico S.C. al prescribir un antibiótico que se encontraba contraindicado, fue imprudente, negligente y por lo tanto contraria a la ética médica.

3. El tribunal de primera instancia debió realizar una valoración total de la conducta del médico y no enfocarse solo en el resultado adverso.

Para este tribunal nacional es claro que el tribunal seccional valoró la conducta del médico S.C. durante su atención a la paciente en el servicio de urgencias del Hospital “Felipe Suárez” de Salamina. A pesar de que el médico realizó una valoración e historia clínica adecuadas, incluyendo la anotación de antecedentes de “alergia a la penicilina”, la decisión

de aplicar un medicamento que se encontraba contraindicado, provocó un evento adverso que ocasionó las complicaciones anotadas, lo a su vez, motivó la queja que dio origen a la presente investigación disciplinaria. Los cargos elevados contra el acusado por parte del tribunal seccional corresponden a su actuación relacionada con la prescripción de un medicamento de manera equivocada, considerando que otras conductas desplegadas por el médico S.C. fueron adecuadas.

#### 4. Indebida valoración de la prueba testimonial.

Con relación a la prueba testimonial rendida por el médico E.A.R.L., valorada por el tribunal de primera instancia, esta superioridad considera que lo afirmado por dicho galeno no corresponde con lo descrito en la historia clínica del Hospital “Felipe Suárez” de Salamina, sobre el ingreso de la paciente, su estado clínico, la atención prestada y el desarrollo de la reacción adversa que se presenta de manera súbita, como lo anota el mismo acusado, doctor S.C. El testimonio rendido por el galeno R.L., se limita a hacer una serie de especulaciones sobre la posibilidad de un shock séptico que podría haber ocurrido en el caso presente y no a una reacción anafiláctica como consecuencia de la administración de la ampicilina, por lo que para este tribunal nacional no se encuentra ajustado a los hechos que sucedieron en el presente caso y llevó a que el tribunal seccional no le diera peso probatorio a lo aportado.

#### 5. La conducta del médico no es antijurídica.

El abogado defensor nuevamente pretende desvirtuar el hecho de que la conducta asumida por su defendido hubiera provocado la reacción adversa presentada por la paciente M.M.A. y que produjo las consecuencias ya conocidas, aduciendo que no existe un nexo causal entre la conducta del galeno y el evento adverso, por lo que considera que dicha actuación no es antijurídica.

El argumento de la defensa desconoce lo que muy bien aparece desarrollado por parte del magistrado ponente del tribunal seccional en su exposición de motivos, como por el mismo médico acusado con relación a los efectos adversos que se presentan y que han sido demostrados de manera suficiente con el uso de la penicilina y en general con los beta-lactámicos.

El médico S.C. al conocer las reacciones adversas que se presentan con el uso de la penicilina y sus derivados, también ha debido evitarlas en una paciente en la que claramente se advertía que era alérgica a este medicamento. La descripción que realiza el acusado en la misma historia clínica sobre la reacción que presenta la paciente posterior a la aplicación de la ampicilina endovenosa corresponde a una reacción adversa al medicamento que se presenta de manera súbita como consecuencia de la aplicación del mismo.

Se puede afirmar que la conducta del implicado es antijurídica y se encuentra muy bien tipificada, ya que al utilizar un medicamento que se encontraba contraindicado, indicó una terapéutica que no correspondía a las condiciones de su paciente y la sometió a riesgos injustificados, aspectos definidos de manera clara en los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981, por lo que este argumento expresado por la defensa no será aceptado por este tribunal.

#### 6. La graduación de la sanción.

Después de anotar las diferentes sanciones que se aplican en el proceso ético médico disciplinario, la defensa considera que se aplicó una sanción máxima, sin tener en cuenta los antecedentes de su defendido ni la gravedad de la falta.

Esta superioridad reconoce que el tribunal *Ac quo* en sus consideraciones no establece de forma explícita los motivos que llevaron a decretar la sanción impuesta, aunque tienen en cuenta la ausencia de antecedentes disciplinarios por parte del acusado; sin embargo, para este tribunal nacional, es evidente que la falta por la que se sanciona al galeno S.C. se considera grave, ya que por su conducta imprudente y negligente, comisiva y dolosa, contribuyó a la muerte de la paciente.

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

### **RESUELVA:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** CONFIRMAR, como en efecto confirma, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas en el proceso

1012, por la cual se impuso sanción de **suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de una semana**, al doctor J.D.S.C., por violación de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 1981, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ Magistrado- Presidente;  
GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ Magistrado Ponente; FERNANDO  
GUZMÁN MORA, Magistrado y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO,  
Secretaría.

Bogotá, treinta (30) de enero del año dos mil diecinueve (2019)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1444 DEL TREINTA (30)  
DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

**REF: Proceso No. 2062-15 del Tribunal de Etica Medica del Valle del  
Cauca**

**Médicos investigados: Dres. J.R. y C.O.**

**Institución: Hospital San Rafael E.S.E. de El Cerrito, Valle**

**Paciente: N.A.R (Q.E.P.D.)**

**Denunciante: I.L.A.R**

**Magistrado Ponente: Dr. Ariel Iván Ruiz Parra**

**Providencia No. 05-2019**

**VISTOS**

El 14 de enero de 2015 se radica ante la Seccional Valle del Cauca del Tribunal de Ética Médica, carta de la señora **I.A.R.**, para “demandar” a los doctores **J.R.** y **C.O.**, quienes se encontraban prestando el servicio de urgencias en el Hospital San Rafael de El Cerrito, Valle el 17 de febrero de 2012.

El 9 de julio de 2018 se radica en el Tribunal Seccional, por parte del abogado **ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO**, nuevo apoderado de la Dra. J.R., solicitud de nulidad de la resolución No. 011-2018 del Tribunal de Ética Médica del Valle “por haber transcurrido más de 6 años desde la consumación de la conducta que dio lugar a la investigación disciplinaria...” (Folios 391-400). Así mismo, el abogado radica el 10 de julio de 2018 un recurso de reposición y en subsidio el de apelación contra la sanción proferida por Tribunal del Valle del Cauca (folios 402 a 420).

El 30 de mayo de 2018 el Tribunal en su tercera posición resuelve no aceptar los descargos presentados por los Dres. J.R.B. y C.D.O.E., en asocio

de sus correspondientes apoderados, e imponer sanción disciplinaria de suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de un (1) mes a cada uno (folios 372 a 384).

El 21 de noviembre de 2018 el Tribunal del Valle decide no reponer la sanción impuesta y concede el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. El Tribunal excluye como norma desacatada el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 al aceptar que el argumento del perito en medicina interna es favorable a la disciplinada. (Folios 440 a 442).

El 14 de diciembre de 2018 se recibe el expediente en el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Por sorteo en Sala Plena del 16 de enero de 2019 le corresponde al Magistrado Ariel Iván Ruiz Parra.

Se procede a resolver el recurso de apelación luego de hacer el análisis documental.

### HECHOS:

El 14 de enero de 2015 se radica en la Seccional Valle del Cauca del Tribunal de Ética Médica carta de la Señora **I.A.R.**, identificada con C.C. ....del ..., dirigida a la corporación para “demandar” a los doctores **J.R.** y **C.O.**, quienes se encontraban prestando el servicio de urgencias en el Hospital San Rafael de El Cerrito el 17 de febrero de 2012, señalando que si estos médicos hubieran solicitado un examen de orina a la paciente **N.A.R.** hubieran encontrado la infección que padecía la paciente y se hubiera podido controlar con antibióticos. Señala la quejosa la paciente fue llevada nuevamente el 22 de febrero de 2012 por presentar un brote generalizado, baja presión, taquicardia y mareos; según la quejosa el brote fue interpretado por la Dra. J.R. como “picaduras de vicho (SIC)” y no ameritaba ser remitida. Señalan que después de este egreso decidieron practicar un examen parcial de orina en un laboratorio particular, el cual no fue tenido en la cuenta cuando fue llevado nuevamente al servicio de urgencias del Hospital San Rafael de El Cerrito. Posteriormente la paciente presenta un “desmayo” por lo que es llevada nuevamente al hospital de donde la remiten a la Clínica ESENSA de Cali donde les explicaron que la paciente ya llegó en muy malas condiciones (Folios 001 a 003).

En la revisión de la historia clínica se encuentra que el 17 de febrero de 2012 a las 5:20 pm, fue atendida en el Hospital San Rafael de El Cerrito (Valle del Cauca), la señora **N.A.R.** (Q.E.P.D.) de 41 años de edad, por dolor súbito intenso de tipo pulsátil en la pierna derecha, que aumentaba con la marcha y no había respondido a la automedicación con ketoprofeno. La paciente tenía como antecedentes médicos diabetes mellitus e hipercolesterolemia. En esa ocasión fue atendida inicialmente por la Dra. **J.R.**, médica general, quien, de acuerdo con la historia clínica, encontró tórax simétrico normoexpansivo y pulmones ventilados sin sobreagregados; la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria eran normales y la temperatura era de 39 grados centígrados (folios 0011 y 0122). Hizo impresión diagnóstica de “dolor en miembro” y suministró antiinflamatorio no esteroideo y corticoide, observando mejoría del cuadro clínico. Se le dio salida con prescripción de acetaminofén, diclofenaco y metocarbamol orales e indicaciones (no registradas, folios 0011 y 0122).

El 21 de febrero de 2012 a las 9:17 pm, fue atendida en el servicio de urgencias de la misma institución por el Dr. **C.D.O.E.**, médico general, por un cuadro clínico de una hora de evolución de mareo, malestar general asociado a vértigo, náuseas y diaforesis, sin otros síntomas. En esta ocasión se diagnosticó hipoglicemia no especificada (glucometría de 40 mg/dL) y se manejó con solución dextrosada alcanzándose una glucometría de 187 mg/dL a las 10:24 pm. Se dio salida a las 11: 50 pm con indicaciones (no registradas, folio 0012), prescripción de naproxeno y tramadol, y control por consulta externa (folios 0012 y 0119).

El 22 de febrero de 2012 a las 8:37 am consulta nuevamente al servicio por mareo y dificultad para la movilidad en los miembros inferiores; es atendida por otra profesional quien le encuentra frecuencia cardíaca de 120 por minuto, practica electrocardiograma, y establece el diagnóstico de taquicardia sinusal. Solicitó un electrocardiograma de control dos horas después. En la evolución se anota frecuencia cardíaca de 78, sin dolor, ni signos de dificultad respiratoria, por lo que le dan salida con prescripción y recomendaciones (folio 0014).

El 22 de febrero de 2012 a las 8:56 pm consulta nuevamente al servicio de urgencias por un cuadro clínico de 5 días de evolución de dolor intenso en miembro inferior derecho, asociado a pérdida de la fuerza, que posteriormente afectó al miembro inferior izquierdo. En la historia el Dr. **R.A.S.G.**,

registra que un día después aparecieron lesiones nodulares en los brazos con posterior postración y desde dos días antes edema progresivo. Además, presentaba fiebre, escalofrío y mareo. En esta ocasión encuentran taquicardia, hipotensión, hipotermia, anasarca, hipoperfusión periférica y pústulas en miembro inferior derecho por lo que se hace impresión diagnóstica de cetoacidosis diabética e infección de vías urinarias y se plantea en el “plan de trabajo” la posibilidad de shock séptico (folio 0015). Le inician manejo con líquidos y oxígeno e inician solicitud de traslado a una institución de mayor nivel de complejidad. De acuerdo con la historia no hay disponibilidad de cama en varias instituciones consultadas (folios 0016 y 0113).

El 23 de febrero de 2012 a las 3:48 am ingresa a la Fundación Esensa donde se consigna en el motivo de consulta que la paciente consultó al hospital de El Cerrito “hace 1 semana por cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en astenia y adinamia fiebre alta dolor lumbar” (SIC) (Folio 0076), posteriormente se anota que “la paciente se torno (SIC) taquicardica hipotensa motivo por el cual deciden remitir a unidad de cuidado intermedio para monitoria y manejo (SIC) (Folio 0076).

En esta institución la encuentran desaturada, hipotensa y taquicárdica y es hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de infección de vías urinarias. Practican una radiografía de tórax que muestra infiltrados alveolares multilobares y proceden a colocar catéter central y línea arterial, y a iniciar reanimación, infundir inotrópicos y practicar ventilación mecánica. Es valorada por médico internista e infectólogo quienes inician manejo con vancomicina, ceftriaxona y oseltamivir ante un cuadro de evolución rápida. La paciente continúa hipotensa a pesar de la reanimación y “hacia las 13 horas” presenta paro cardiaco que no responde a las maniobras de reanimación. Los hemocultivos practicados en la Unidad de Cuidados Intensivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus* (folio 0059).

El 14 de mayo de 2012 el Dr. **J.E.P.D.**, perito del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, establece como diagnósticos de la necropsia practicada a la paciente: sepsis con bronconeumonía, tiroiditis, miocarditis, compromiso de vasos meníngeos y cambios globales por hipoxia (folio 0005).

## ACTUACIÓN PROCESAL

El 25 de enero de 2015, el Magistrado Instructor, Dr. **NÉSTOR AMOROCHO PEDRAZA**, emite el auto de apertura de investigación por el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca (folio 067).

El 21 de mayo de 2015 se recibe en el Tribunal de Ética Médica Seccional Valle del Cauca, oficio del 19 de mayo de 2015 del Gerente del Hospital San Rafael E.S.E. de El Cerrito, Valle, Dr. **C.M.R.R.**, anexando la historia clínica de la señora **N.A.R.** (folio 0111). Hay una constancia secretarial de trámite de documentos del mencionado Tribunal, con fecha 4 de mayo de 2015, en el que se consigna la recepción de la copia de la historia clínica de la paciente (folio 0124).

El 9 de julio de 2018 se radica en el Tribunal Seccional, por parte del abogado **ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO**, nuevo apoderado de la Dra. J.R, solicitud de nulidad de la resolución No. 011-2018 del Tribunal de Ética Médica del Valle “por haber transcurrido mas de 6 años desde la consumación de la conducta que dio lugar a la investigación disciplinaria...” (Folios 391-400). Así mismo, el abogado radica el 10 de julio de 2018 un recurso de reposición y en subsidio el de apelación contra la sanción proferida por Tribunal del Valle del Cauca (folios 402 a 420).

El 22 de junio de 2015 se llevó a cabo diligencia de ratificación y ampliación de queja por parte de la Señora **I.L.A.R.**, quien ratificó la queja ante el Magistrado Instructor, Dr. **NÉSTOR HARRY AMOROCHO PEDRAZA**, y la abogada de descongestión, Dra. **ANA MARÍA OROZCO SILVA** (folios 0126 y 0127).

El 18 de agosto de 2015 hay constancia de entrega de expediente con 128 folios al Magistrado Instructor Dr. **JOSÉ ACKERMANN IZQUIERDO**, por parte de la auxiliar administrativa del Tribunal del Valle del Cauca.

El 19 de agosto de 2015, el Magistrado Instructor, Dr. **NÉSTOR HARRY AMOROCHO PEDRAZA**, concluye en el proceso que debe llamarse a diligencia de versión libre a los Dres. **J.R.** y **C.O.**, y solicita a la Sala Plena ordenar la diligencia (folios 0129 a 0131).

El 12 de febrero de 2016 la Abogada Asesora del Tribunal, Dra. **DIANA JULIETA OLIVO OSPINA**, cita a la Dra. **J.R.** ante mismo (folio 0132).

El 1 de marzo de 2016 rinde versión libre y espontánea la Dra. **J.R.B.** en presencia de su apoderado, el Dr. **HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN**, ante el Magistrado Instructor, y la Abogada Asesora del Tribunal (folios 0137 a 0138). En la misma fecha rinde versión libre y espontánea el Dr. **C.D.O.E.** en presencia de su apoderada, la Dra. **DIANA CAROLINA ORDOÑEZ ERAZO**, ante el Magistrado Instructor, y la Abogada Asesora del Tribunal (folios 0145 a 146).

En la sesión de descargos, llevada a cabo el 27 de julio de 2016, la Dra. J.R.B. allega al Tribunal seccional un escrito (folios 0184 a 0190) y referencias bibliográficas. Los argumentos de estos descargos se centran fundamentalmente en que el cuadro clínico inicial no guarda relación con la patología encontrada en la necropsia.

El 23 de noviembre de 2016, después de analizar los descargos, el Tribunal decide practicar las pruebas adicionales solicitadas entre las que se encuentra un peritaje por un especialista en medicina interna. La respuesta escrita de este peritaje se recibió en el Tribunal el 9 de marzo de 2017, por parte del Dr. **J.F.H.E.**, médico internista (folio 355). Al cuestionario responde el Dr. H. acertadamente, que caben otros diagnósticos diferenciales, además de la neuropatía diabética, en relación con la queja inicial y los hallazgos del examen físico de la paciente; también señala el perito que la paciente estaba estable, por lo que no requería remisión en ese momento.

El 18 de mayo de 2016, el Magistrado Instructor, Dr. **NÉSTOR HARRY AMOROCHO PEDRAZA**, realiza el segundo informe y concluye que “tanto la Dra. J.R.B. como el Dr. C.D.O. supuestamente (SIC) imprudentes con el manejo de la paciente N.A.R (Q.E.P.D.) y en consecuencia propone a la Sala Plena que llame a diligencia de descargos a los Dres. J.R.B. y C.D.O.E. por posible transgresión a la ley 23 de 1981...” en los artículos 10 numeral 1, 10 y 15 (folios 0157 a 0161).

El 8 de junio de 2016 el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca resuelve declarar que existe mérito para formular cargos contra la Dra. J.R.B. y el Dr. C.D.O.E. por presunta violación a los artículos 1.2, 3, °0 y 15 de la Ley 23 de 1981. (Folios 162 a 170).

El 27 de julio de 2016 se llevó a cabo la diligencia de descargos ante la Sala Plena, de la Dra. J.R.B. en presencia del Apoderado Judicial, Dr.

**HAROLD ARISTIZABAL MARÍN** (folios 183 y 183). Los folios 0184 a 0190 contiene el escrito de descargos de la Dra. R. y los folios 0191 a 0194 las consideraciones y descargos por parte de su Apoderado, el Dr. **HAROLD ARISTIZABAL MARÍN**. Los médicos anexaron referencias bibliográficas.

Por una situación relacionada con la enfermedad de un familiar la diligencia de descargos del Dr. C.D.O.E. ante la Sala Plena del tribunal, solo se llevó a cabo hasta el día 9 de noviembre de 2016. En esta diligencia actuó como Apoderado judicial el Dr. Freddy Moreno Rojas. (Folios 0287 a 0289).

El 23 de noviembre de 2016, el Tribunal decide practicar las pruebas adicionales solicitadas y, en consecuencia, cita al Dr. **R.A.S.** y solicita peritaje por especialista en medicina interna. Se hace constar que proceden los recursos de reposición y apelación (folios 0295 a 297).

El 13 de febrero de 2017 el Tribunal recibe el listado de peritos por parte de la asociación de Medicina Interna (folio 0312).

El 28 de abril de 2017 el Tribunal recibió la declaración del Dr. **R.A.S.G.**, médico quien remitió la paciente a un nivel de mayor complejidad.

El 9 de marzo de 2017 el Tribunal recibe respuesta escrita del perito, Dr. J.F.H.E., médico internista (folio 355).

El 24 de abril de 2017, el Tribunal recibe, por parte del abogado **JAIME ALBERTO LÓPEZ OSSA**, en representación de la Dra. **J.R.B.**, solicitud para que se declare la prescripción de la acción disciplinaria contra su representada, “Por cuanto no es posible continuar con el trámite del proceso disciplinario, debido a que a la fecha se han cumplido más de cinco (5) años del último acto médico de la Dra. **J.R.B.**, que fue el 23 de febrero de 2012”. (Folios 0331 a 0334).

El 6 de septiembre de 2017 el Tribunal decide no declarar la prescripción de la acción disciplinaria y dar continuidad al trámite. Se informan los recursos de reposición y apelación.

El 30 de mayo de 2018 el Tribunal en su tercera posición resuelve no aceptar los descargos presentados por los Dres. **J.R.B.**, y **C.D.O.E.** en asocio

de sus correspondientes apoderados, e imponer sanción disciplinaria de suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de un (1) mes a cada uno. (Folios 372 a 384).

El 9 de julio de 2018 se radica en el Tribunal Seccional, por parte del abogado **ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO**, nuevo apoderado de la Dra. J.R., solicitud de nulidad de la resolución No. 011-2018 del Tribunal de Ética Médica del Valle “por haber transcurrido más de 6 años desde la consumación de la conducta que dio lugar a la investigación disciplinaria...” (Folios 391-400). Así mismo, el abogado radica el 10 de julio de 2018 un recurso de reposición y en subsidio el de apelación contra la sanción proferida por Tribunal del Valle del Cauca (folios 402 a 420).

El 12 de septiembre de 2018 el Tribunal del Valle decide, en su cuarta providencia (folios 429 a 432), negar la nulidad de la Resolución No. 011-2018 proferida el 30 de mayo de 2018 por cuanto “se ha (SIC) garantizado de manera irrestricta los derechos fundamentales de la médica investigada a la defensa, al debido proceso, a la contradicción, a la doble instancia, etc., ...” (folio 431).

El 21 de noviembre de 2018 el Tribunal del Valle decide no reponer la sanción impuesta y concede el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. El Tribunal excluye como norma desacatada el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 al aceptar que el argumento del perito en medicina interna es favorable a la disciplinada. (Folios 440 a 442).

El 14 de diciembre de 2018 se recibe el expediente en el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Por sorteo en Sala Plena del 16 de enero de 2019 le corresponde al Magistrado Ariel Iván Ruiz Parra.

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

En relación con la atención médica que se ofreció a la señora **N.A.R** (Q.E.P.D.) se puede concluir que los síntomas referidos en la consulta del 17 de febrero de 2012, cuando fue atendida por Dra. **J.R.** (dolor súbito intenso de tipo pulsátil en la pierna derecha, que aumentaba con la marcha y no había respondido a la automedicación con ketoprofeno), no orientan

necesariamente a la patología encontrada en la necropsia (sepsis con bronconeumonía, tiroiditis, miocarditis, compromiso de vasos meníngeos y cambios globales por hipoxia (folio 0005). De igual forma, tampoco orientan hacia las patologías encontradas en la autopsia los signos encontrados en el examen físico que se encuentran registrados en la historia clínica en esa ocasión: tórax simétrico normoexpansivo y pulmones ventilados sin sobreagregados, y tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria normales. No obstante, llama la atención el hallazgo de una temperatura de 39 grados centígrados que parece no haberse tenido en la cuenta (folios 0011 y 0122) y, posteriormente, el hallazgo de un episodio de taquicardia que fue interpretado como taquicardia sinusal con base en los resultados del electrocardiograma. Es factible que el proceso infeccioso que condujo al fallecimiento de la paciente ya estuviera en curso; sin embargo, la temperatura debe verificarse en repetidas ocasiones para confirmar que la paciente tiene fiebre lo cual, de acuerdo con los registros de la historia clínica, no se hizo; tampoco se practicaron exámenes de laboratorio complementarios en esa ocasión.

En este mismo sentido, en la consulta del 21 de febrero de 2012, atendida en el servicio de urgencias por el Dr. **C.D.O.E.**, se consigna como motivo de consulta mareo, malestar general asociado a vértigo, náuseas y diaforesis, sin otros síntomas. En esta ocasión se diagnosticó hipoglicemia no especificada, de la cual hay evidencia de laboratorio (glucometría de 40 mg/dL) y una respuesta favorable al manejo instaurado, lo cual parece concordar con el diagnóstico. No obstante, considerando que al día siguiente, el 22 de febrero de 2012, la paciente consulta nuevamente por un cuadro clínico de cinco días de evolución de dolor intenso en miembro inferior derecho, asociado a pérdida de la fuerza, y se registra también que un día después aparecieron lesiones nodulares en los brazos con posterior postración y, desde dos días antes, edema progresivo y que, al examen físico, los signos clínicos hacían pensar en la posibilidad de un shock séptico (folio 0015), es evidente que pudo haber ocurrido una omisión diagnóstica en la consulta del 21 de febrero. Es importante señalar, sin embargo, que las infecciones por *Staphylococcus aureus* pueden tener una historia natural de evolución muy rápida.

Por lo tanto, se considera que hubo omisiones (falta de apoyo diagnóstico y posiblemente de un seguimiento más estrecho en relación con la temperatura, la frecuencia cardíaca y las lesiones cutáneas), posiblemente

relacionadas con impericia, falta de experiencia o de conocimiento sobre los signos iniciales de una infección estafilocócica. Como un factor atenuante es necesario reconocer que el cuadro clínico inicial, en el que el motivo de consulta se relacionaba fundamentalmente con dolor en miembro inferior, no conducía necesariamente a pensar en infección por *Staphylococcus aureus*; adicionalmente se debe tener en la cuenta que las infecciones por este germen pueden ser rápidamente progresivas y causar mortalidad.

Este Tribunal también coincide en excluir como norma desacatada el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 al revisar cuidadosamente los registros de la historia clínica y aceptar que los argumentos del perito en medicina interna son favorables a la disciplinada. (Folios 440 a 442).

Lo anterior indica que sí hubo errores por parte de la disciplinada, pero ellos no fueron tan trascendentes como los califica la primera instancia, razón por la cual esta Corporación estima que la sanción debe ser más leve, teniendo en cuenta también los hechos antes analizados y la menor culpabilidad por parte de la médica tratante, razón por la cual se modificará la sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina para imponerle en su lugar una amonestación privada.

En los folios que dan cuenta de la queja, se señalan además algunas situaciones que muestran una inadecuada relación médico-paciente en las atenciones iniciales, tales como dudar, de la veracidad de los síntomas o de los resultados de laboratorio de otras instituciones.

El 9 de julio de 2018 se radica en el Tribunal Seccional, por parte del abogado **ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO**, nuevo apoderado de la Dra. J.R., solicitud de nulidad de la resolución No. 011-2018 del Tribunal de Ética Médica del Valle “por haber transcurrido más de 6 años desde la consumación de la conducta que dio lugar a la investigación disciplinaria...” (Folios 391-400). Así mismo, el abogado radica el 10 de julio de 2018 un recurso de reposición y en subsidio el de apelación contra la sanción proferida por Tribunal del Valle del Cauca (folios 402 a 420). En el folio 404 del expediente el abogado argumenta que “...el error inculpa-ble (que carece de culpa) puede estar presente o no en un diagnóstico o en un procedimiento médico sin que ello implique el desconocimiento de la ética médica, pensar lo contrario sería entonces convertir a la medicina en

una ciencia de resultado y ante el fracaso del mismo, el profesional estaría incumpliendo siempre las normas éticas de su disciplina” y agrega mas adelante (folio 405): “Es lo indeseable o reprochable lo que es objeto de censura ética, por lo tanto no siempre un error en el acto médico puede ser considerado un comportamiento indeseable o reprochable desde lo ético y deberá el juez revisar cada caso en concreto...”. A este respecto se refiere nuevamente en el folio 411 apoyándose en la Sentencia C-620/08. En el folio 406 retoma argumentos del perito en medicina interna quien expresa que dado que la paciente se encontraba estable se podía dar salida y control por consulta externa; en el mismo folio también argumenta que no es cierto que el hecho de no haber solicitado paraclínicos transgrede el numeral 2 del artículo 1 de la ley 23 de 1981, pues el perito avaló el egreso de la paciente, así mismo, se apoya en la autonomía de la Dra. Y.R. En el folio 408 el abogado arguye que el derecho administrativo sancionatorio comparte principios con el derecho penal por lo que la violación del artículo 3 de la ley 23 de 1981 hubiere sido clara, precisa y concreta, y por el contrario la misma se torna inexistente”. En el folio 410 el abogado plantea que la paciente no fue sometida a riesgo injustificado ya que la evolución tórpida no es un riesgo que pudiera haber evitado la Dra. R. y se apoya en el concepto del perito de medicina interna. En los folios 411 y 412 hace referencia a falta de fundamentación razonada para imponer esa sanción y no otra, con base en el artículo 83 de la Ley 23 de 1981.

Es una realidad que en la Ley 23 de 1981 no se hace una específica referencia al auto de apertura de investigación, como si sucede en el Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002, pero no por ello se puede concluir que en el proceso disciplinario no exista auto de apertura de investigación, o que de ello no se pueda hablar dentro del derecho disciplinario.

Cuando se dictó la Ley 23, existía el Código Procesal de 1971, Decreto 409 de ese año, codificación procesal de tendencia inquisitiva y de naturaleza escrita. Es por esta razón, que las normas procesales de la Ley 23 corresponden a la concepción de un proceso de tendencia inquisitiva y de naturaleza escrita, y en el artículo 319 disponía lo siguiente:

Art. 319. “ *Auto cabeza de proceso*. Cuando el funcionario de instrucción reciba denuncia o cuando se encuentre en el caso previsto en el artículo anterior, dictará un auto cabeza de proceso en que, fundándose en el conocimiento que ha tenido de la infracción penal, resolverá abrir la investigación correspondiente al descubrimiento de los hechos, de sus autores o partícipes, de la personalidad de los mismos, de los motivos determinantes y de la naturaleza y cuantía de los perjuicios.

El Código anterior fue reemplazado por el Decreto 050 de 1987, que en su artículo 360 disponía:

“ Art. 360. *Objeto de la investigación.* El funcionario de instrucción ordenará y practicará las pruebas conducentes al esclarecimiento de la verdad sobre los hechos materia de investigación especialmente respecto de las siguientes cuestiones:

1. Si se ha infringido la ley penal.
2. Quién o quiénes son los autores o partícipes del hecho.
3. Los motivos determinantes y demás factores que influyeron en la violación de la ley penal.
4. Las circunstancias de lugar, tiempo y modo en que realizó el hecho.
5. Las condiciones sociales, familiares, o individuales que caracterizan la personalidad del procesado, su conducta anterior, sus antecedentes judiciales, de policía, sus condiciones de vida, y
6. Los daños y perjuicios de orden moral y material que causó el hecho punible.

Esta codificación fue sustituida por el Decreto 2700 de 1991, que en su artículo 329 dispone lo relacionado con la apertura de investigación:

“ ART. 329.—**Modificado. L. 81/93, art. 42. Término para la instrucción.** El funcionario que haya dirigido o realizado la investigación previa, si fuere competente será el mismo que abra y adelante la instrucción, salvo que se haya dispuesto su desplazamiento.

El término de instrucción que corresponda a cualquier autoridad judicial no podrá exceder de dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha de su iniciación.

No obstante si se tratare de tres (3) o más sindicados o delitos, el término máximo será de treinta (30) meses.

Vencido el término, la única actuación procedente será la calificación.

PAR. TRANS.—Los procesos que al entrar en vigencia la presente ley se encuentren en curso se calificarán según los siguientes términos:

Los procesos cuya etapa de instrucción no exceda de seis (6) meses se calificarán según los términos establecidos en el presente artículo.

En los procesos en los cuales hubiere transcurrido un término igual o mayor a seis (6) meses sin exceder de dieciocho en etapa de instrucción, el término disponible para la calificación será de doce (12) meses.

Los procesos en los cuales hubiere transcurrido un término igual o mayor a dieciocho (18) meses sin exceder de cuarenta y ocho (48) en etapa de instrucción, se calificarán en un término no superior a ocho (8) meses.

En los eventos contemplados en los dos incisos anteriores, cuando se trate de tres (3) o más delitos o sindicados, el término de instrucción allí previsto se aumentará hasta en las dos terceras partes.

En los procesos en los cuales haya transcurrido un término igual o superior a cuarenta y ocho (48) meses sin exceder de sesenta (60) en etapa de instrucción, el término disponible para la calificación será de cuatro (4) meses.

Los procesos en cuya etapa de instrucción haya transcurrido un término igual o superior a sesenta (60) meses se calificarán en un término no mayor de dos (2) meses.

Esta disposición regirá también para procesos por delitos de competencia de los jueces regionales.

El anterior código fue reemplazado por la Ley 600 de 2000 que en relación con la misma temática dispuso:

“ARTICULO 331. **APERTURA DE INSTRUCCIÓN.** Mediante providencia de sustanciación, el Fiscal General de la Nación o su delegado, dispondrá la apertura de instrucción indicando los fundamentos de la decisión, las personas por vincular y las pruebas a practicar.

La instrucción tendrá como fin determinar:

1. Si se ha infringido la ley penal.
2. Quién o quiénes son los autores o partícipes de la conducta punible.
3. Los motivos determinantes y demás factores que influyeron en la violación de la ley penal.
4. Las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se realizó la conducta.
5. Las condiciones sociales, familiares o individuales que caracterizan la personalidad del procesado, su conducta anterior, sus antecedentes judiciales, de policía y sus condiciones de vida.
6. Los daños y perjuicios de orden moral y material que causó la conducta punible.

En los procesos por delitos contra la administración pública se ordenará comunicar al representante legal de la entidad supuestamente perjudicada y a la Contraloría sobre la apertura de la investigación.

Como consecuencia de la Constitución de 1991 y particularmente por lo dispuesto en el Acto Legislativo Nro 3 de 2002, en su artículo 2º, se cambió sustancialmente la estructura del proceso penal y pasamos de un proceso de tendencia inquisitiva a uno de inclinación acusatoria, y de un proceso de naturaleza escrita a uno de plena oralidad.

Es obvio que como consecuencia de estos cambios determinados normativamente, al reglamentarse por la Ley procesal los nuevos principios constitucionales, desapareció en el nuevo proceso adversarial el auto de iniciación del proceso y fue reemplazado por la audiencia de imputación.<sup>1</sup>

La Ley 600 de 2000, había sido derogada por el artículo 533 de la ley 906,<sup>2</sup> excepto lo relacionado con los trámites realizados por la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia, en los procesos de fuero constitucional que son de su competencia.

---

<sup>1</sup> ARTÍCULO 286. CONCEPTO. La formulación de la imputación es el acto a través del cual la Fiscalía General de la Nación comunica a una persona su calidad de imputado, en audiencia que se lleva a cabo ante el juez de control de garantías.

<sup>2</sup> ARTÍCULO 533. DEROGATORIA Y VIGENCIA. Aparte en letra itálica **CONDICIONALMENTE** exequible El presente código regirá para los delitos cometidos con posterioridad al 1o. de enero del año 2005. Los casos de que trata el numeral 3 del artículo 235 de la Constitución Política continuarán su trámite por la Ley 600 de 2000.

Los artículos 531 y 532 del presente código, entrarán en vigencia a partir de su publicación

En las circunstancias normativas existentes en la actualidad, era imposible acudir al Código de Procedimiento Penal vigente, Ley 906 de 2004, de la misma manera que era constitucionalmente imposible remitir a una ley derogada, Ley 600 de 2000, y en tales circunstancias también era imposible dar aplicación a las previsiones del artículo 82 de la Ley 23 de 1981 en cuanto dispone:

“ **ARTICULO 82.** En lo no previsto en la presente Ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

Es igualmente imposible que un juez o una Corporación Judicial, o la que haga sus veces, no puede abstenerse de tomar la decisión en un determinado asunto que esté dentro de su competencia, porque sería una verdadera denegación de justicia y eso genera responsabilidades de todo tipo, para quien se atreva a comprometerse con este tipo de omisiones. Lo anterior es un principio que rige desde 1887, en virtud de lo dispuesto en el artículo 48 de Ley 153 del siglo antepasado al disponer:

“ **ARTICULO 48.** Los jueces ó magistrados que rehusaren juzgar pretextando silencio, oscuridad ó insuficiencia de la ley, incurrirán en responsabilidad por denegación de justicia.

En las circunstancias normativas, los Tribunales de Ética Médica no podían dejar de cumplir con sus deberes legalmente impuestos y frente a tal problema, el Tribunal Nacional de Ética Médica resolvió, que se debía hacer remisión al Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002

Por regular asuntos de la misma naturaleza, la disciplinaria, se decidió que se debía acudir a ese código, que si contempla de manera precisa el auto de apertura de investigación, de la misma manera que regula lo relacionado con la prescripción, y esta codificación si regula de manera específica lo del auto de apertura de proceso, porque cuando se dictó estaba vigente la Ley 600 de 2000, que como ya se demostró contemplaba igualmente la regulación del auto apertura de proceso.

El recurrente tiene un concepto erróneo de lo que es la “analogía”, porque este concepto jurídico se convierte en una necesidad, cuando existe un determinado hecho que no es expresa y precisamente regulado por la ley, caso en el cual, el intérprete y aplicador de la ley, puede resolver esa laguna legislativa, acudiendo a una ley que regule un hecho semejante o parecido.

La analogía está definida por el legislador en el artículo 8° de la Ley 153 de 1887 al disponerse:

“ARTICULO 8o. *Cuando no hay ley exactamente aplicable al caso controvertido, se aplicarán las leyes que regulen casos ó materias semejantes*, y en su defecto, la doctrina constitucional y las reglas generales de derecho. ( Lo destacado no lo es en el texto ).

Si ese es el significado es claro que esta Corporación no está resolviendo el problema antes planteado por aplicación analógica de la ley, sino que frente a un vacío legislativo, el intérprete o aplicador de la norma, debe hacer remisión a la ley que si tenga contemplado el fenómeno no legislado en la norma que en principio ha debido ser aplicada.

Si bien es cierto que el proceso se abrió por auto del 25 de febrero de 2015, y solo se ordenó la notificación del mismo, por oficio del 12 de febrero 2016, también lo es que durante ese periodo se recolectaron algunos documentos y únicamente se ratificó bajo la gravedad del juramento la queja; lo anterior nos indica que esa notificación tardía no afectó el derecho de contradicción ni el de defensa porque durante ese periodo no se practicaron pruebas que fueran perjudiciales a los intereses de los disciplinados.

Muestra igualmente su inconformidad frente a la jurisprudencia reiterada y uniforme del Tribunal Nacional de Ética Médica en relación con la prescripción de la acción.

En relación con esta problemática, se presenta igualmente un agudo problema, porque como ya se reconoció, el artículo 82 de la Ley 23 de 1981, dispone que los vacíos existentes en dicha ley, deben resolverse por remisión al Código de Procedimiento Penal, pero bien se sabe que la normatividad procesal no contiene ninguna norma que establezca cuál es el tiempo de prescripción de la acción.

Ante tal silencio legislativo es obvio que no se puede hacer remisión al Código Procesal para resolver la problemática de la prescripción de la acción. Frente a tal doble vacío, la Corporación en su sabiduría determinó que por identidad de materia se debía acudir al Código Único Disciplinario.

El artículo 30 de esa codificación fue adicionado por el artículo 132 de la Ley 1474 de 2011, al disponerse:

“ **ARTÍCULO 30. TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DISCIPLINARIA.**

<Artículo modificado por el artículo 132 de la Ley 1474 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> **La acción disciplinaria caducará si transcurridos cinco (5) años desde la ocurrencia de la falta, no se ha proferido auto de apertura de investigación disciplinaria.** Este término empezará a contarse para las faltas instantáneas desde el día de su consumación, para las de carácter permanente o continuado desde la realización del último hecho o acto y para las omisivas cuando haya cesado el deber de actuar.

**La acción disciplinaria prescribirá en cinco (5) años contados a partir del auto de apertura de la acción disciplinaria.** Cuando fueren varias las conductas juzgadas en un mismo proceso la prescripción se cumple independientemente para cada una de ellas.

**PARÁGRAFO.** Los términos prescriptivos aquí previstos quedan sujetos a lo establecido a los tratados internacionales que Colombia ratifique. (Lo destacado no lo es en el texto).

Como se puede observar, el legislador reguló en esta norma dos fenómenos jurídicos, de un lado la caducidad, y según el criterio aquí estructurado los funcionarios del Estado tienen cinco años a partir de la realización de la conducta disciplinaria para abrir la respectiva investigación y si no lo hace dentro de este término, el Estado pierde la capacidad o competencia persecutora y sancionadora.

En relación con la prescripción de la acción modificó el criterio tradicional, puesto que de manera regular la prescripción de la acción se comenzaba a contar a partir del día siguiente al de la realización de la conducta delictiva. En este caso dispuso que el tiempo de la prescripción debía de comenzar a contarse a partir de la respectiva apertura de la investigación disciplinaria.

En este aspecto es importante destacar que esta modificación a la forma tradicional de contabilizar el término de prescripción, concepción novedosa que obedece a la adopción de nuevas medidas de política criminal, tendientes a evitar en la medida de lo posible que se entronice entre nosotros de manera generalizada la impunidad, como consecuencia de casos y situaciones excepcionales, en los que en ocasiones los actos contrarios a la ley solo se vienen a conocer por las autoridades mucho tiempo después de haberse cometido la infracción, en otros, porque los efectos negativos de la violación de la ley solo vienen a presentarse muchos años después de realizada la conducta infractora, o porque siendo la víctima un infante cuando es abusado, cuando alcanza la mayoría y tiene la madurez para denunciar a su ofensor, la acción de aquella conducta ya se encuentra prescrita.

Estos hechos de la realidad delictiva han llevado al legislador a crear novedosas concepciones diferentes a las tradicionales, para evitar que por la vía de la prescripción se entronice entre nosotros una peligrosa impunidad.

Es así que en relación a los abusos sexuales sobre menores el legislador, tratando de evitar esas consecuencias lamentables, creó una nueva modalidad de la prescripción al disponer:

“ **ARTICULO 83. TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL.** La acción penal prescribirá en un tiempo igual al máximo de la pena fijada en la ley, si fuere privativa de la libertad, pero en ningún caso será inferior a cinco (5) años, ni excederá de veinte (20), salvo lo dispuesto en el inciso siguiente de este artículo.

<Aparte tachado INEXEQUIBLE> <Inciso modificado por el artículo 1 de la Ley 1426 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> El término de prescripción para las conductas punibles de genocidio, desaparición forzada, tortura, homicidio de miembro de una organización sindical ~~legalmente reconocida~~; homicidio de defensor de Derechos Humanos, homicidio de periodista y desplazamiento forzado, será de treinta (30) años. Sentencia C-472 de 2013.

<Inciso adicionado por el artículo 1 de la Ley 1154 de 2007. El nuevo texto es el siguiente:> *Cuando se trate de delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, o el delito consagrado en el artículo 237, cometidos en menores de edad, la acción penal prescribirá en veinte (20) años contados a partir del momento en que la víctima alcance la mayoría de edad.* ( Lo destacado no lo es en el texto ).

Con los mismos propósitos se modificó el artículo 30 del Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002, al establecerse que la prescripción de la acción disciplinaria se comenzaría a contar no a partir de la realización de la conducta infractora, sino a partir de la apertura de la investigación preliminar, pero para evitar la posibilidad de que ciertos hechos quedaran como imprescriptibles, se estableció la caducidad, dándole la oportunidad al Estado para que abra el proceso disciplinario dentro de los cinco años siguientes, so pena de que se consolide el fenómeno de la caducidad.

Siendo que el Código Disciplinario Único regula la actividad de los servidores públicos y que muchos actos de corrupción son ocultados por los propios autores que siguen en el ejercicio del cargo, se presentan casos en los cuales, cuando se descubren los hechos, la acción disciplinaria ya se encuentra prescrita.

Y lo mismo sucede en el ámbito del proceso disciplinario médico en relación con ciertas intervenciones o tratamientos en los que los efectos negativos solo se vienen a presentar o a conocer muchos años después de los mismos, como ocurre en algunos casos estéticos o plásticos, en lo que se inoculan en el cuerpo del paciente sustancias extrañas que producen efectos negativos sobre la salud o la apariencia física de la persona, muchos años después de la ilegal intervención médica.

No se trata entonces en este caso de un caso de aplicación favorable o desfavorable de la ley penal, se trata de la aplicación de la ley penal vigente en el momento de la realización de la conducta, que se aplica por no tener el código de procedimiento penal norma sobre el término de prescripción y por afinidad de materia, puesto que se trata de estatutos disciplinarios.

Finalmente, en relación con la prescripción, este Tribunal se ha pronunciado extensamente en los siguientes términos:

“ Esta Corporación ha venido sosteniendo de manera reiterada que la remisión para el lleno de los vacíos existentes en la Ley 23 de 1.981, en principio deben ser llenados por el Código de Procedimiento Penal vigente, que no es otro que la Ley 906 de 2004, y porque así lo ordena el artículo 82 de la Ley disciplinaria al disponer:

“ ARTICULO 82. En lo no previsto en la presente Ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

Es claro que la previsión legislativa anterior se quedó corta, porque en la Ley 23 no solo existen vacíos de carácter procesal, sino fundamentalmente de derecho constitucional y del derecho penal material, razón por la cual esta Corporación y en general todas las Corporaciones que integran la competencia médica disciplinaria tienen que hacer remisión a la Constitución para el reconocimiento de los derechos y garantías establecidas en esa normatividad, y al Código Penal para llenar los vacíos en relación con fenómenos relacionados con los elementos de la figura delictiva como son los de la tipicidad, antijuridicidad y culpabilidad, además de todo lo relacionado con la conducta delictiva, la coparticipación, imputabilidad, sus causales de agravación y de atenuación, la favorabilidad y muchos otros fenómenos ni siquiera vislumbrados en la Ley 23.

De la misma manera esta Corporación ha sostenido reiteradamente que por el cambio procesal que se produjo como consecuencia de la aprobación de la Constitución vigente de 1991, donde pasamos de un sistema procesal escrito y de tendencia inquisitiva, a uno de naturaleza oral y de tendencia acusatoria. Como consecuencia de este cambio en materia procesal, se ha encontrado mucha dificultad de hacer remisión a la Ley 906 de 2.004, porque por el cambio de las estructuras procesales, en esa codificación no encontramos la solución a muchos problemas y además por la inexistencia de muchos funcionarios que son vitales para el funcionamiento del sistema

acusatorio, como son los fiscales, jueces de garantías, jueces de penas, miembros de la policía judicial, y muchos más cuya ausencia hace inaplicables muchas de las previsiones del sistema acusatorio.

La ley 23 de 1981 fue aprobada cuando regía el Código Procesal de 1971, que era de tendencia inquisitiva y de naturaleza escrita; razón por la cual se hace muy difícil llegar a que sean concordantes las concepciones de la Ley 23 con las de esta nueva codificación que como ya dijimos, es oral y de tendencia acusatoria.

Legalmente es imposible solucionar los vacíos de la Ley 23, haciendo remisión a la Ley 600 de 2.000, porque pese a lo sostenido por un sector minoritario de la doctrina, esta legislación se encuentra derogada y por tanto es imposible que se pretenda aplicar haciendo remisión de los vacíos de la Ley 23 a una norma que está derogada, excepto para el trámite que la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal le dé a los procesos de los aforados constitucionales que son de su exclusiva competencia.

Ante la imposibilidad de poder aplicar la Ley 600 y ante la dificultad de poder encontrar solución a nuestros problemas procesales, la Corporación jurisprudencialmente encontró una solución, acudiendo en remisión al Código Disciplinario Único, Ley 734 de 2002, atendiendo fundamentalmente a la identidad de materia, pues es evidente que tanto la Ley 23, como la Ley 734, manejan la problemática disciplinaria.

Y es lo que sucede exactamente con lo relacionado con el problema de la prescripción de la acción, pues desde hace ya varios años, la Corporación ha venido sosteniendo, que para efectos de declarar la prescripción de la acción en los procesos de ética médica disciplinaria se debe dar aplicación al artículo 30 de la Ley 734 de 2002, modificado por el artículo 132 de la Ley 1474 de 2011, al disponer:

“ ARTÍCULO 30. TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DISCIPLINARIA. <Artículo modificado por el artículo 132 de la Ley 1474 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> La acción disciplinaria caducará si transcurridos cinco (5) años desde la ocurrencia de la falta, no se ha proferido auto de apertura de investigación disciplinaria. Este término empezará a contarse para las faltas instantáneas desde el día de su consumación, para las de carácter permanente o continuado desde la realización del último hecho o acto y para las omisivas cuando haya cesado el deber de actuar.

La acción disciplinaria prescribirá en cinco (5) años contados a partir del auto de apertura de la acción disciplinaria. Cuando fueren varias las conductas juzgadas en un mismo proceso la prescripción se cumple independientemente para cada una de ellas.

PARÁGRAFO. Los términos prescriptivos aquí previstos quedan sujetos a lo establecido a los tratados internacionales que Colombia ratifique. (Lo destacado no lo es en el texto).

Es claro entonces que, en el derecho disciplinario, el tiempo de la prescripción de la acción no se comienza a contar desde el momento de la realización de la conducta, o desde la realización del último acto y en las de omisión cuando haya cesado el deber de actuar, sino que se comienza a contar el período de cinco años, a partir de la apertura de la investigación disciplinaria.

Nuestro legislador ha venido modificando esta tradición legislativa, de comenzar a contar el término prescriptivo a partir de la realización de la conducta, o de no haberse realizado la acción a la que se estaba obligado, por otras completamente diferentes, pero que se concilian más con la justicia, y con el reconocimiento de los derechos de las víctimas como ocurrió con el tercer inciso del artículo 83 del C. P., adicionado por el artículo 1º de la Ley 1154 de 2007, en el que se dispone que cuando se trate de delitos contra la libertad, la integridad y la formación sexuales de los menores de edad, o el delito de incesto en este tipo de víctimas, la prescripción de la acción se producirá a los 20 años, pero contados a partir del momento en que la víctima alcance la mayoría de edad. En tal sentido se dispone:

“ <Inciso adicionado por el artículo 1 de la Ley 1154 de 2007. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando se trate de delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, o el delito conagrado en el artículo 237, cometidos en menores de edad, la acción penal prescribirá en veinte (20) años contados a partir del momento en que la víctima alcance la mayoría de edad. ( Lo destacado no lo es en el texto ).

Es decir, que la concepción que sobre prescripción de la acción establece al reformar el artículo 30 de la Ley 734 de 2002 no es nueva, sino que como ya se demostró en el caso de los menores de edad, víctimas de delitos sexuales, o de incesto, la prescripción de la acción solo comienza a correr a partir del momento de haber cumplido la mayoría de edad, para que sea esa víctima la que con una madura reflexión determine si es del caso denunciar penalmente a su victimario.

Constituía en realidad una verdadera injusticia lo que ocurría con anterioridad a esta reforma, que cuando las víctimas llegaban a la mayoría de edad y tenía la suficiente madurez para denunciar a sus victimarios no lo pudieran hacer, porque cuando llegaba ese momento, las acciones de esos delitos ya habían prescrito.

Nos parece que se trata de una extraordinaria reivindicación de las víctimas, a las que se las quiere dotar de los elementos normativos que fueren necesarios para que logren el conocimiento de la verdad y la reparación de los daños ocasionados con la delincuencia que los hizo víctimas a tan tempranas horas de sus vidas.

La concepción legislativa anterior es consecuente con la filosofía que el Constituyente le quiso imprimir al ejercicio del ius puniendi, en cuanto a que el mismo no se puede quedar en el simple hecho de la persecución del delito y de la delincuencia, sino que es menester, velar por las víctimas y en general, por todos los afectados con las consecuencias del delito. (Providencia No. 44-2018 del Tribunal Nacional de Ética Médica con ponencia del Magistrado FERNANDO GUZMÁN MORA. DEL VEINTIUNO (21) DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO 2018).

Teniendo como base lo anterior y dado que la iniciación de la investigación se produjo por auto del 13 de julio de 2016, es más que evidente que no se ha producido el fenómeno de la prescripción porque ello solo ocurrirá 5 (cinco) años después de haberse dictado dicha providencia. “ ( Providencia Tribunal Nacional de Ética Médica Nro. 46-2018, del 4 de septiembre M. P. Francisco Javier Henao Pérez ).

De conformidad con la jurisprudencia uniforme y reiterada de esta Corporación y los argumentos que se formulan en esta sentencia, se ha de concluir que no se le ha vulnerado el derecho de contradicción ni el de defensa y, en tales condiciones, es imposible predicar la violación del debido proceso, razones por las cuales se negará la nulidad solicitada.

Po lo tanto, el Tribunal Nacional de Ética Médica coincide con la providencia del 12 de septiembre de 2018 el Tribunal de Ética Médica del Valle, contenida en los folios 429 a 432, que niega la nulidad de la Resolución No. 011-2018 proferida el 30 de mayo de 2018 por cuanto “se ha (SIC) garantizado de manera irrestricta los derechos fundamentales de la médica investigada a la defensa, al debido proceso, a la contradicción, a la doble instancia, etc., ...” (folio 431). El proceso se ha descrito en forma exhaustiva en la sección de **VISTOS** de esta providencia donde se da cuenta de las garantías del mismo; igualmente se deja constancia en la misma sección de la presencia de apoderados que representaron a los médicos investigados en las diferentes etapas del proceso.

El otro disciplinado, Dr. D. No recurrió la decisión sancionatoria del Tribunal del Valle, pero, como se encuentra en las mismas circunstancias de

actuación profesional con la Dra. J.R.B., es imperativo por disposición legal que también sea beneficiado con la rebaja de la sanción.

### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** *MODIFICAR* la decisión proferida por el Tribunal de Ética Médica del Valle en providencia del veintiuno (21) de noviembre de 2018 en su artículo primero, en el sentido de imponerle solo sanción de amonestación privada de conformidad con las consideraciones realizadas en precedencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Sanciónese a la Dra. **J.R.B.** con amonestación privada por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Sanciónese al Dr. **C.D.O.E.** con amonestación privada por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia. **ARTÍCULO CUARTO:** NEGAR la prescripción por cuanto de conformidad con las normales legales ésta solo se produciría el 25 de enero de 2020. **ARTÍCULO QUINTO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GERMÁN GAMARRA HERNANDEZ, Presidente – Magistrado; ARIEL IVÁN RUÍZ PARRA, Magistrado Ponente; HERNÁN JIMÉNEZ ALMANZA, Magistrado; JOSÉ MIGUEL SILVA HERRERA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y CLAUDIA LUCÍA SEGURA ACEVEDO, Abogada Secretaria.

Bogotá, seis (6) de febrero del año dos mil dieciocho (2018)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1400 DEL SEIS (6)  
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO (2018)**

**REF: Proceso No. 6530-Es del Tribunal seccional de Ética Médica De  
Bogotá**

**Denunciante: Señor L.M.S.S.**

**Contra: El Dr. A.J.S.P.**

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez  
Providencia No. 06-2018**

**VISTOS:**

Mediante providencia del 24 de abril de 2017 el Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá le impone al Dr. **A.J.S.P.** una sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de un mes por violación a los artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981.

Con fecha 28 de junio de 2017 el médico implicado interpone recursos de reposición y de apelación contra la providencia del 24 de abril de 2017. En esa misma fecha el Dr. **A.J.S.P.**, presenta una “solicitud especial de un dictamen pericial” para resolver un cuestionario de cinco puntos sobre el blefaroespasmó.

El 22 de noviembre de 2017 en sesión de sala plena, el tribunal seccional no repone la decisión del 24 de abril de 2017, niega el peritazgo por extemporáneo y concede el recurso de apelación para ante el tribunal Nacional de ética médica.

Con fecha 26 de enero de 2018 se recibe en esta corporación el expediente del proceso que consta de un cuaderno de 94 folios y en sesión de sala plena del día 30 de enero de 2018 es puesto para reparto, correspondiendo por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez.

## HECHOS

El señor **L.M.S.S.**, de 49 años para la época de los hechos, presentaba ptosis palpebral desde el año 2013; cuadro que se incrementaba con el paso de las semanas y progresaba durante el día llegándole a impedir la visión en horas de la tarde. Estudiado por oftalmología, no le encontraron lesiones, motivo por el cual se remitió al neurólogo. La atención fue dispensada por el medico institucional de COMPENSAR EPS.

Como antecedente de importancia, el paciente fue diagnosticado con VIH positivo desde hacía 13 años. Se encontraba en tratamiento con Lopinavir-Ritornavir, Tenofovir y Emtricitasbina. Al examen físico que le practicó el neurólogo en abril 4 de 2014, le encontró ptosis palpebral y fatiga muscular que se incrementaban con el ejercicio; el resto fue normal. Al paciente, se le diagnostico la enfermedad por VIH sin otra especificación, y miastenia gravis, y se le solicito una electromiografía, fibra única test de estímulo repetitivo y laboratorios.

En la consulta del 30 de mayo de 2014, se reportó la EMG normal, el estado físico y neurológico del paciente, no presentaba variaciones.

Se hizo entonces una impresión diagnóstica de un blefaroespasma y definió como 'tratamiento la inoculación de toxina botulínica , que fue aplicada el 13 de junio de 2014, 5 unidades. supra ciliares y 5 unidades. infra oculares. El 24 de junio siguiente, el paciente consultó nuevamente al médico por persistencia de la ptosis palpebral, dándole quince (15) días de incapacidad.

El señor **L.M.S.S.** manifestó en su queja que llevaba dos meses con la ptosis palpebral, sin que observara mejoría. Señaló que el facultativo no adelantó el proceso del consentimiento informado, ni le advirtió los riesgos a los que se sometía con el tratamiento y que generaron el resultado desfavorable.

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:

Asiste razón al tribunal seccional de Ética Médica de Bogotá al afirmar: “En este orden, encuentra la Sala que en el caso sub-examine el profesional disciplinado no dedicó el tiempo necesario a su paciente para hacer

una evaluación adecuada de su estado de salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente, tal como reza el Artículo 10 del Código de Ética Médica; pues lo cierto, es que con la sintomatología de ptosis palpebral, el médico encartado sospechó la entidad miastenia gravis, tal como lo anotó en la historia clínica e inició algunas evaluaciones previas con el fin de definir el diagnóstico; no obstante, se abstuvo el facultativo de completar la serie que le hubiera permitido confirmar o negar la presencia de la enfermedad con certeza científica, que es lo que se le reclama al médico especialista en neurología.” (folio 70 revés).

“Es claro que el disciplinado se conformó con unos resultados de unas pruebas iniciales, las que, por otra parte, no son específicas ni de ellas se deriva que el resultado normal indique que la noxa sospechada no existe. Tal como se señaló en la formulación de cargos, es importante resaltar que el Doctor S.P. se encontraba en presencia de un caso crónico de infección por VIH con más de 10 años de evolución, bajo tratamiento con variados medicamentos anti retrovirales conjugados, lo que requería una apreciación diagnóstica más específica por parte del especialista, aspecto que debía tener en cuenta para confirmar o descartar la posibilidad de diagnóstico alternativo de neuropatía dependiente de la infección. De tal manera, se le reprocha al disciplinado que ante un paciente VIH positivo con sospecha diagnóstica de miastenia gravis, realizada por el mismo neurólogo encartado, procedió, sin haber descartado de manera inequívoca la nueva noxa, a aplicarle toxina Botulínica (Botox) como remedio eventual a la ptosis progresiva que lo afectaba desde hacía varios meses y que era el motivo de consulta al especialista.

De lo anterior se deriva, que con su conducta, expuso al paciente a riesgos injustificados transgrediendo con su actuar el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981, ya que el doctor **A.J.S.P.**, decidió aplicar el medicamento sin contar con la certeza científica de que el paciente no padecía miastenia gravis, siendo la presencia de esta patología una de las contraindicaciones específicas para la aplicación del mencionado fármaco, tal como lo refiere la literatura médica y lo reconoció el mismo disciplinado, al ser interrogado en la audiencia de descargos (folio. 59).

“Por otra parte, en la declaración que rindió el quejoso, señaló que el doctor **A.J.S.P.** omitió explicarle las eventuales consecuencias de aplicarle la

toxina botulínica y no adelantó el proceso del consentimiento informado; y no le presentó para su firma el respectivo documento en el que debía constar la aceptación del paciente al procedimiento inoculador del botox que iba a realizarle. En otras palabras y atendiendo a lo que señala el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981, no pidió el consentimiento para aplicar al paciente los tratamientos que le afectarían física y psíquicamente, así como tampoco le explicó anticipadamente las posibles consecuencias y /o reacciones adversas de aplicarle el botox,” (folio 71).

“El Tribunal seccional insiste en que la obtención del consentimiento constituye, desde el punto de vista ético y legal, la manifestación de conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, expresada en pleno uso de sus facultades, después de recibir información adecuada, para que tenga lugar una actuación que va a afectar su salud y alterar sus manifestaciones de síntomas y de signos.” (folio 71).

Sobre el consentimiento informado anota el Magistrado Fernando Guzmán: “En el ámbito médico existe el consentimiento informado. Se trata de un elemento estructural de la relación médico- paciente en donde el galeno se encuentra sometido al deber de información y el paciente a tomar una decisión consciente y libre de aceptar o no someterse al acto médico propuesto, basado en la comunicación que se le haya suministrado. Esta debe ser previa, clara, completa, suficiente, adecuada y real para no vulnerar su libertad. El consentimiento se presenta como uno de los elementos indispensables del contrato de prestación de servicios y como medio idóneo para la manifestación de la voluntad del paciente que ha de estar exenta de vicios y que debe contar con plena validez para evitar su nulidad. Es por esa razón que se deben tener en cuenta condiciones mínimas como: la mayoría de edad, capacidad mental, concordancia entre lo querido y lo aceptado.” (Fernando Guzmán: Gaceta Jurisprudencial. Consentimiento Informado. En Imprenta).

La Sentencia SU 337-99 de la Corte Constitucional refiriéndose al consentimiento informado dice:

“No cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica: es necesario que el consentimiento del paciente reúna ciertas características, y en especial que sea libre e informado. Esto significa, en primer término, que la persona debe tomar su determinación sin coacciones ni engaños. Por ello, en segundo término, la decisión debe ser informada, esto es, debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el enfermo pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención

terapéutica, y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento. Finalmente, el paciente que toma la decisión debe ser lo suficientemente autónomo para decidir si acepta o no el tratamiento específico, esto es, debe tratarse de una persona que en la situación concreta goce de las aptitudes mentales y emocionales para tomar una decisión que pueda ser considerada una expresión auténtica de su identidad personal.”

Por último frente a la solicitud por parte del Dr. **A.J.S.P.**, de un dictamen pericial por parte de un médico especialista en Neurología, para que resuelva un cuestionario de cinco preguntas, concuerda esta superioridad con el tribunal seccional de Ética Médica de Bogotá, en que el mismo es extemporáneo y si se consideraba, debió haber sido solicitado dentro de la etapa probatoria, y no una vez proferido el fallo de fondo.

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

### **RESUELVA:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Confirmar la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá de sancionar al Dr. A.J.S.P., identificado con la cédula de ciudadanía número ..... de ... y Registro Médico número ..... de la ..... con la suspensión de un (1) mes en el ejercicio de la medicina, por la infracción de los artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta decisión no proceden recursos.

**ARTÍCULO TERCERO:** Devolver al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado Ponente – Presidente; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, trece (13) de febrero del año dos mil dieciocho (2018)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1401 DEL TRECE (13)  
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO (2018)**

**REF: Proceso No. 964 del Tribunal de Ética Médica de Caldas**

**Denunciante: Sres. G.A.P.V. y J.T.C.**

**Contra: Dr. J.B.D.B.**

**Asunto: Recurso de Apelación**

**Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney**

**Providencia No. 07-2018**

**VISTOS**

La Procuraduría General de la Nación, Regional Caldas remitió al Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas queja presentada el 11 de diciembre de 2012, y la cual fuera recibida por dicho Tribunal el 17 de enero de 2013 relacionada con presuntas faltas a la ética médica por mala valoración y formulación a un paciente sin examen médico previo. Se consideró posible transgresión de los artículos 10, 15 y 34 de la Ley 23 de 1981.

Mediante providencia del 3 de mayo de 2016, el Tribunal Seccional declaró que existían méritos para formular cargos al doctor **J.B.D.B.**, providencia que le fue notificada el 12 de mayo de 2016, se enviaron varias citaciones al médico implicado, por correo electrónico y edicto emplazatorio del 26 de enero de 2017, pero no compareció.

El primero de marzo de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional declararon persona ausente al doctor **J.B.D.B.** y le nombraron abogado de oficio.

El 30 de mayo rindió diligencia de descargos el apoderado del médico endilgado y presentó escrito de los mismos.

Mediante providencia del 10 de octubre de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional no aceptaron los descargos presentados por el apoderado del doctor **J.B.D.B.** y le impusieron sanción de Amonestación Escrita y Pública.

La providencia le fue notificada personalmente al apoderado del implicado el 3 de noviembre de 2017. El apoderado del doctor **J.B.D.B.** interpuso recurso de Apelación el 7 de diciembre de 2017.

Mediante auto del 21 de diciembre de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional concedieron el recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 24 de enero se recibió el expediente en esta Corporación y por medio de reparto le correspondió al magistrado Gabriel Lago Barney.

## HECHOS

La señora J.T.C., interpuso queja ante el Presidente de la Asociación de Usuarios Nueva EPS el 11 de diciembre de 2012 en la ciudad de Manizales, Departamento de Caldas, por insatisfacción en la atención médica del que fuera objeto su padre, señor L.O.T.C., de 65 años de edad para el momento de los hechos, quien consultó el 30 de octubre de 2012 por “*dolor torácico*” (sic), siendo atendido por el galeno **J.B.D.B.**, médico general, en la INSTITUCIÓN ANGIOGRAFÍA DE OCCIDENTE, SEDE SAN RAFAEL, quien, según la quejosa, lo remitió al odontólogo para el dolor en maxilar y le prescribió acetaminofén para el dolor torácico; recomendó suspender el deporte del ciclismo. Acudió a control asintomático el 14 de noviembre siendo atendido por la doctora T.AP.D., quien lo encontró sano; sin embargo, ordenó ayudas diagnósticas, cuyos resultados, por motivos de agenda, fueron interpretados por el galeno encartado el 22 del mismo mes quien, según la quejosa, le manifestó al paciente que tenía alto el colesterol y prescribió lovastatina. El 8 de diciembre de 2012 el paciente presentó un dolor muy fuerte por lo que acudieron al S.E.S. HOSPITAL DE CALDAS donde manifestó dolor precordial de cuatro meses de evolución que se presentaba asociado al ejercicio y mejoraba con reposo, éste se había reagudizado durante el último mes. La última semana antes del ingreso, la disnea era con menores esfuerzos, la duración era mayor y se asociaba a mareo e irradiación del dolor precordial a miembro superior

izquierdo. Se realizó diagnóstico de angina inestable e hipercolesteronemia, para la cual recibía lovastatina; lo ingresaron a hospitalización y realizaron electrocardiograma donde se observó onda Q en cara inferoposterior y septal, y por los niveles de troponina en 3.36 mcg/L, CPK MB de 35,8 U/L y CPK de 276 U/L, se procedió a la realización de los estudios complementarios en la unidad de cuidados intermedios donde ingresó con diagnóstico de Infarto agudo del miocardio tipo I SEST Killip I e hipertensión arterial de novo (147/85). Con los resultados de los estudios complementarios se determinó un compromiso de dos vasos no recuperable con angioplastia y “stents”. El paciente estuvo en la S.E.S. HOSPITAL DE CALDAS hasta el 11 de diciembre. El mismo día 11 de diciembre de 2012 le realizaron cateterismo en la FUNDACIÓN DEL CORAZÓN DE MANIZALES- DIACORSAS SUCURSAL FCV IC - MANIZALES, donde el médico cardiólogo intervencionista J.C.T.Q. diagnosticó: “1. *Cardiopatía isquémica F.E. 50% Aprox. (sic)*; 2. *Enfermedad coronaria severa de dos vasos*; 3. *Oclusión crónica de la arteria ascendente anterior* y 4. *Suboclusión de la arteria circunfleja*”; hallazgos con los cuales recomendó valoración urgente por cirugía cardíaca y recomendó anticoagulación hasta la realización del procedimiento final, el cual fue realizado el 17 de diciembre cuando se realizó anastomosis aorto coronaria de dos arterias coronarias y anastomosis simple de arteria mamaria- arteria coronaria por esternotomía. El diagnóstico post operatorio fue Enfermedad isquémica crónica del corazón. El paciente evolucionó en forma favorable y fue dado de alta el 20 de diciembre de 2012 con diagnósticos de: “*Infarto agudo del miocardio; postoperatorio de enfermedad coronaria severa de dos vasos, oclusión crónica de la arteria DA (descendente anterior), suboclusión de la arteria circunfleja 95%, cardiopatía isquémica FE 50%, Aproximadamente; e hipertensión esencial.*”

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Para comprender el caso sub judice se deben tener en cuenta tres elementos a saber.

El primero hace referencia a la queja, la cual fue interpuesta por la hija del paciente más de un mes posterior a los hechos que la motivaron, donde relató hechos sin haber estado presente, algunos de los cuales se contradicen con el testimonio que rindió bajo la gravedad del juramento ante el Tribunal A quo. Llamó la atención de este Tribunal, que una quejosa con

formación de tecnóloga en farmacia, quien trabajaba en una droguería para el momento de los hechos, confundiera en tal grado los medicamentos prescritos a su padre. Por su parte, el doctor **J.B.D.B.** indicó que la queja presentada a los entes de control del departamento por el señor G.A.P.V., presidente de la Asociación de Usuarios de la NUEVA EPS, seccional, se relaciona con problemas que él y otros galenos, entre ellos la esposa del médico encartado, habían tenido con el señor P., y por lo cual habían recibido amenazas de parte suya, consistentes en quejarse ante el Tribunal de Ética Médica. Llamó la atención de esta Colegiatura, que el paciente, siendo tan activo y viéndose tan afectado no presentara la queja ni fuera llamado a rendir testimonio. Del mismo modo, la insistencia en la queja y en el testimonio, sobre el deterioro progresivo del paciente, lo cual se desvirtuó al revisar la atención que le dispensara la doctora T.A.P.S. el día 14 de noviembre, es decir, 15 días después.

Un segundo elemento de análisis hace referencia a la atención dispensada por el doctor **J.B.D.B.** al señor T.C.. El paciente tenía una historia de fumador pesado de los 10 a los 52 años de edad. Fue valorado por el galeno encartado el 30 de octubre de 2012 cuando consultó por: *“dolor torácico (sic)”*. En esa ocasión, en el acápite de enfermedad actual el galeno encartado registró: *“Pte(sic) refiere que hace -15 - (sic) días viene con dolor retroexternal (sic) y se le exacerba al realizar cualquier actividad física.”* El paciente en esa consulta tenía un índice de masa corporal de 23.88 con circunferencia abdominal de 92 cm, y una tensión arterial de 130/70, con un pulso en 89 latidos por minuto. Al examen físico no registró hallazgos fuera de lo normal. Con base en los hallazgos diagnosticó. *“M940 Síndrome de articulación condrocostal (Tietze)”*; y procedió a prescribir acetaminofén, metocarbam y tiamina. En el aparte de Resumen y comentarios registró: *“Pte (sic) con dolor retroexternal (sic), se le explica las medidas generales de PYP para mejorar la calidad de vida y los hábitos saludable (sic)”* (Folio 17). El doctor **J.B.D.B.**, teniendo en cuenta la edad del paciente debió profundizar en los antecedentes con los cuales, por ejemplo, con la historia de haber sido un fumador pesado de larga data, pudiera haberse hecho una mejor idea del estado de salud y los factores de riesgo del paciente. Al no haber sido sigiloso en indagar los antecedentes, le faltó dedicación suficiente a su paciente, por lo que con su actuación transgredió el artículo 10 de la Ley 23 de 1981; *“El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indi-*

*car los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.”*

Para el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), la enfermedad coronaria, o enfermedad de las arterias coronarias, se relacionan con la hipertensión, el hecho de fumar, aumento en el colesterol y la diabetes. El riesgo aumenta con la presencia de sobrepeso u obesidad, la poca actividad, la alimentación poco saludable y tener más de 45 años de edad. El signo más frecuente es el dolor torácico conocido como angina que representa la falta de oxigenación adecuada del músculo cardíaco; ésta se puede acompañar de dolor irradiado a mandíbula, cuello, hombros, brazos y espalda. Aumenta con la actividad y el estrés y disminuye con el reposo. Se diagnostica con un electrocardiograma, entre otras ayudas diagnósticas, como las solicitadas en este caso. De acuerdo a lo avanzado del cuadro clínico hay varias posibilidades de intervención como las que fueron empleadas en forma progresiva y diligente en el caso in comento. Es así como el doctor **J.B.D.B.**, al no realizar una indagación sobre los antecedentes de manera más minuciosa y no darle el valor suficiente a los factores de riesgo, síntomas ni signos clínicos que presentaba el paciente transgredió el artículo 15 en su primera parte: *“El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados.”*

Sin embargo, se debe destacar que en el control realizado el 14 de noviembre de 2012, es decir 15 días después de la atención que le brindó el doctor **J.B.D.B.**, la doctora T.A.P.S. atendió al paciente T.C., quien negó antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, y no se encontraba fumando; negó antecedentes personales y familiares de importancia, dolor precordial u otros síntomas. Para ese momento convivía con la hija y no estaba laborando. A la revisión por sistemas no refirió sintomatología cardiovascular; el examen físico fue registrado como normal, excepto por la masa corporal de 23.88 ; el diagnóstico registrado por la galena fue *“Z000 Examen médico general; detección alteraciones del adulto.”* Como conducta se realizaron indicaciones para mantener estilo de vida saludable, evaluación periódica de los testículos, dieta, y se solicitó glicemia, perfil lipídico, creatinina sérica y uroanálisis. Este registro contradice lo manifestado por la hija del paciente en su queja al manifestar que la sintomatología fue persistente; y lo declarado bajo juramento, al manifestar que con la medicación el paciente empeoró. Tampoco obra en el expediente

registro de la supuesta remisión a odontología para el manejo del dolor mandibular, como lo manifestó la quejosa ante el Tribunal A quo.

El tercer elemento para el análisis hace referencia al registro de la información del paciente en la historia clínica. Dentro de las copias de historia clínica enviadas por la institución no obra un registro correspondiente a una consulta para la lectura de los laboratorios del señor T.C. solicitados por la doctora P.S.; sin embargo, en versión libre que rindió el doctor **J.B.D.B.** el día 16 de septiembre de 2015 manifestó que a los médicos les asignaban una hora para lectura de exámenes y por solicitud del doctor Á.G., Coordinador Médico, el día 22 de noviembre realizó, como una actividad extra, la lectura de exámenes del paciente L.O.T.C.; procedió a formular la lovastatina con base en los resultados de los laboratorios solicitados por la doctora P.S. el día 14 de noviembre de 2012; igualmente, manifestó que las historias clínicas permanecían abiertas para el registro de los resultados de laboratorio. A folio 19 del expediente se observa que la doctora P. en el acápite *“Resumen y comentarios”*, entre otras cosas registró: *“Control con resultados”* y dentro de la misma atención con fecha 14 de noviembre, se registraron los resultados de laboratorio: Colesterol de alta densidad 46 mg/dL, colesterol de baja densidad 188 mg/dL, colesterol total 278 mg/dL, creatinina sérica: 1,24 mg/dL, glucosa en suero 124 mg/dL, triglicéridos 223 mg/dL; uroanálisis: turbio, densidad 1017, pH 6.0, sedimento con células epiteliales bajas, bacterias escasas.

Es de anotar que estos laboratorios fueron procesados, según el registro, en la historia clínica el 16 de noviembre y los resultados fueron ingresados a la historia clínica el 22 de noviembre, dentro de la misma atención que realizó la doctora T.A.P.S. el día 14 de noviembre de 2012, lo cual es a todas luces una irregularidad que debe ser estudiada por la autoridad competente.

De aquí se infiere, que hubo una consulta informal promovida por la Institución, en la cual se prescribió medicación a un paciente, sin examinarlo y se registró la información de los resultados de laboratorio y de la prescripción con fecha 14 de noviembre, es decir, en el mismo registro se anotó la atención de la doctora P., el trabajo del personal de laboratorio sin saber quién procesó los mismos, y el resultado anotado por el galeno endilgado en la misma atención de la doctora P., lo que explica que no obre en el expediente la atención brindada al paciente el día 22, ni las advertencias que

en ella se dieron. Este mecanismo de manejo de la historia clínica debe ser aclarado por la Institución. Es por lo anterior que este Tribunal no puede atribuir la falta del registro de la segunda atención al galeno endilgado. Sin embargo, en la primera atención, es decir, la del 30 de octubre de 2012, debió registrar los antecedentes del paciente que le hubieran permitido precisar el diagnóstico y tomar una conducta acertada, faltando así a la obligación del médico de confeccionar una historia clínica completa, que como su nombre lo indica, da cuenta de la historia y estado de salud de una persona y sirve de registro histórico para que en el futuro el galeno, o uno de sus colegas, pueda dar cuenta de los padecimientos del paciente y, con base en la información allí registrada, esté en capacidad de narrar al paciente, su familia, a los colegas y a la ciencia el transcurrir de la vida de una persona en lo relacionado con el proceso salud enfermedad. Al no corresponder a este mandato, omitiendo realizar preguntas pertinentes a la salud de su paciente y no registrar en consecuencia dicha información, el doctor **J.B.D.B.** transgredió el artículo 34 en la parte pertinente: *“La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente.”*

Así las cosas, considera esta Corporación que el doctor **J.B.D.B.** con su actuación transgredió los artículos 10, 15 y 34 de la Ley 23 de 1981 al no dedicar el tiempo suficiente a su paciente, exponerlo a un riesgo innecesario y no realizar el registro obligatorio de las condiciones de salud de su paciente, respectivamente.

Del mismo modo, considera esta Corporación que se debe investigar, por la autoridad competente, las condiciones que llevaron a interponer la queja en el momento que se presentó y el papel del señor G.A.P.V., presidente de la Asociación de Usuarios de la NUEVA EPS, seccional, en la misma.

Finalmente, se debe aclarar por la autoridad competente, la irregularidad identificada en el registro de las ayudas diagnósticas en la historia clínica y la toma de conducta correspondiente en la institución Angiografía de Occidente sede San Rafael.

Este Tribunal en uso de las facultades que le confiere la Ley

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Confirmar como en efecto confirma, la sanción de Amonestación Escrita y Pública impuesta al doctor **J.B.D.B.** por el Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas, por la transgresión de los artículos 10, 15 y 34 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Remitir copias a la Superintendencia de Salud para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** : Ante la presente decisión no cabe recurso alguno. **ARTÍCULO CUARTO:** Remitir el expediente al Tribunal A quo para lo pertinente. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, siete (07) de febrero del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1353 DEL SIETE (07)  
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

**REF: Proceso No. 3077 del Tribunal Seccional de Ética Médica de  
Cundinamarca**

**Denunciante: J.D.R.**

**Contra: Drs. A.B.R. y L.R.G.V.**

**Providencia No. 10-2017**

**Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney**

**VISTOS**

El Señor J.D.R., presentó queja el 28 de abril de 2015 en el Tribunal de Cundinamarca por la atención que le fuera dispensada a su esposa señora A.E.J.O (q.e.p.d.) por presunto mal diagnóstico y atención inadecuada de parte de los doctores A.B.R. y L.E.G.V.

La providencia les fue notificada por medio de correo electrónico el primero de agosto de 2016. El 30 de agosto rindió diligencia de descargos el Doctor A.B.R. y el 27 de septiembre la doctora L.R.G.V.

El 11 de octubre se decretaron las pruebas solicitadas por la defensa. Pero es preciso aclarar que habiendo aportado prueba documental, petición para la práctica de testimonios y el interrogatorio de parte del quejoso J.D.R.H., el Tribunal de primera instancia ordenó la recepción del antes mencionado y no como se había solicitado, que se decretara el interrogatorio de parte.

El defensor de la Dra. L.R.G.V., interpuso el recurso de reposición contra la anterior decisión y en subsidio, el recurso de apelación, para que en lugar de recepcionar el testimonio del quejoso señor J.D.R.H., se decrete el interrogatorio de parte del mismo ciudadano.

Por auto del 8 de noviembre de 2016, el Tribunal de Ética de Cundinamarca negó la reposición interpuesta y concedió el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional, donde se recibió el expediente el 21 de noviembre correspondiendo al Magistrado Gabriel Lago Barney mediante reparto.

## HECHOS

La Señora E.J.O (q.e.p.d.) de 35 años de edad para el momento de los hechos tenía una historia de cefalea, dolor torácico atípico y sobrepeso con índice de masa corporal de 25.

En noviembre de 2012, a la edad de 32 años, consultó por dolor torácico a la Doctora C.Y.O., médica general, en la E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR de UBATÉ, quien solicitó electrocardiograma, con el cual recomendaron descartar cardiopatía (Folio 55 y 55 Vto cuaderno 1) En agosto de 2013 se confeccionó el diagnóstico de dislipidemia presentando cifras elevadas de triglicéridos y colesterol por lo que prescribió lovastatina.

El día miércoles 18 de marzo de 2015 presentó dolor, aparentemente precordial con irradiación a miembros superiores y síntomas disautonómicos para los cuales ingirió Atorvastatina en la noche. Por persistencia de la sintomatología el 19 del mismo mes, según el esposo, tomó naproxeno presentando un episodio de alteración del estado de conciencia transitorio asociado a sialorrea por lo que consultaron al servicio de urgencias en el Centro de Salud de Simijaca.

En el centro de Salud fue atendida por el médico A.B.R., quien se encontraba realizando el servicio social obligatorio. El galeno en mención envió a la casa con prescripción e indicaciones. La paciente consultó nuevamente al HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ E.S.E. donde fue atendido inicialmente por la Doctora L.R.G.V. Poco tiempo después de la atención la paciente presentó un síncope y se documentó un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Fue necesaria la entubación, colocación de catéter central, reanimación cerebro-cardio-pulmonar y posterior remisión a la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS de la FUNDACIÓN FINSEMA. UCI BOGOTÁ donde falleció el día el día 24 de marzo de 2015 a las 9:15 a.m.

## RESULTANDOS Y CONSIDERACIONES

En la sustentación del recurso el defensor expone entre otras razones las siguientes:

“ La inconformidad que expresa la parte de la defensa que represento, consiste que si bien es cierto se han decretado la totalidad de las pruebas solicitadas, lo que respecto al señor J.D.R.H. es el decreto del interrogatorio de parte que deberá absolver, como así ha sido peticionado, mas no recepcionarle como testigo.

La inconformidad entonces del recurrente radica en que se haya decretado la prueba solicitada no como interrogatorio de parte, sino, como la recepción de un testimonio.

En la decisión de primera instancia, con muy buen criterio se sostuvo que el interrogatorio de parte es propia de los procesos civiles y que no puede aplicarse la legislación civil analógicamente al proceso disciplinario.

Igualmente se sostuvo y con acierto que el quejoso no es parte dentro del proceso disciplinario, y en criterio que no compartimos afirma finalmente, que el denunciante por ese solo hecho no adquiere la calidad de parte, ni tampoco se convierte en testigo.

Efectivamente, el interrogatorio de parte, es una prueba especial, propia de los procesos civiles, que aparece consagrada en el Código General del Proceso, - Ley 1564 de 2012-, en su artículo 184 en el que se dispone:

“ **ARTÍCULO 184. INTERROGATORIO DE PARTE.** Quien pretenda demandar o tema que se le demande podrá pedir, por una sola vez, que su presunta contraparte conteste el interrogatorio que le formule sobre hechos que han de ser materia del proceso. En la solicitud indicará concretamente lo que pretenda probar y podrá anexar el cuestionario, sin perjuicio de que lo sustituya total o parcialmente en la audiencia.

Es bien sabido que el proceso disciplinario ético médico se rige por las disposiciones de la Ley 23 de 1981, y de conformidad con el artículo 82 de la norma citada, en los vacíos existentes en ella, se acudirá al Código de Procedimiento Penal. La norma citada dispone:

“ **ARTICULO 82.** En lo no previsto en la presente Ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

En las anteriores circunstancias es preciso destacar que el peticionario y recurrente se equivoca al hacer esta petición, que es exótica, en el ámbito

de un proceso, que rige su adelantamiento por la ley antes citada y por el Código de Procedimiento Penal.

Nos parece, por el contrario, que la primera instancia de manera generosa y garantista interpretó el querer del peticionario y decretó la prueba solicitada, el testimonio del quejoso, porque le era legalmente imposible decretar una prueba que es ajena a éste tipo de procedimientos.

Si el propio peticionario reconoce expresamente: “ ..... si bien es cierto se han decretado la totalidad de las pruebas solicitadas,.....”, la decisión de la primera instancia ha debido ser de no aceptar la reposición propuesta y negar el recurso de apelación, porque desde siempre en la historia de nuestra legislación procesal penal,<sup>1</sup> los únicos autos que son apelables en materia probatoria son los que niegan pruebas, pero no los que las decretan;

<sup>1</sup> **Decreto 050 de 1987.**

“ Artículo 206. Providencias apelables. Son apelables:

A En el efecto suspensivo, la sentencia y los siguientes autos:

1. El que corrige el error aritmético en la sentencia.
2. El que decreta nulidad en la etapa de juzgamiento.
3. El que ordena la cesación de procedimiento, cuando comprenda todos los hechos punibles y a todos los copartícipes.
4. El auto inhibitorio.
5. El proferido con posterioridad a la decisión ejecutoriada que ponga fin al proceso.
6. El que decide sobre la acumulación de procesos.
7. La resolución de acusación o la que modifique la calificación jurídica provisional.

B ) En el efecto diferido, los siguientes autos:

***1 El que deniegue la admisión o práctica de alguna prueba solicitada oportuna mente en el juicio.***

- 2 El que ordene la cesación de procedimiento cuando no comprenda todos los punibles investigados ni a todos los copartícipes.
- 3 El que ordene el desembargo de bienes o reducción del embargo, a menos que esté comprendido en providencia cuya apelación deba surtirse en el efecto suspensivo.
- 4 El que disponga la entrega de bienes a una de las partes o a terceros, cuando haya oposición o las partes sustenten pretensiones diferentes sobre ellos.
- 5 El que revoque el reconocimiento de la parte civil.

C ) En el efecto devolutivo:

Todas las demás providencias, salvo que la ley provea otra cosa.

**Decreto 27000 de 1991. ART. 204. Providencias apelables.** Sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones de este código, son apelables:

a) En el efecto suspensivo la sentencia y las siguientes providencias:

- 1.La que corrige el error aritmético en la sentencia.
- 2.La que decreta nulidad en la etapa de juzgamiento.
- 3.La que ordena la cesación de procedimiento, cuando comprenda todos los hechos punibles y a todos los copartícipes.

con la única excepción del auto que decreta la prueba anticipada que si es apelable.

En la Ley 906 lo relacionado con el recurso de apelación se regula de la siguiente manera:

- 
4. La resolución inhibitoria.
  5. La que califica la investigación.
  6. La proferida con posterioridad a la decisión ejecutoriada que haya puesto fin a la actuación procesal.
  7. La que decide sobre la acumulación de procesos;
  - b) En el efecto diferido:

**1. La que deniegue la admisión o práctica de alguna prueba solicitada oportunamente.**

2. La resolución de preclusión de la investigación y el auto que ordene cesación de procedimiento cuando no comprendan todos los hechos punibles investigados, ni a todos los copartícipes.

3. La que ordene desembargo de bienes o reducción del embargo, a menos que esté comprendido en providencia cuya apelación deba surtirse en el efecto suspensivo.

4. La que disponga la entrega de bienes a una de las partes o a terceros, cuando haya oposición o las partes sustenten pretensiones diferentes sobre ellos.

5. La que revoque el auto admisorio de la parte civil, y

c) En el efecto devolutivo:

Todas las demás providencias, salvo que la ley provea otra cosa.

**Ley 600 de 2000. ARTICULO 193. EFECTOS DE LAS PROVIDENCIAS APELADAS.**

Sin perjuicio de lo señalado en otras disposiciones de este código, los recursos de apelación se concederán en los siguientes efectos:

a) En el suspensivo la sentencia y las siguientes providencias:

1. La que corrige el error aritmético en la sentencia.

2. La que decreta nulidad en la etapa de juzgamiento.

3. La que ordena la preclusión de la investigación o la cesación de procedimiento, cuando comprenda todas las conductas punibles y a todos los autores y partícipes.

4. La resolución inhibitoria.

5. La que califica la investigación.

6. La proferida con posterioridad a la decisión ejecutoriada que haya puesto fin a la actuación procesal.

b) En el diferido:

**1. La que deniegue la admisión o práctica de alguna prueba solicitada oportunamente.**

2. La que ordena la preclusión de la investigación o la cesación de procedimiento, cuando no comprendan todas las conductas punibles investigadas, ni a todos los autores o partícipes.

3. La que ordene desembargo de bienes o reducción del embargo, a menos que esté comprendido en providencia cuya apelación deba surtirse en el efecto suspensivo.

4. La que disponga la entrega de bienes a una de las partes o a terceros, cuando haya oposición o las partes sustenten pretensiones diferentes sobre ellos.

5. La que revoque la providencia admisorio de la parte civil, y

c) En el devolutivo:

Todas las demás providencias, salvo que la ley provea otra cosa.

“**ARTÍCULO 177. EFECTOS.** Artículo modificado por el artículo **13** de la Ley 1142 de 2007. El nuevo texto es el siguiente: La apelación se concederá:

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

1. La sentencia condenatoria o absolutoria.
2. El auto que decreta o rechaza la solicitud de preclusión.
3. El auto que decide la nulidad.
4. *El auto que niega la práctica de prueba en el juicio oral;* y
5. El auto que decide sobre la exclusión de una prueba del juicio oral.

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

1. El auto que resuelve sobre la imposición, revocatoria o sustitución de una medida de aseguramiento.
2. El auto que resuelve sobre la imposición de una medida cautelar que afecte bienes del imputado o acusado.
3. El auto que resuelve sobre la legalización de captura.
4. El auto que decide sobre el control de legalidad del diligenciamiento de las órdenes de allanamiento y registro, retención de correspondencia, interceptación de comunicaciones o recuperación de información dejada al navegar por Internet u otros medios similares
5. El auto que imprueba la aplicación del principio de oportunidad en la etapa de investigación; y
6. El auto que admite la práctica de la prueba anticipada. ( Lo destacado no lo es en el texto).

Debe la Corporación rechazar la afirmación rotunda que se hace en la providencia recurrida, cuando se sostiene que el denunciante no puede ser parte y tampoco testigo.

Estamos perfectamente de acuerdo que el denunciante no es, ni puede ser parte dentro del proceso disciplinario, pero eventualmente puede llegar a ser testigo, cuando es presencial de los hechos motivo de investigación o cuando le consta cualquier aspecto relacionado con los mismos o con sus circunstancias.

De conformidad con los precedentes argumentativos, esta Corporación se abstendrá de pronunciarse sobre la apelación interpuesta subsidiariamente porque como ya se dijo, las decisiones que decretan las pruebas solicitadas no tienen el recurso de apelación.

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

---

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO:** ABSTENERSE de hacer cualquier pronunciamiento sobre la providencia recurrida, porque como se consideró en la parte motiva de ésta decisión, los autos que decretan las pruebas solicitadas, no son susceptibles de ser recurridos en apelación. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta decisión no proceden recursos. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, febrero veinticuatro (24) del año dos mil quince (2015)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1260 DEL VEINTICUATRO (24)  
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015).**

**REF: Proceso No. 011-284, Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño  
Contra: Doctor H.F.A.T.  
Denunciante: Señora M.L.M.C.  
Asunto: Recurso de Apelación**

**Magistrado ponente: Doctor Juan Mendoza Vega  
Providencia No. 11-2015**

**VISTOS**

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño, en sesión de Sala Plena del 26 de enero de 2015, resolvió no reponer su decisión del 19 de mayo de 2014 y concedió la apelación interpuesta en subsidio, por lo que envió las diligencias a este Tribunal Nacional para lo de competencia.

Recibido el expediente el 5 de febrero de 2015, fue puesto para reparto en Sala del 10 de febrero y correspondió por sorteo al magistrado Juan Mendoza-Vega.

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

**HECHOS**

El día 12 de octubre de 2011 la gerente de la ESE Centro de Salud Hermes Andrade Mejía del municipio de Tangua, Nariño, señora M.L.M.C., envió al Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño una queja contra el doctor F.A., quien según escrito presentado por el médico Y.G.G. y que se adjuntó a la queja, habría practicado un procedimiento endoscópico a una enferma

en las instalaciones del mencionado centro de salud, sin tener autorización ni las condiciones adecuadas para ello.

De acuerdo con el relato del médico Granada, quien cumplía labores de Servicio Social Obligatorio en la institución dicha, el día 13 de septiembre de 2011 hacia las ocho de la noche se presentó en las instalaciones del centro de salud “el Dr. F.A...y...preguntando por la paciente B.C.R.H., identificada con CC ... que se encontraba en el servicio de observación con un diagnóstico de hematemesis a estudio (sic)”. Tras oír las explicaciones del médico Granada, el doctor A. decidió realizar endoscopia de vías digestivas altas (sic), “procedimiento no autorizado en el nivel de atención” del centro de salud; el profesional de turno anotó en la historia clínica, con fecha 13/09/2011 y hora 08:07 PM, “paciente que se le realiza endoscopia (sic) por el dr. A. sin autorización del médico tratante, además de ser un servicio que no está autorizado para realizar en la institución”, agregando que no se hacía responsable “por lo que pueda pasar con la paciente”.

El tribunal seccional aceptó la queja y abrió investigación preliminar, para la cual empezó por citar reiteradamente a versión libre al doctor F.A., sin que se lograra respuesta alguna de su parte. Transcurridos cuatro meses de tales esfuerzos fallidos, el tribunal seccional solicitó a los consultorios jurídicos de la Universidad de Nariño que designara defensor de oficio para el médico investigado, como en efecto se hizo y se prosiguió con dicho defensor la investigación. Como inicialmente se tuvo información de que el doctor A. podía no ser médico ni especialista porque no se encontraron datos suyos en los registros oficiales, el tribunal de primera instancia solicitó y obtuvo del Instituto Departamental de Salud de Nariño los datos concretos de identificación del doctor H.F.A.T., de su grado en medicina y sus estudios de especialización en gastroenterología realizados en México y debidamente validados en Colombia, así como de su ausencia del país y su voluntad de someterse a la investigación disciplinaria iniciada. En diciembre de 2012 el informe de conclusiones sugirió formular cargos por presuntas faltas contra los artículos 29, 33, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981, y así lo hizo la corporación en Sala Plena del 21 de enero de 2013. Los descargos fueron rendidos por escrito el 18 de marzo de 2013, con la firma del defensor de oficio y sus argumentos giraron en torno de una afirmación tajante: el doctor A. no realizó endoscopia alguna a la paciente C.R. en el centro de salud de Tangua, se limitó allí a advertir la necesidad de tal procedimiento y la citó a su consultorio de la ciudad de Pasto, donde días

después “realizó la endoscopia de forma gratuita” (folio 99 recto); así las cosas, no hubo falta contra ninguna de las disposiciones mencionadas en el pliego de cargos por cuanto no existió el acto imputado al disciplinado; el médico de turno afirmó en sus declaraciones lo contrario, es decir, que sí se practicó el mencionado procedimiento, afirmación que quedó registrada en la historia clínica y que acoge la firmante de la queja aunque ella no estuvo presente en el momento de los hechos. En la misma diligencia de descargos y como apoyo a su afirmación, el disciplinado por intermedio de su defensor solicitó el testimonio de la enferma atendida, pero el tribunal seccional no logró obtener dicho testimonio, aunque sí decretó oportunamente su práctica y efectuó la comisión conducente.

En Sala Plena del 19 de mayo de 2014, el tribunal de primera instancia decidió no aceptar los descargos presentados por el médico disciplinado, al que sancionó con suspensión por dos (2) meses en el ejercicio profesional. Contra esta providencia, debidamente notificada, presentó dentro de términos el defensor del doctor A. los recursos de reposición y en subsidio apelación; fue negado el primero y concedido el segundo, que ahora se resuelve en la presente providencia.

## **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS**

Para este Tribunal Nacional, es evidente que el argumento central presentado por la defensa en la diligencia de descargos, vale decir, la afirmación de que el disciplinado no realizó endoscopia alguna a la señora B.C.R.H., en el centro de salud del municipio de Tangua el día de autos, afirmación que reitera el defensor en la sustentación de su recurso de apelación, no fue debidamente valorada por el tribunal de primera instancia, el que tampoco consideró la posible duda razonable planteada al respecto. En la escueta nota de la historia clínica no se aclaran, como tampoco lo hace en su declaración juramentada el doctor G.G. (folio 30 recto), pormenores de la endoscopia presuntamente realizada por el doctor A., con excepción de la frase “entra con sus cosas y procede hacer (sic) tal procedimiento”, la cual no aclara si el testigo estuvo presente durante la endoscopia. En esta forma, no se ha solucionado la duda razonable planteada por las afirmaciones diametralmente opuestas y contradictorias que hacen el disciplinado y quien suscribe el documento en que se basa la queja, duda que deberá resolverse ahora por el respetado principio del *in dubio pro reo*.

Al no poderse afirmar con certeza que existió el acto acusado, pierden asidero los reproches por las presuntas faltas contra los artículos 33, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981, pues ciertamente no hay obligación alguna de registrar en la historia clínica un acto inexistente. Quedaría tan solo la presunta falta contra el artículo 29, por tratos impropios al colega que estaba en condición de médico tratante por ser el encargado del servicio de urgencias donde sucedió todo el episodio; a este respecto, es pertinente el argumento del recurrente cuando alega que su defendido no pudo controvertir las afirmaciones de quien lo acusaba porque la diligencia testimonial respectiva no le fue comunicada a la defensa; sin embargo, hay constancia en el expediente de que el tribunal seccional intentó reiteradamente que el doctor A., se presentara ante él, sin que hubiera respuesta de ninguna clase, lo que evidentemente constituye actitud despectiva o desdeñosa hacia el despacho citador; merece sanción por el trato desobligante hacia el colega, aunque no tan severa como la aplicada y recurrida.

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

### RESUELVA

**ARTÍCULO PRIMERO:** Revocar parcialmente, como en efecto revoca, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño, por la cual se sancionó al doctor H.F.A.T. con suspensión de dos (2) meses en el ejercicio profesional, e imponerle en cambio la sanción de **censura escrita pero privada**, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, seis (06) de febrero del año dos mil diecinueve (2019)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1445 DEL SEIS (06)  
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

**REF: Proceso No. 2015-150 del Tribunal de Ética Médica del Huila**

**Fecha de los hechos: 2 de marzo de 2015**

**Médico investigado: Dr. A.L.B.**

**Institución: Oftalmolaser Sociedad de Cirugía del Huila S.A.**

**Denunciante: O.M.A.**

**Magistrado Ponente: Ariel Iván Ruiz Parra**

**Providencia No. 12-2019**

**VISTOS**

El 5 de mayo de 2015 se radicó en el Tribunal de Ética Médica Seccional Huila, copia de la queja que presentó el señor **O.M.A.** ante la Defensoría del Pueblo Regional Huila, en la que denuncia presuntas irregularidades en la atención brindada por el Dr. **A.L.B.**

El 23 de noviembre de 2016 el Tribunal de Ética Médica Seccional Huila emite su primera providencia formulando el pliego de cargos en contra del Dr. **A.L.B.**

El 28 de noviembre de 2018 el Tribunal de Ética Médica Seccional Huila emite la segunda providencia en la cual en el artículo **TERCERO** resuelve imponer al Dr. **A.L.B.**, sanción disciplinaria de Censura Escrita y Pública por infracción a los deberes contenidos en los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981.

El 14 de diciembre de 2018 el abogado de oficio radicó ante el Tribunal de Ética Médica Seccional Huila el recurso de apelación, el cual fue recibido en el Tribunal Nacional de Ética Médica el 23 de enero de 2019.

Por sorteo en Sala Plena del 30 de enero de 2019 le corresponde al Magistrado Ariel Iván Ruiz Parra.

Se procede a resolver el recurso de apelación luego de hacer el análisis documental.

## HECHOS

El 5 de mayo de 2015 se radicó en el Tribunal de Ética Médica Seccional Huila, copia de la queja que presentó el señor **O.M.A.** ante la Defensoría del Pueblo Regional Huila, en la que denuncia presuntas irregularidades en la atención brindada por el Dr. **A.L.B.**. De acuerdo con la queja, en consulta realizada el día dos (2) de febrero de 2015, el Dr. L. le prescribió una dosis inapropiada de trimetoprim + sulfametoxazol (160/800 mg 12 tabletas cada 12 horas), además de prednisolona en tabletas y prednisolona + fenileefrina en suspensión oftálmica para el tratamiento de uveítis activa del ojo izquierdo. Refiere el quejoso que inició el tratamiento esperando el mejor resultado, pero doce horas después de iniciado el tratamiento se sintió muy mal, presentando mareos, escalofrío y sudor frío por lo que debió ausentarse del trabajo. En la casa el quejoso presentó vómito y siguió en las mismas condiciones, sin tener “alientos ni para ir al hospital...” por lo que consultó a un familiar médico quien le manifestó su sorpresa por la dosis de trimetoprim + sulfametoxazol que le estaban suministrando. En los días siguientes se sentía débil y no podía comer. Estuvo en estas condiciones durante aproximadamente 20 días y asistió nuevamente al médico general quien le dijo que la sobredosis del medicamento había afectado hígado, intestino y riñón (folio 003). Agrega el quejoso que el médico que lo “sobremedicó” nunca lo interrogó sobre el estado de salud y en aquellos días había presentado chincunguña (folio 005).

En la revisión de la historia clínica en sus apartes pertinentes a la queja presentada, se encuentra que el señor **O.M.A.** consultó el día dos (2) de marzo de 2015 a las 7:57 am, al Dr. **A.L.B.**. La nota de la historia clínica (folio 012) consigna “Evolución y control oftalmológico: AV de 20/20 y pl cornea coara no catarata corioretinitis en ojo izquierdo macular”. En el análisis se consigna: corioretinitis. Se deja como plan de manejo prednisolona y bactrim, y se señala como signo de alarma la “baja súbita de la av”. El diagnóstico que se establece es el de cicatrices coriorretinianas (código CIE H310). Se prescribe (folio 012):

Prednisona 5 mg tableta 8 tabletas cada 12 horas, cantidad 5 Trimetoprim + sulfametoxazol (160+800) 12 tabletas cada 12 horas, cantidad 960 Prednisolona + fenilefrina al 1% suspensión oftálmica 1 gota cada 3 horas.

El 6 de marzo de 2015 consulta a la Dra. K.V.M.L., retinóloga de la Fundación Oftalmológica Nacional de la ciudad de Bogotá. En la historia clínica se consigna en los apartes correspondientes al motivo de consulta y enfermedad actual (folio 016): “ACUDE POR PRIMERA VEZ, REFIERE ANTECEDENTE DE UVEITIS OI DX HACE 2 AÑOS TRATADO CON TABLETAS, GOTAS, INYECCIONES DE KENALOG SUNCONJUNTIVAL CON MEJORA VISUAL. REFIERE DISMINUCION DE LA VISION OI HACE 8 MESES APROXIMADAMENTE. HACE 4 DIAS LE INICIA PREDNISOLONA 5MG 8 TABLETAS CADA 12 HORAS Y BACTRIM 160/800 MG “12 TABLETAS CADA 12 HORAS” SEGUN FORMULA Y PREDNISOLONA+FENILEFRINA CADA 3 HORAS. REFIERE POSTERIOR A VÓMITOS LUEGO DE LAS 12 TABLETAS DE BACTRIM, SUSPENDIERON TRATAMIENTO ORAL”. En esa ocasión le encuentran cicatriz retinocoroidea a nivel de la arcada temporal superior del ojo izquierdo de 3X3DD MP activa y otra lesión de 1/4 DD parafoveal temporal superior con actividad. Se establece el diagnóstico de oculopatía debida a toxoplasma (código CIE B580). La Dra. M. le solicita anticuerpos IgG e IgM antitoxoplasma y le prescribe (folio 015):

Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg una tableta cada 12 horas por 4 semanas Clindamicina 300 mg una tableta vía oral cada 8 horas por 4 semanas Prednisona 5mg 8 tabletas vía oral en el desayuno por 5 días Prednisolona una gota cada 4 horas en ojo izquierdo.

En observaciones se consigna en esta consulta del 6 de marzo de 2015: “SE EXPLICA NECESIDAD DE TRATAMIENTO VIA ORAL. POSIBLES EFECTOS ADVERSOS COMO DIARREA O RASH” (folio 017).

El día 10 de abril de 2015 el señor **O.M.A.** asistió a control con la Dra. **K.V.M.L.** de la Fundación Oftalmológica Nacional. Además de los hallazgos del examen oftalmológico se consignan en el aparte correspondiente de la historia clínica los resultados de anticuerpos antitoxoplasma: IgG 103 e IgM 0.06 (folio 020).

## ACTUACIÓN PROCESAL

El día 12 de mayo de 2015 el Magistrado Instructor, Dr. **GUILLERMO CABRERA FALLA**, emitió el auto de apertura de indagación preliminar contra el Dr. A.L.B. y se decretó la práctica de pruebas (folio 023).

El 29 de mayo de 2015 se solicitó por primera vez al Dr. **A.L.B.** comparecer ante el Tribunal seccional del Huila.

El 8 de julio de 2015 el Tribunal Seccional emitió auto de trámite en el que se registra que el disciplinado ha sido convocado en cuatro ocasiones para la versión libre y es la primera vez que se excusa por escrito expresando que su agenda médica le impide atender citaciones los días martes y miércoles. En aras de las garantías procesales se le cita el jueves 23 de julio de 2015.

El 23 de julio de 2015 el Dr. **A.L.B.** rindió versión libre en relación con los hechos materia de investigación. En esta ocasión al solicitársele narrar su relación con el paciente **O.M.A.**, contestó “Realmente no recuerdo el paciente por el volumen de gente que veo” (folio 051). Cuando se le interrogó sobre si la dosis de trimetoprim + sulfametoxazol que había prescrito al paciente (12 tabletas cada 12 horas durante 4 semanas) era usual contestó: “Pues realmente no es normal muy seguramente fue un error de teclado de mi secretaria el cual (SIC) en oftalmolaser tenemos una persona que escribe las historias clínicas y nosotros le dictamos, son dos tabletas cada 12 horas, quiero agregar que se le explicó la dosis verbalmente al paciente” (folio 051).

El 18 de agosto de 2015 el Tribunal Seccional del Huila emitió el auto de apertura de investigación formal.

El 1º de septiembre de 2015 el Sr. **O.M.A.**, asistió ante el Tribunal seccional para ampliación de la queja. En esta diligencia, al ser interrogado sobre si había sido advertido de los posibles eventos colaterales de los medicamentos formulados, contestó negativamente y al ser preguntado sobre si el error pudo haber consistido en la secretaria o impresora y no en la orden dada por el médico, contestó: “No, pues ellos son los que digitan y dan formula (SIC) y conocen del medicamento y la dosis que tienen que formular” (folio 058). Al ser interrogado sobre la evolución de la

enfermedad contestó que había presentado pérdida de la visión por el ojo izquierdo desde junio de 2014 (folio 058).

El 3 de agosto de 2016 el Magistrado Instructor, Dr. **A.M.S.A.**, emitió el informe de conclusiones solicitando a la Sala la formulación de cargos contra el médico investigado.

El 23 de noviembre de 2016 el Tribunal de Ética Médica Seccional Huila emitió su primera providencia formulando el pliego de cargos en contra del Dr. **A.L.B.**

El 8 de marzo de 2017 el Tribunal Seccional, en atención a la no comparecencia sin justificación del Dr. L., emitió auto por el cual se ordena tomar posesión de la defensora de oficio, **L.D.H.**, para surtir la diligencia de descargos.

El 22 de marzo de 2017 se llevó a cabo la diligencia de descargos del Dr. **A.L.B.** en presencia de la defensora de oficio, L.D.H.C. En esta ocasión el Dr. L. explicó que el paciente fue remitido a consulta externa de oftalmología por la Dra. S.M., óptica de la Clínica Oftalmolaser, por presentar reactivación de la toxoplasmosis, explicó que ese día se medicó al paciente y que, por algún motivo de error de digitación, en lugar de dos tabletas se digitaron 12 tabletas. El Dr. L. afirma: “cabe mencionar que yo siempre uso secretaria para agilizar mi consulta y seguramente fue un error de digitación sin mala intención” (folio 100). Mas adelante, al ser interrogado sobre en quién recae la responsabilidad de la atención, contestó: “Realmente la responsabilidad de la historia clínica es del médico, cabe mencionar que dentro de la consulta vemos un paciente cada 10 minutos y que por el volumen de los pacientes ese error de digitación se pasó.” (folio 101 envés). La abogada de oficio, Dra. L.D.H., cuestionó en esta diligencia, entre otros, las razones por las cuales el quejoso esperó 20 días para acudir al médico cuando presentó los síntomas, por qué no regresó enseguida donde el Dr. L., y cómo no se le hizo anormal la medicación formulada (folio 100 envés).

El 28 de noviembre de 2018 el Tribunal de Ética Médica Seccional Huila emitió la segunda providencia en la cual, en el artículo TERCERO, resuelve imponer al Dr. **A.L.B.**, sanción disciplinaria de Censura Escrita y Pública por infracción a los deberes contenidos en los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981.

El 14 de diciembre de 2018 el abogado de oficio, **YILNER ERLEY POLANÍA SÁNCHEZ**, radicó ante el Tribunal de Ética Médica Seccional Huila el recurso de apelación, el cual fue recibido en el Tribunal Nacional de Ética Médica el 23 de enero de 2019. Entre los argumentos planteados por el abogado de oficio se encuentra que “Lo descrito en los artículos anteriores es de relevancia en el caso concreto, por cuanto no se ha desvirtuado que L.B. fue quien originó los hechos para que posteriormente se iniciará (SIC) la acción disciplinaria ética en su contra. La anterior afirmación se encuentra fundamentada en las diferentes Versiones Libres de Apremio por parte del Dr. A.L.B, (SIC) se ha hecho mención de que el hecho que dio origen a la queja interpuesta por M.A, fue un error de digitación por parte de la secretaria de su época” (folio 162). También ofrece el abogado de oficio argumentos relacionados con el principio de presunción de inocencia consagrado en la Constitución Nacional y con la duda razonable. A este respecto, afirma que: “Es decir que de existir una hipótesis que determina que el (SIC) L.B. no fue quién (SIC) medicó erróneamente a su paciente, pues se expresó que el error provino de la secretaria, quien en su momento digitó mal la medicación a M.A., y en vista de que es un escenario plausible que se debe desvirtuar para poder dar un fallo sancionatorio.” (Folio 163).

### CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

La revisión cuidadosa de los apartes de la historia clínica pertinentes a la queja presentada, muestra que el señor **O.M.A.** consultó el día dos (2) de marzo de 2015 a las 7:57 am, al Dr. **A.L.B.** La nota de la historia clínica (folio 012) consigna “Evolución y control oftalmológico: AV de 20/20 y pl cornea coara no catarata corioretinitis en ojo izquierdo macular”. En esta sucinta historia clínica no se encuentra una descripción del motivo de consulta del paciente ni de la evolución de la enfermedad actual. En el apartado de análisis de la historia clínica se consigna: corioretinitis, se deja como plan de manejo prednisolona y bactrim, y se señala como signo de alarma la “baja súbita de la av”. El diagnóstico que se establece es el de cicatrices coriorretinianas para lo cual se prescribió:

Prednisona 5 mg tableta 8 tabletas cada 12 horas, cantidad 5 Trimetoprim + sulfametoxasol (160+800) 12 tabletas cada 12 horas, cantidad 960 Prednisolona + fenilefrina al 1% suspensión oftálmica 1 gota cada 3 horas. (Folio 012).

Además del error en la dosificación del Trimetoprim + sulfametoxazol (160+800) (12 tabletas cada 12 horas, cantidad 960) se observan otros errores en la formulación contenida en el folio 012 del expediente, en el sitio correspondiente a la vía de administración. Estos hechos denotan que no hubo una revisión cuidadosa de la prescripción antes de ser entregada al paciente.

Entre las consideraciones correspondientes a la segunda providencia del Tribunal de Ética Médica Seccional Huila se encuentra un hecho documentado en la historia clínica e incontrovertible: "...obsérvese como en la historia clínica se registra como fecha y hora de atención 02/03/2015 8:51 a.m., y como fecha y hora de impresión de la misma 02/03/2015 08:58:23 a.m., esto es solo siete (7) minutos de atención..." (folio 152). Lo anterior coincide en lo afirmado por el disciplinado en la diligencia de descargos, según la cual, se atiende un paciente cada 10 minutos.

Finalmente, en la diligencia de descargos llevada a cabo el día 22 de marzo de 2017, explicó el Dr. **A.L.B.** que el paciente fue remitido a consulta externa de oftalmología por la Dra. S.M., optómetra de la Clínica Oftalmolaser, por presentar reactivación de la toxoplasmosis, que ese día se medicó al paciente y que, por algún motivo de error de digitación, en lugar de dos tabletas se digitaron 12 tabletas. El Dr. L. agregó: "cabe mencionar que yo siempre uso secretaria para agilizar mi consulta y seguramente fue un error de digitación sin mala intención" (folio 100) y más adelante, al ser interrogado sobre en quién recae la responsabilidad de la atención contestó: "Realmente la responsabilidad de la historia clínica es del médico, cabe mencionar que dentro de la consulta vemos un paciente cada 10 minutos y que por el volumen de los pacientes ese error de digitación se pasó." (folio 101 envés).

Con los hechos precedentes, el Tribunal Nacional de Ética Médica considera que el Dr. **A.L.B.** no dedicó el tiempo necesario para llevar a cabo una evaluación apropiada de las condiciones clínicas del señor **O.M.A.** y para revisar la prescripción médica.

La consulta no es solamente un compromiso profesional o laboral con el paciente o el usuario; es un acto médico de profundo significado para el paciente y el médico; es el encuentro entre las necesidades físicas, psíquicas y espirituales del paciente, y los conocimientos, el humanismo y el

humanitarismo del médico. Las limitaciones del tiempo dedicado a este acto médico afectan, no solo la relación médico paciente, si no, la calidad de la atención brindada.

En la consulta el médico emplea las herramientas del método científico en el que se ha formado, para ofrecer la mejor solución posible a las necesidades de los pacientes o usuarios, así, una anamnesis completa y un examen físico apropiado, ofrecen los datos necesarios para que, luego de un análisis cuidadoso basado en los conocimientos previos, se plantee una hipótesis diagnóstica y un plan de manejo y seguimiento para verificar los resultados. Como todo proceso intelectual complejo, este método exige el tiempo apropiado para llevarse a cabo exitosamente en cada caso particular. En consecuencia, no deben imponerse al médico restricciones generales para el tiempo dedicado a la consulta.

La historia clínica y las respuestas del Dr. **A.L.B.** en las diligencias practicadas, muestran que no dedicó el tiempo suficiente para evaluar adecuadamente las condiciones del paciente. En consecuencia, este Tribunal considera que el investigado cometió falta contra el artículo 10 de la Ley 23 de 1981 que expresa:

“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.”

Como consecuencia del poco tiempo dedicado a la atención del paciente se le expuso a riesgos injustificados, al no reconocerse un error de digitación de la prescripción médica. Es afortunado que en el caso que nos ocupa, al parecer, no se presentaron consecuencias más serias. Por lo anterior, este Tribunal considera que el Dr. A.L.B. cometió falta contra el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 que expresa:

“ARTICULO 15.- El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.”

Y el Decreto 3380 de 1981 en su Artículo 9º expresa:

“Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo”.

En la diligencia de descargos llevada a cabo el día 22 de marzo de 2017, a la abogada de oficio, Dra. Lisseth Dahiana Hernández, cuestionó, entre otros, las razones por las cuales el quejoso esperó 20 días para acudir al médico cuando presentó los síntomas, por qué no regresó enseguida donde el Dr. L., y cómo no se le hizo anormal la medicación formulada (folio 100 envés). Este Tribunal no encuentra aceptable que se transfiera la responsabilidad al paciente de errores cometidos durante el acto médico.

Finalmente, en el recuso de apelación presentado el 14 de diciembre de 2018 por el abogado de oficio, **Y.E.P.S.**, ante el Tribunal de Ética Médica Seccional Huila y radicado en el Tribunal Nacional de Ética Médica el 23 de enero de 2019, plantea el mencionado abogado que no se ha desvirtuado que el Dr. **L.B.** no fue quien medicó erróneamente a su paciente, pues se expresó que el error provino de la secretaria, quien en su momento digitó mal la medicación (folio 163).

Aunque este Tribunal acepta que la explicación mas plausible del evento es un error de digitación de la prescripción, ésta es entera responsabilidad del médico quien debió dedicar el tiempo suficiente para revisarla cuidadosamente. Tratándose de un lenguaje altamente técnico y especializado cobra importancia máxima la revisión cuidadosa de los datos consignados en la historia clínica y en la prescripción, por parte de la secretaria que los digita. Esto también es aplicable a la transcripción de datos en la historia clínica por parte de enfermeras auxiliares y estudiantes que participan en actividades asistenciales o de docencia-servicio.

En concordancia con lo precedente, el Tribunal Nacional de Ética Médica

### **RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** CONFIRMAR la decisión proferida por el Tribunal de Ética Médica Seccional del Huila en providencia del 28 de noviembre de 2018 en la cual, resolvió imponer al Dr. A.L.B., sanción disciplinaria de Censura Escrita y Pública por infracción a los deberes contenidos en los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver al Tribunal A quo para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Presidente – Magistrado; ARIEL IVÁN RUÍZ PARRA, Magistrado Ponente; HERNÁN JIMÉNEZ ALMANZA, Magistrado; JOSÉ MIGUEL SILVA HERRERA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; CLAUDIA LUCÍA SEGURA ACEVEDO, Abogada Secretaria.

Bogotá, viernes (23) de febrero del año dos mil dieciséis (2016)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1307 DEL VEINTITRES (23)  
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS (2016)**

**REF: Proceso No. 2591-14 del Tribunal Seccional de Ética Médica De  
Antioquia**

**Denunciado: Dr. R.C.V.**

**Denunciante: Sra. Y.A.M.M.**

**Asunto: Imposicion de sancion superior a seis meses**

**Magistrado Ponente: DR. Fernando Guzman Mora, MD  
Providencia No. 14-2016**

**VISTOS**

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia, mediante providencia de 26 de agosto de 2015, resuelve elevar pliego de cargos al doctor J.R.C.V., identificado con cedula de ciudadanía numero ... expedida ... y Tarjeta Profesional numero.., por violación de los artículos 1 numeral 9, 5, 46 y 49 de la Ley 23 de 1981, por desempeñarse como medico especialista sin serlo.

Mediante providencia de 16 de diciembre de 2015, el Tribunal Seccional no aceptó los descargos y dio traslado al Tribunal Nacional de Ética Médica, por considerar que su falta lo hacía acreedor a SUSPENSION EN EL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERIOR A SEIS MESES.

Los cuatro cuadernos contentivos del proceso se recibieron en esta superioridad el 28 de enero de 2016 y, puestos para reparto correspondió por sorteo al Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA, quien procede a tomar la decisión con base en los siguientes

## HECHOS

El 2 de septiembre de 2014, la doctora Y.A.M.M. gerente de la IPS PROFESALUD, presentó queja ante el Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia en contra del doctor J.F.C.V., como médico especialista en Salud Ocupacional, quien había presentado documentos de la Fundación Universitaria del Área Andina que acreditaban su especialidad.

Al efectuar el seguimiento de los mencionados documentos se encontró que C.V. no había estudiado en esa institución y que los diplomas y certificados presentados no correspondían a su persona.

Analizadas luego por el tribunal seccional, se encontraron las inconsistencias que permitieron deducir que el título no correspondía a las fechas del supuesto tiempo de estudio en la especialidad mencionada, así como varias contradicciones entre la fecha de los certificados y los supuestos tiempos de estudio.

El encartado manifestó su sorpresa al respecto y expresó que no sabía que los certificados fueran falsos y que la consecución de los mismos había sido encargada a un tal Carlos Iguaran, quien supuestamente no había efectuado las diligencias de obtención del diploma y otros certificados.

El tribunal seccional confirmó numerosas contradicciones en la declaración del acusado y concluyó con certeza que tanto los documentos como sus declaraciones eran falsas.

La ratio decidendi de la providencia se encuentra a folios 124 a 135 del cuaderno 1, y forma parte integral de la decisión actual por parte de tribunal Ad quem.

Decidió entonces que sus conducta ameritaban una SANCION DE SUSPENSION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO SUPERIOR A SEIS MESES, y envió el expediente a esta superioridad para la imposición de sanción, de acuerdo con los artículos 83 y 84 de la Ley 23 de 1981.

## CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL

### I- LOS ASPECTOS PROBATORIOS DEL CASO EN ANALISIS

Existen en el expediente numerosos documentos y pruebas testimoniales que demuestran varias inconsistencias:

- 1- El registro del diploma que muestra como acreditación de estudios no se encuentra en el archivo indicado por el mismo.
- 2- La fecha de supuesta graduación del profesional encartado no corresponde con la información suministrada por la Fundación Universitaria del Área Andina, pues en esa fecha no se llevó a cabo ninguna ceremonia de grado.
- 3- El documento entregado por el investigado como “Acta de Grado” no coincide con los registros de la institución de educación superior.
- 4- La Licencia en Seguridad y Salud en el trabajo, supuestamente expedida por parte de la Gobernación de Antioquia tampoco corresponde a los archivos de esa entidad.
- 5- Los documentos de “asistencia virtual” a sesiones académicas de la “especialización” aportados por el encartado son posteriores a la fecha de su falso grado
- 6- El médico sub judice nunca se matriculó en la FUA, ni asistió a clases en la misma
- 7- Este sujeto prestó sus servicios a la entidad PROFESALUD CTA como especialista sin en realidad acreditar sus certificados como tal.

### II- LA FALSEDAD DOCUMENTAL EN MEDICINA

Providencia 23-2013, con ponencia del Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA

*Los médicos, en el diario ejercicio de la profesión, utilizamos, creamos y hacemos circular documentos de profunda trascendencia para el derecho en general y para la ética médica en particular.*

*Se trata de las historias clínicas, los certificados de salud, las partidas de defunción, las constancias respecto de salud y enfermedad, las fórmulas terapéuticas, las cartas remisorias a otros colegas, las solicitudes a empresas de medicina pre-pagada y empresas promotoras de salud, las calificaciones del personal en entrenamiento, etc.*

*Es importante la actividad documental porque es un escrito o elemento que va a ser constancia o a constatar algo que ha ocurrido o bien deja constancia de una interrelación que ver con lo jurídico. Por eso se habla de tráfico jurídico. Además sirve de prueba. Y cuando se habla de delitos en falsedad documental se habla de "falsedad de documentos que puedan servir de prueba"*

*En el caso, por ejemplo, del registro de nacimiento, se habla de una relación jurídica de una persona frente al Estado. Quiere decir que nace un ser humano a la vida natural y a la vida jurídica en determinada fecha. Se operan las dos situaciones: natural y jurídica.*

*Cuando se habla de un contrato, al revisarlo se está demostrando una relación jurídica de carácter laboral.. Y probamos a través de eso que se realizó un acto contractual laboral. Entonces, ese escrito sirve de medio de prueba, porque demuestra la relación jurídica. Y cuando se denuncia se va a demostrar.*

*Un cuadro es un documento. Una pintura es un documento (y en caso de falsificación, es un documento falso. Es un delito de falsedad). Alterar y falsificar es diferente. Es faltar a la verdad en ambos casos*

*Hay falsificaciones por intercalado, por contrahechura, por borrado, por lavado. Porque es diferente falsificar parte del contenido de un documento a que sea todo el documento,*

*La falsedad material es la creación de un documento falso, sea por que se expide de primera vez (falsedad total al hacer creer que lo expidió una persona ajena a quien lo elabora o porque se expresen hechos falsos), sea porque se imite uno existente o porque se altere otro que ya exista a la vida jurídica (falsedad parcial o impropia por alteración). A su vez, puede ser en documento público y en documento privado.*

*Pero puede entonces haber falsedad ideológica en una persona particular? Si son sujetos cualificados, como el servidor público, no puede ser autor, pero sí determinaron del delito. El autor material es el servidor público pero el determinador es el particular.*

*Problemas similares se dan en la calificación del peculado (Hurto cometido por servidor publico). Pero si el particular se apodera de un bien? Se comete un hurto agravado.*

*Lo más grave de todo es que no es necesario que se produzca un daño específico al utilizar el documento falso, sino que la sola emisión del mismo constituye un delito, porque es de los ilícitos llamados de peligro o daño potencial. Y son tipificados así, porque se lesiona el bien jurídico de la fe pública, es decir, la confianza social en los documentos.*

*La Corte ha expresado en numerosas sentencias que: "...Todo documento público tiene capacidad probatoria, consecuentemente toda alteración que en él se haga atenta contra el bien jurídico de la fe pública, pues por lo menos en forma potencial afecta el llamado tráfico jurídico. Un empleado oficial que da fe de los hechos que ocurrieron en su presencia en forma que no corresponde a la verdad o que certifica hechos que no tuvieron existencia real, lesiona, con ese solo hecho, el bien que busca tutelar el ordenamiento penal..." (M.P. Dr. Luis Enrique Aldana Rozo)*

*El penalista colombiano, Doctor Edgar Saavedra Rojas ha expresado:*

*...Cuál es el objeto, preguntamos, de que se garantice la fe pública de los documentos oficiales? Se responderá que los particulares puedan confiar en ellos, estimando por una parte que se han llenado todas las formas legales y descansando tranquilos, por otra, en la confianza de que aquellos instrumentos son legítimos y veraces. Pero, por qué necesita la sociedad que los instrumentos públicos y aun las escrituras privadas sean auténticas y veraces? Y no queda más remedio que responder: para que los derechos creados por ellas o probados por ellas no se vean expuestos a no poder ser ejercidos o que su ejercicio sea obstaculizado por falta de pruebas.*

*Así pues, la razón de la protección penal a los instrumentos emitidos por el Estado no exige que el perjuicio sea concreto en la misma creación de los documentos, o que éste tenga necesariamente que ver con el patrimonio económico de los particulares. Muchas veces se ha repetido ya que la falsedad documental es un tipo pluriofensivo, sin que sea necesario que se especifique en cada una, vulneración a un bien jurídico, siendo requisito de ella, eso sí, que tenga potencialidad de daño sobre otros bienes. El peligro de perjuicio será suficiente.*

*En lo que hace referencia al delito de fraude procesal, cuando a través de un documento falso se induzca a error a un funcionario judicial con*

*el objeto de obtener una sentencia favorable a quien utilice el documento ilegal, se puede llegar a lo que se denomina concurso de delitos, con todas sus implicaciones penales y éticas.*

### **III- EL ALEGATO DE BUENA FE EN EL PRESENTE CASO**

No es de recibo aceptar el argumento de la Buena Fe respecto de un tramitador que supuestamente efectuaba las diligencias para la obtención y legalización del falso diploma en el presente caso

Analicemos este concepto como parte de la ratio decidendi en el proceso:

#### **EL PRINCIPIO DE LA BUENA FE**

Es apenas obvio que la buena fe existe. Es la base de la conciencia individual de las personas con una personalidad sana. El principio de la buena fe es creer por parte de A que B obra en Justicia, en equidad, con transparencia y con su propia conciencia.

Consiste en hacer el examen de si se obro con justicia, equidad, conciencia, de manera cristalina y bajo el convencimiento de ser así y no de otra forma

Por esto la buena fe ha sido consagrada como un principio general del Derecho. El Principio es un enunciado lógico de una evidencia inmediata a la razón del hombre, que no tiene que entrar a probarse, es decir, es contundente (Una cosa no puede ser y no ser al mismo tiempo; alguien no puede estar vivo y muerto). Su validez trasciende las circunstancias de tiempo, modo y lugar. Se aplican a cualquier situación.

Los principios generales constituyen fuente de inspiración en la creación de la norma. Por lo tanto, son verdades fundamentales que sirven para crear derecho, integrarlo e interpretarlo en los vacíos que la norma no haya cubierto.

No se limitan a un territorio o Estado, sino que tienden a ser universales. Además, su fundamento es la equidad, aplicable a las circunstancias de tiempo y lugar de cada caso. En fin, se basan en lo que pensarían personas honradas y conscientes. Estos principios informan todo el derecho positivo y le sirven de base. Pueden inferirse por medio de inducción o de generalización periódica.

Los criterios esenciales de estos principios son la justicia y la equidad

Según Ferreira Rubio, los principios generales del Derecho deben cumplir una serie de postulados para que sean considerados como tales:

- Universalidad de contenido
- Esencia permanente a pesar de diferente aplicación histórica
- Potencialidad iurígena: son normas y fuentes de normas
- Existencia anterior a las normas de ordenamiento legal específico

Pero debe actuarse con prudencia y diligencia, porque también así lo exige la ley. Y esto no rompe la precisión de la buena fe. La buena fe se presume porque debe creerse en la conciencia de las personas. Debe partirse de la base de que las personas adecuan su conducta al derecho.

La Buena Fe indica que cada persona debe ejercer sus derechos, negocios y obligaciones basado en lealtad, honestidad y sinceridad. Es decir, partiendo de los usos sociales aceptados y las buenas costumbres. Es la que se exige como requisito mínimo en cualquier negocio.

La Constitución Política de 1991 la determina muy claramente en su artículo 83:

“Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante estas”

Aunque la normatividad dice que debe presumirse de buena, lo que en realidad dice la CN es que debe obrarse conforme a los postulados de la buena fe.

El artículo 769 del CCC expresa:

“La buena fe se presume, excepto en los casos en que la ley establece la presunción contraria. En todos los otros, la mala fe deberá probarse”

También se habla de Buena Fe en el artículo 1603 del CCC:

“Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la obligación, o que por ley pertenecen a ella”

Similar planteamiento se halla en los artículos 863 y 871 del Código de Comercio

Corte Constitucional No. de Rad.: C-054-99

La buena fe no consiste simplemente, como equivocadamente lo concibe el demandante, en un actuar desprovisto de dolo, o de intención positiva de irrogar un perjuicio a otro.

El concepto involucra también el conducirse sin culpa, esto es, con un mínimo de prudencia, de atención, de cuidado, a fin de evitar tal perjuicio. En materia civil, como es sabido, la culpa grave se asimila a dolo y es fuente de responsabilidad civil. Y en materia penal, existen delitos que pueden cometerse a título de culpa. De donde se concluye que la carencia de diligencia y cuidado en el cumplimiento de las propias obligaciones y, en general, en el actuar humano, desvirtúa el principio de buena fe y es fuente de obligaciones y de responsabilidad jurídica.

En este caso se impondrá la máxima sanción prevista, esto es cinco (05) años de suspensión en el ejercicio de la profesión porque no se trata de una falsedad, es una serie continuada y repetitiva de falsedades como son el registro del diploma, la fecha de la supuesta de la graduación del profesional, la falsedad del acta de grado, la licencia en seguridad y social en el trabajo supuestamente expedida por la Gobernación de Antioquia, los certificados de asistencia virtual a estudios de especialización y los certificados presentados como especialista para trabajar en una entidad de salud.

La reiteración de una serie plural de documentos falseados hace mucho más grave la conducta, que precisamente lo hacen merecedor a la máxima sanción prevista en la norma legal.

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

### **RESUELVA:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Declarar la responsabilidad ético disciplinaria del doctor J.R.C.V., identificado con cédula de ciudadanía número ... expedida en ... y Tarjeta Profesional número ..., por violación de los artículos

1 numeral 9, 5, 46 y 49 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Imponer SANCION DE SUSPENSION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO DE CINCO (05) AÑOS al médico disciplinado. **ARTÍCULO TERCERO:** COMPULSAR copias del proceso a la Fiscalía General de la Nación para lo de su competencia. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra la presente determinación caben los recursos de Reposición para ante este Tribunal Nacional y de apelación para ante el Ministerio de Salud Publica y Protección Social. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, primero (01) de marzo del año dos mil dieciséis (2016)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1308 DEL PRIMERO (01)  
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS (2016)**

**REF: Proceso No. 2963, Tribunal Seccional de Ética Médica de  
Cundinamarca**

**Contra: Doctora E.C.G.S**

**Denunciante: Doctor J.P.R.**

**Asunto: Recurso de Apelación**

**Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega**

**Providencia No. 15-2016**

**VISTOS**

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca, el 9 de febrero de 2016, resolvió conceder la apelación presentada por el defensor de la doctora E.C.G.S. contra la decisión tomada en Sala Plena del 14 de diciembre de 2015, dentro del proceso 2963 abierto con base en la queja presentada por la jefe de la oficina de Control Disciplinario Interno de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de la ciudad de Soacha, Cundinamarca, apoyada en lo manifestado por el doctor J.P.R., médico de dicho hospital, por lo que envió el expediente a este Tribunal Nacional para lo de competencia.

Recibido el expediente el 11 de febrero de 2016, fue puesto para reparto en Sala Plena del 16 de febrero y correspondió por sorteo al Magistrado Juan Mendoza-Vega.

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

## HECHOS

El 28 de mayo de 2014 se recibió en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca la comunicación enviada por la jefe de la oficina de control disciplinario interno de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de la localidad de Soacha, con base en la queja presentada por el médico J.P.R. contra la doctora E.C.G.S., porque presuntamente se negó a cumplir con sus deberes durante un turno de urgencias, en la noche del 7 de diciembre de 2013.

Según el escrito de queja, la doctora G.S. era, para la fecha mencionada, médica rural y tenía asignado turno de urgencias, durante el cual “a la 01:30 am se refirió (sic) que ella no pasaba a procedimientos porque no tenía experiencia y se fue a dormir”. Hace la afirmación transcrita la subgerente comunitaria J.M.C.V., citando un correo electrónico recibido del doctor J.M.M., coordinador médico, quien a su vez dice repetir “informe del doctor J.P.R., médico de procedimientos de la noche”.

El tribunal seccional aceptó la queja, abrió investigación formal y dentro de ella recibió por medio de comisión al tribunal seccional de Ética Médica de Antioquia, versión libre sin juramento de la médica disciplinada, quien actualmente habita en ese departamento; oyó en testimonio juramentado al doctor J.P.R.M.; recibió el informe de conclusiones del magistrado instructor y con esa base formuló pliego de cargos contra la doctora E.C.G.S. “por posible violación al artículo 42 de la Ley 23 de 1981” y le señaló fecha para la presentación de sus descargos. Cumplida la diligencia de descargos el 12 de mayo de 2015 con asistencia de la disciplinada y de su defensor, el abogado L.H.V.M., el tribunal de primera instancia recibió como prueba solicitada por la defensa el testimonio juramentado del doctor J.M.M.N, pero no fue posible lograr la comparecencia del otro testigo, el enfermero César Andrés Pachón Alonso.

Con base en el acervo probatorio obtenido, el tribunal seccional de Ética Médica de Cundinamarca resolvió no aceptar los descargos de la doctora G.S. y le impuso la sanción de amonestación, en providencia del 15 de diciembre de 2015. Contra tal decisión presentó y sustentó dentro de términos el abogado defensor, recurso de apelación que fue concedido por el tribunal de primera instancia y que se resuelve mediante la presente providencia.

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Al sustentar la apelación, sostiene el recurrente que la médica disciplinada “de ninguna manera incumplió sus deberes” porque ella “no se negó a prestar apoyo en el servicio de procedimientos la noche del 7 de diciembre de 2013 (función con la cual cumplió) sino que se negó a hacerse cargo del servicio de procedimientos”. En apoyo de este argumento, cita en testimonio del médico coordinador de Urgencias, doctor J.M.M.N, quien bajo juramento explicó que la función de la doctora G. era “realizar consulta médica en urgencias y apoyo al área de procedimientos, según lo requiriera el médico de procedimientos de la noche”. Enseguida, el recurrente explica que el galeno a cargo del servicio de procedimientos era el doctor J.P.R., que la doctora E.G. era médica rural de apoyo; que el acervo probatorio no dio pie para sostener que la doctora G. se hubiera ido a dormir, como lo admite el tribunal de primera instancia en el texto de la sentencia recurrida, pero que tampoco permite afirmar que se negara a prestar apoyo al doctor R. en sus procedimientos de la noche de autos.

Para este Tribunal Nacional, tales argumentos del recurrente son de recibo por las siguientes razones:

1-En su declaración juramentada, el doctor R. anota que no rindió informe escrito sobre la presunta actitud de la médica disciplinada y al ser interrogado sobre la afirmación de que “la doctora E. a la 1:30 de la mañana del día sábado 7 de diciembre de 2013 le refirió que ella no pasaba a procedimientos porque no tenía experiencia y se fue a dormir”, contestó: “Eso no fue lo comunicado al doctor M, al doctor M. se le comunicó que el médico encargado de apoyar procedimientos no asistió al área encargada y que me habían dicho que era una médico (sic)”. Ante la pregunta sobre si tenía certeza sobre quién era la persona encargada de apoyarlo en el área de procedimientos, contestó: ”No tengo certeza de qué médico era el encargado de apoyar procedimientos”, lo que explica porque el médico que aparecía en la lista de turnos había renunciado unos días antes y a él, Roncancio, no se le informó quien era la persona “directamente encargada de procedimientos y prestarme apoyo”.

2- La clara afirmación de la médica disciplinada sobre su negativa a hacerse cargo del servicio de procedimientos pero no a prestar el apoyo que se le pidiera, no fue controvertida ni desvirtuada en el proceso; de

hecho, como lo señala enseguida el recurrente, ni siquiera hay prueba de que se le solicitara tal apoyo, aunque ella estuvo a lo largo de toda esa madrugada en el consultorio que le asignaron y que al parecer estaba físicamente muy cerca del servicio de procedimientos.

3- Tampoco está desvirtuada en el proceso la afirmación de la disciplinada, en el sentido de que por intermedio de la enfermera de turno informó al doctor R. su disposición para darle apoyo si lo requería, a lo que él habría respondido que “continuara en el consultorio y que de necesitarse apoyo la mandarían a llamar”.

El recurrente termina señalando que, aun si se aceptara como totalmente creíble el testimonio del doctor R., al enfrentarlo con las exculpaciones de la profesional acusada “y ante la ausencia de algún otro medio de prueba que pueda acudir para inclinar la balanza en uno u otro sentido, surge necesario reconocer que nos hallamos ante una duda inzanjable, debiéndose en consecuencia proceder a la aplicación del in dubio pro disciplinable y por la vía de la duda llegar al mismo resultado, el de la absolución”. Este argumento también puede ser de recibo en el caso.

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

### RESUELVA

**ARTÍCULO PRIMERO:** Revocar, como en efecto revoca, la decisión adoptada por el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca en el proceso 2963 y en cambio, absolver a la doctora E.C.G.S. de los cargos que le fueron endilgados como consecuencia de la queja presentada por la Unidad de Control Disciplinario Interno del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, 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. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, veintiuno (21) de febrero del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1355 DEL VEINTIUNO (21)  
DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

**REF: Proceso 2014-102, Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila**  
**Contra: Doctora S.P.R.R.**  
**Denunciante: Señora G.I.B.S.**  
**Asunto: Recurso de Apelación**

**Providencia No. 15-2017**

**Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega**

**VISTOS**

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, en providencia del 19 de octubre de 2016, resolvió no aceptar los descargos presentados por la doctora S.P.R.R., dentro del proceso número 2014-102, y la sancionó con amonestación privada. Contra tal decisión, la abogada defensora de la disciplinada presentó dentro de términos el recurso de reposición y en subsidio el de apelación; mediante auto del 25 de enero de 2017, el tribunal seccional negó la reposición y concedió la apelación impetrada, por lo que envió el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

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

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

## HECHOS

El día 23 de abril de 2014 recibió el Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, el escrito de la queja presentado por la señora G.I.B.S. contra la doctora S.P.R.R., por las presuntas fallas en la atención que la mencionada profesional dio a la quejosa el día 13 de febrero de 2014 en la clínica de Emcosalud de la ciudad de Neiva, Huila.

De acuerdo con el escrito de queja, la doctora R.R. practicó a la quejosa B.S. un examen ecográfico de hígado y vías biliares, para diagnóstico de molestias abdominales con dolor que afectaban a la señora B. desde dos meses antes; afirma la quejosa que el examen “fue muy corto” y que le informaron que no mostraba alteraciones, que ella estaba “muy bien”; pero como persistía el dolor, resolvió acudir como paciente particular a otro médico, que tras nuevo examen con ultrasonido, le dio “la sorpresa es que tengo cálculos en la vesícula”; por ello considera haber sido atendida en forma deficiente, sin que le dedicaran el tiempo necesario para identificar su problema, a lo cual agrega una serie de comentarios críticos sobre el mal estado de las instalaciones en la clínica de Emcosalud en Neiva, la falta de aseo, la demora en las citas para exámenes y la “escasa remisión” a especialistas.

El tribunal seccional aceptó la queja e inició averiguación preliminar, en el curso de la cual allegó y estudió la historia clínica de la señora G.B.S., recibió la versión libre de la doctora S.P.R.R. y decidió realizar investigación formal, que se inició con la solicitud de concepto a la Sociedad Colombiana de Radiología sobre los detalles técnicos del examen ecográfico de las vías biliares. Con base en el acervo probatorio, el 10 de junio de 2014 fue formulado pliego de cargos contra la doctora S.P.R.R., de acuerdo con el informe de conclusiones; se notificó la decisión tanto a la disciplinada como a su abogada defensora y se fijó fecha para la diligencia de descargos, la cual se cumplió el 26 de agosto de 2015.

Como en dicha diligencia la abogada defensora solicitó la práctica de algunas pruebas, el tribunal de primera instancia procedió a decretarlas y practicarlas; luego, estudió el informe de conclusiones presentado por el magistrado instructor y resolvió no aceptar los descargos, por lo que sancionó a la doctora R.R. con amonestación privada por presunta falta contra el artículo 10 de la ley 23 de 1981.

Contra esta decisión presentó dentro de términos la abogada E.R.G.C., en su condición de defensora de la disciplinada, recurso de reposición que fue negado y el subsidiario de apelación, que fue concedido y se resuelve por la presente providencia.

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Al sustentar la apelación, plantea la recurrente como su argumento principal que “puede avizorarse (sic) la falta de certeza para condenar por parte del tribunal, toda vez que dentro del acervo probatorio no existe prueba que endilgue responsabilidad fehaciente en contra” de la doctora R.R.; alega que la providencia sancionatoria menciona que hubo imprudencia por parte de la disciplinada porque “no tomó las medidas necesarias para prevenir el desacierto en el resultado” y pregunta cuáles son esas medidas necesarias cuya ausencia reprocha el tribunal, cuando no existe protocolo ni reglamento sobre la forma de realizar una ecografía, como tampoco hay norma sobre el tiempo mínimo o máximo que debe utilizarse para una ecografía hepatobiliar, afirmaciones éstas que se sustentan en el concepto formal rendido al respecto por la Sociedad Colombiana de Radiología que figura en el informativo.

Además, señala que según los trabajos científicos a que se hizo referencia durante la diligencia de descargos, hasta un 5 por ciento de los exámenes ecográficos en casos de coleditiasis y colecistitis dan resultados falsos negativos, por diversas razones de las cuales no se puede culpar al profesional que realiza el examen. Pide que se aplique la presunción de inocencia y que se tenga en cuenta que no hay prueba suficiente de que la doctora R.R. incumpliera su obligación de dedicar a la paciente el tiempo necesario, al tenor de lo dispuesto en el artículo 10 de la ley 23 de 1981, pues de los documentos allegados al proceso apenas se podría intentar un promedio matemático probable, que es apenas indicio pero no prueba que ofrezca certeza de la cantidad de tiempo que dedicó la disciplinada a la quejosa para examinarla en la mañana de los hechos.

Considera este Tribunal Nacional de recibo los argumentos de sustentación de este recurso, en cuanto no existe registro fidedigno del tiempo que empleó la disciplinada en practicar la ecografía hepatobiliar a la quejosa y la afirmación de ésta contenida en la frase “el tiempo que tardó el examen fue muy corto” no permite ni siquiera suponer a cuántos minutos puede

corresponder semejante valoración, pues se trata solo de una impresión psicológica individual sin el menor sustento en reloj u otro adminículo medidor de esa clase. Para concretar este punto, no es admisible acudir a la diferencia en los resultados de las dos ecografías, pues en el expediente hay argumentos suficientes para sostener que tampoco en estos exámenes puede garantizarse un resultado, dada la pluralidad de factores que necesariamente intervienen en el proceso de obtener las imágenes y luego interpretarlas para llegar al diagnóstico ecográfico, por lo que no es admisible achacar el resultado al mayor o menor tiempo presuntamente empleado en la realización del examen tantas veces citado. Así las cosas y como el único sustento de la decisión sancionatoria es, según el tribunal de primera instancia, la imprudencia implícita en el tiempo “muy corto” durante el cual la disciplinada realizó el examen ecográfico a la quejosa, será necesario adoptar una decisión absolutoria.

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

### RESUELVA

**ARTÍCULO PRIMERO:** Revocar, como en efecto revoca, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila dentro del proceso número 2014-102, por la cual impuso a la doctora S.P.R.R. la sanción de amonestación privada, y absolverla del hecho que se le imputó, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, ocho (8) de marzo del año dos mil dieciséis (2016)

**SALA PLENA SESIÓN No.1309 DEL OCHO (8)  
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS (2016)**

**REF:Proceso No. 1091 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas**  
**Denunciante: Sra. M.G.G.H.**  
**Contra el Dr. J.W.A.D.**

**Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández**  
**Providencia No. 17-2016**

**VISTOS**

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas mediante providencia del 29 de septiembre de 2015, resuelve PRECLUIR (sic) la investigación disciplinaria iniciada contra el doctor **J.W.A.D.**, toda vez que no existe en el expediente prueba que permita determinar que el acusado haya infringido las normas de ética médica. El 14 de octubre de 2015, la denunciante interpone recurso de reposición y subsidiario de apelación contra dicha providencia.

El 26 de enero de 2016, el tribunal seccional resuelve no reponer y conceder la apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El expediente, un (1) cuaderno que contiene 153 folios, fue recibido en este tribunal nacional el 18 de febrero de 2016 y puesto para reparto en Sala Plena el día 23 del mismo mes, correspondió por sorteo al Magistrado Germán Gamarra Hernández.

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

## HECHOS

Mediante escrito fechado el día 23 de enero de 2015, dirigido al presidente del Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas, la señora **M.G.G.R.** relata que el 17 de octubre de 2014, acudió al Hospital San Antonio de Villamaría, Caldas, con el fin de que le colocaran unas inyecciones (diclofenaco y dexametasona) ordenadas por el Dr. C.A.N.T. “por un problema de inflamación del nervio aciático de la pierna derecha”. Las inyecciones se aplicaron en la región glútea izquierda y la encargada de aplicarlas fue la enfermera ANGELA RIVERA. El procedimiento anterior le causó fuertes dolores que le impedían caminar. El Dr. J.W.A., de urgencias, ordenó su hospitalización y le dijo que le formularía “calmantes”. La paciente solicita ser enviada a un especialista (Fisiatra).

Refiere la quejosa que la DRA. M.L.D., directora del Hospital y el DR. W.A., le manifestaron que no podían hacer nada, que si quería que demandara o colocara tutelas y la enfermera le dijo que lo que le había pasado era porque tenía “poco músculo”. Posteriormente y después de múltiples trámites, el 31 de octubre de 2014, fue atendida por el fisiatra L.I.C.M., quién le prescribió medicamentos que la calmaron un poco. Se le practicaron exámenes ordenados por el especialista en Medicina Física y Rehabilitación que concluyeron: “Estudio compatible con una lesión parcial del nervio ciático izquierdo con signos actuales de denervación” (Diciembre 12 de 2014).

La denunciante presenta queja ante el Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas contra la directora M.L.D., el médico J.W.A.D. y la enfermera ANGELA RIVERA, porque “me han causado un daño físico y moral, por un lado sigo con los fuertes dolores en la pierna izquierda que me hacen llorar (...) por otro lado no ha sido fácil mi recuperación psicológica por la situación en que me encuentro, no solo por ser una persona de avanzada edad (72 años), si no por las limitaciones que han causado un mal procedimiento en la aplicación una inyección y las respuestas de los funcionarios médicos no puede ser que demanden o que coloquen tutelas, pues con ello se falta a las mínimas normas de ética”.

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas, en sala plena del 17 de enero de 2015, aceptó dar trámite a la queja y designa como magistrada instructora a la Dra. NATALIA GARCÍA RESTREPO, quién ante la claridad

narrativa de la quejosa (folios 1 a 3), no consideró que fuera necesaria la ratificación de la queja. Se tuvieron en cuenta las pruebas aportadas por la denunciante (folios 4 a 9) y se procedió a solicitar la historia clínica completa de la paciente (folios 23 al 118).

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En primer lugar, este tribunal nacional considera necesario, hacer referencia a la sentencia del tribunal seccional en donde se habla de “precluir la investigación”, cuando no se había iniciado investigación formal ni tampoco se había planteado pliego de cargos.

En la providencia 78-2012, del magistrado ponente Dr. Juan Mendoza-Vega, publicada en el número especial de diciembre de 2013 de la Gaceta Jurisprudencial del Tribunal Nacional de Ética Médica, se menciona lo siguiente: *“lo que se hace en este caso es desestimar la queja, por considerar que en ella no aparecen motivos para seguir investigando al acusado, ni menos plantearle pliego de cargos; se trata entonces de una resolución de archivo de la queja, anteriormente llamada resolución inhibitoria. Esta anotación tiene importancia porque, como lo ha sostenido en reiteradas ocasiones y con abundantes argumentos, este Tribunal Nacional, contra la resolución de preclusión no procede recurso, como tampoco procede contra su homólogo el pliego de cargos; por el contrario, sí proceden tanto la reposición como la apelación cuando se trata de la resolución de archivar la queja, de no continuar la investigación porque no se encuentran méritos para ello. La decisión que aquí se estudia sí tiene, por ello, recursos y al ser así se procederá a resolver la apelación impetrada, teniendo en cuenta los argumentos de la quejosa”*.

Al sustentar la apelación la quejosa manifiesta que “pareciera que no hubiera pasado nada, que me hubieran atendido bien y sin ningún inconveniente”; afirma que manifestó los inconvenientes presentados con el médico y la enfermera; considera que la actuación del médico no estuvo acorde con la de un profesional de la medicina por lo que recurrió al tribunal de ética médica y que como consecuencia de una mala atención médica, aún sigue con las secuelas de la pierna que le producen imposibilidad para caminar, pues lo hace “cojeando”. Adicionalmente, anota que no es posible que toda la responsabilidad termine en la enfermera teniendo en cuenta que en el hospital hay una cadena de atención y ella se ha quejado de la

forma como la atendió el médico. Reclama también que no fue escuchada por el tribunal, siendo la persona afectada.

La revisión de los documentos presentados permiten evidenciar que la actuación de los médicos que atendieron a la paciente M.G.G.R. estuvo ajustada a la *Lex artis* y buscaba mejorar las manifestaciones clínicas de su enfermedad, las cuales inicialmente se presentaron como dolor en miembro inferior derecho y posteriormente aparecen los síntomas del miembro inferior izquierdo, que estuvieron asociados con la administración de medicamentos inyectables en la región glútea izquierda y que la auxiliar de enfermería, ANGELA MARÍA RIVERA CASTAÑO, quién realiza el procedimiento, lo describe de manera detallada en la historia clínica (folio 114). A su vez, el tribunal seccional, de manera correcta, consideró que el motivo principal de la queja se presentó con posterioridad y como consecuencia de la aplicación del medicamento intramuscular y quién realizó dicho procedimiento, no es sujeto disciplinable por parte de los tribunales de ética médica.

El otro elemento de la queja que presenta la recurrente, considerado por ella como falta a las normas de ética, tiene que ver con las respuestas dadas por los profesionales médicos que la atendieron, en particular, la directora del Hospital, DRA. M.L.D. y el DR. W.A., por el hecho de decirle que demande o que coloque tutelas.

Al respecto, este Tribunal Nacional considera que si bien las demandas y acciones de tutela, son recursos utilizados cada vez con mayor frecuencia para obtener la prestación de servicios de salud, es necesario tener en cuenta que la forma como se utilizan dichas expresiones por parte de los profesionales, puede afectar la relación médico – paciente, cuando son interpretados por los afectados, como un trato despectivo no acorde con el profesionalismo, la formación intelectual y humanismo del médico, o como una manera de dilatar la prestación de los servicios por parte del hospital o del mismo profesional. En el presente caso, no existe evidencia de un maltrato o mal comportamiento por quienes atendieron a la paciente y la apelación está llamada a no prosperar.

Finalmente, respecto al reclamo de la quejosa relacionado con el hecho de no haber sido llamada a declarar durante esta etapa del proceso, este tribunal considera que los elementos aportados por la denunciante y la historia

clínica completa que forman parte del expediente, permitieron al tribunal seccional realizar una valoración adecuada de la atención brindada a la paciente, con el fin de sustentar la presente providencia.

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

### **RESUELVA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Confirmar, como en efecto confirma, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas de no abrir investigación formal contra el DR. J.W.A.D., ni ningún otro, toda vez que no existe en el expediente prueba que permita determinar que se hayan infringido las normas sobre ética médica. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, veinticuatro (24) de abril del año dos mil dieciocho (2018)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1410 DEL VEINTICUATRO (24)  
DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO (2018)**

**REF: Proceso No. 2291-2013 del Tribunal de Ética Médica de Antioquia**

**Contra: Dr. M.A.G.P.**

**Denunciante:**

**Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney**

**Providencia No. 22-2018**

**VISTOS**

Por hechos ocurridos el primero de enero de 2013, en la CLÍNICA SOMER de la población de Rionegro, Antioquia, relacionados con una presunta negligencia por parte del doctor en la atención de una paciente, quien falleció en el servicio de urgencias del Hospital de Nuestra Señora de La Candelaria del municipio de Guarne, Antioquia, le formularon cargos por violación de los artículos 1 numeral 1; artículos 2, 3, 10, 15 y 34 de la Ley 23 de 1981 y de la Resolución 1995 de 1999.

Mediante providencia del 15 de noviembre de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia formularon cargos contra el doctor M.A.G.P.

La providencia le fue notificada al apoderado del implicado el 30 de noviembre de 2017.

El 6 de diciembre del mismo año rindió diligencia de descargos, acompañado de su apoderado. Mediante providencia del 7 de febrero de 2018, los magistrados del Tribunal Seccional no aceptaron los descargos presentados por el galeno encartado y lo sancionaron con suspensión en el ejercicio profesional por el término de un mes.

La providencia le fue comunicada personalmente al apoderado del médico encartado el 15 de febrero de 2018.

El 20 de marzo del mismo año, el apoderado del médico interpuso recursos de Reposición y Apelación contra la providencia del 7 de febrero de 2018.

Mediante providencia del 4 de abril de 2018, los magistrados del Tribunal Seccional no repusieron la decisión del 7 de febrero de 2018 y concedieron el recurso de Apelación para ante este Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 16 de abril se recibió el expediente en esta Corporación, el cual, por sorteo realizado en la Sala del 17 de abril de 2018, le correspondió al magistrado Gabriel Lago Barney.

## HECHOS

Según la queja presentada por el Señor F.G.A., esposo de la Señora M.E.M.O. (q.e.p.d.) identificada con la cédula de ciudadanía 22.098.153 ante la Personería Municipal de La Unión, Antioquia, el día 21 de enero de 2013, la paciente presentó lo que el quejoso interpretó como “*complicaciones de salud*”, por lo que la llevó al Hospital San Roque del municipio de La Unión; los galenos que la atendieron decidieron remitirla a la CLÍNICA SOMER de la población de Rionegro por su condición clínica, donde, según el quejoso, el médico M.A.G.P. se negó a prestarle la atención, siendo necesario continuar con la paciente hasta el Hospital de Nuestra Señora de La Candelaria, del municipio de Guarne, donde falleció a pesar de los esfuerzos médicos.

## CONSIDERANDOS Y RESULTANDOS

En el recurso de Apelación interpuesto por la defensa del doctor M.A.G.P., médico general, el defensor se centra en tres aspectos a saber: La efectividad de la atención dispensada a la paciente y el registro de la misma en la historia clínica; la insensatez de la conducta que, al entender de los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia, debió observar el médico encartado y de la ineficacia de la misma; y finalmente, por la desproporción de la pena impuesta al doctor G.P. por parte del Tribunal A quo.

La atención brindada a la señora y paciente M.E.M.O. (q.e.p.d.) se dio, por parte del galeno endilgado en el servicio de urgencias de la CLÍNICA

SOMER del municipio de Rionegro, Antioquia, más específicamente, en la ambulancia que la transportaba.

Inicialmente, es necesario conocer las condiciones de la señora M.E.M.O. (q.e.p.d.) quien contaba con 65 años de edad para el momento de los hechos. Padecía hipertensión arterial para lo cual recibía amlodipino, losartán, hidroclorotiazida y adicionalmente, omeprazole. El 21 de diciembre de 2012 le realizaron una uretrocolpopexia con malla y plastias para corrección de cistocele y rectocele, cirugía realizada en la CLÍNICA SOMER. Posterior a la intervención quirúrgica, le prescribieron antibiótico profiláctico, acetaminofén y diclofenaco. El día del deceso, primero de enero de 2013, la paciente consultó al HOSPITAL SAN ROQUE de la población de La Unión, Antioquia por dolor abdominal, torácico y náuseas, presentó cuadro de taquicardia supraventricular paroxística con elevación del ST en septo y cara anterior, por lo que le administraron metoprolol, ácido acetil salicílico, clopidrogel, lovastatina y oxígeno por cánula nasal con mejoría de la taquicardia supraventricular; de manera concomitante se solicitó traslado a una institución de mayor complejidad. Poco tiempo después, la paciente presentó hipotensión y sudoración con dolor torácico posterior; aparentemente, presentó deterioro del estado general cerca de las 6 p.m., requiriendo entubación orotraqueal con sedación; el cuadro de taquicardia fue revertido en forma satisfactoria. La paciente fue remitida a la CLÍNICA SOMER por requerir una institución de mayor complejidad, donde, fue aceptada por la enfermera BEATRIZ GALEANO, enfermera coordinadora del servicio de referencia de la Clínica, como obra a folio 8 del cuaderno 6 del expediente, aceptación de remisión que se registró en el documento identificado en el membrete como CLINICA SOMER 2013, Referencia de Pacientes, y donde consta lo siguiente: *“Fecha: D: 1, M: 1, A: 2013; Hora 19:52, origen; La Unión, Nombre María Elvia Montes Ossa; identificación: 22098153, edad 66, Dx (sic): Síndrome coronario agudo, especialidad: Cardiología; EPS Coomeva; Si: X; Observaciones: Aceptado, Firma BEG”*. Allí llegó alrededor de las 9 p.m. Los doctores G.P., médico general, y R.G.L., médico neumólogo intensivista, se negaron a recibirla, aduciendo, según el quejoso y el doctor C.A.M.G, médico general que acompañó a la paciente durante el traslado, que no tenían unidad de cuidados intensivos ni recursos para atenderla. Allí permaneció cerca de 30 minutos continuando el traslado hacia la ciudad de Medellín; sin embargo, por el deterioro clínico de la paciente fue necesario detenerse en el HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA, del mu-

nicipio de Guarne donde falleció a las 10 p.m. El cadáver fue regresado al lugar de origen. Los diagnósticos como causa de muerte de la paciente elaborados por el doctor C.A.M.G. fueron: *“Choque cardiogénico, síndrome coronario agudo IAMST anteroseptal e Hipertensión arterial crónica.”*

Después de múltiples cancelaciones por las partes, las cuales significaron un retraso de un año en el proceso, se realizaron las diligencias de versión libre y testimonio.

El doctor G.L. manifestó que no conoció a la paciente y en diligencia de versión libre sostuvo: *“...segundo, en la UCI no había camas disponibles, la paciente en mención estaba intubada y por tal motivo no se aceptó la paciente.”* Aportó censo de camas de ese día. (Folio 88 del cuaderno 1) Según el galeno, la paciente fue remitida a otra institución. Sin embargo, a folio 17 del cuaderno 2 del expediente, el doctor C.A.M., quien atendió y acompañó a la paciente durante la remisión, registró: *“Se comenta a Clínica Somer de Rionegro con jefe Beatriz Galeano quien autoriza remisión.”* Con posterioridad registró: *“Médico de turno M.A.G. relata que no dispone de servicio de UCI coronaria, y Dr. G. cardiólogo de turno, no aceptan a la paciente.”* En el testimonio rendido por el doctor M., bajo la gravedad del juramento, manifestó no haber hablado con el doctor G.L., pero haber presenciado una llamada del Doctor G. a otro médico. Por su parte el galeno endilgado manifestó haberse comunicado con el doctor G.L. quien, según éste le informó de la falta de camas. Los magistrados del Tribunal A quo resolvieron precluir la investigación a favor del doctor G.L.

De acuerdo con los registros obrantes en el expediente, le correspondía al médico de urgencias, en este caso, al doctor G.P., recibir la paciente remitida, evaluar su condición y decidir la conducta. En el caso sub examine, el galeno endilgado no la recibió, es decir, no asumió la responsabilidad de la paciente remitida, presentándose durante el proceso médico ético disciplinario en el Tribunal A quo dos hipótesis, una en que, basados en los registros de la historia clínica, no se puede concluir que la paciente fuera valorada por el doctor G.P., y otra, en que sí la atendió y determinó que estaba en estado crítico; en ambos casos, el galeno encartado no asumió la responsabilidad de una paciente, cuya remisión se había confirmado, transgrediendo de esta manera el Artículo 3 de la Ley 23 de 1981, al no dispensar los beneficios de la medicina a la paciente que lo necesitaba. Esta Corporación comparte los argumentos del Tribunal A quo referentes

a la violación del principio de confianza legítima, al no dar respuesta a las expectativas que embarcaron al doctor M. y su equipo en la empresa del traslado de la paciente asumiendo un riesgo, para obtener un beneficio con la atención que le fue negada, pues el doctor G.P. si no examinó a la paciente obró de manera negligente, no sólo con ésta sino con su colega, lo cual es reprochable; cosa que sí hicieron sus colegas del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria de Guarne, donde la paciente ingresó en peores condiciones de salud que en la CLÍNICA SOMER, y contaba con menos recursos que ésta, no siendo esto óbice para atender a la señora M.O. (q.e.p.d.). Si por el contrario, examinó a la paciente, debió, ante la valoración del escenario en que se encontraba ésta y su colega, ofrecer ayuda, pues es de Perogrullo que un hospital de tercer nivel cuenta con recursos superiores en cantidad y calidad a los de una ambulancia; además, contaba con el apoyo de un especialista en cuidados intensivos, al que no acudió a pesar de haber hablado telefónicamente con él, ante la condición de la paciente, debiendo hacerlo, con lo cual le negó la posibilidad de ser socorrida por un experto exponiéndola a riesgos en que no debió incurrir, independiente del desenlace que tuviera la paciente. Así, el doctor G.P., asumió el riesgo de la atención.

La ética obliga a los médicos a ofrecer a su paciente las condiciones óptimas en cada momento, lo cual en el caso in comento no se dio, violando de esta manera la Ley 23 de 1981 en su artículo 1. numeral 1 al irrespetar la vida y fueros de la señora M.E.M.O. A (q.e.p.d.), la cual no se trataba de trasladar un objeto para una cama inexistente sino una persona humana con esencia espiritual, actitud que es violatoria de los principios fundantes de la profesión y sin los cuales ésta carece de sentido. Del mismo modo, con su actuación, el doctor G.P desconoció el Juramento Médico al no velar solícitamente por su paciente, dejando mucho que desear con el apoyo a su colega y al no velar con sumo interés y respeto por la vida humana, situación que se vio agravada al, ni siquiera molestarse en registrar un evento médico en la historia médica de una persona, que para ese momento, debió ser su paciente.

El no dedicarle el tiempo y atención necesaria a la paciente para determinar el estado de salud contando con personal experto y más medios que los existentes en la ambulancia, transgredió el artículo 10 de la Ley 23 de 1981. Y al no tomarse la molestia de registrar esta atención o la situación ocurrida en urgencias, transgredió el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, al desconocer que la historia clínica de una persona, por muy breve que

sea la atención, es un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente y constituye parte de su biografía médica. Ante esta actuación, no puede este Tribunal estar más de acuerdo con la defensa, en que dicha sanción fue desproporcionada, pues por la falta tan grave con la paciente, ésta debió ser mayor.

Comparte esta Corporación la postura del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia, relacionada con el papel que debió desempeñar el doctor G.P., pues la paciente había sido aceptada en remisión, contaba el galeno encartado con más y mejores recursos que el doctor M. en la ambulancia, para brindarle la atención óptima en ese momento a la paciente; contaba con especialista en cuidados intensivos, y las instalaciones del servicio de urgencias de una clínica de tercer nivel, y no lo hizo, lo cual demuestra una negligencia en su proceder. Debe recordar el doctor G.P., que el concepto de medicina crítica y cuidados intensivos, no hace referencia a una cama, lugar o existencia de equipos e insumos sino a una actitud de cuidado extremo hacia el paciente, actitud a todas luces desconocida en este caso. Se pregunta este Tribunal, cuál hubiera sido el comportamiento del doctor G. P., si ante el hecho de contar con intensivista, otros galenos especialistas y recursos en urgencias y salas de cirugía, entre otros, si le llegará una paciente con un infarto, la rechazaría por no tener camas disponibles, o le brindaría alguna atención antes de remitirla? Según la lógica manifestada en su defensa, no se sentiría con la obligación para atenderla, por no contar con camas en la unidad de cuidados intensivos, pues estos esfuerzos no serían efectivos. Ahora, si nos aproximamos al caso de la paciente desde el lugar en que estaba el galeno encartado y sus funciones como médico de un servicio de urgencias, debemos acudir al concepto de urgencia, que como lo indica su definición, se entiende así: *“Del latín **urgentia**, urgencia hace referencia a la cualidad de **urgente** (que urge, apremia o requiere de pronta atención). Una **urgencia** es algo que debe resolverse de forma inmediata. ... Una **urgencia** implica una necesidad apremiante o una situación que requiere de atención sin demoras.”* (AWWE- Alliance for World Wide Editing). Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) la Emergencia *“es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano”*. Como en el caso sub examine.

O sea que, una Emergencia Médica es una situación crítica de riesgo vital inminente, en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas. Al no tomar las

medidas que le debió brindar a su paciente, el doctor G.P. faltó al artículo 15 de la Ley 23 de 1981, al exponer a la paciente a riesgos injustificados. Es por lo anterior que este Tribunal Nacional de Ética Médica, y en tratándose de una serie de faltas contra la ética médica cometidas por el doctor M.A.P. y las implicaciones que este tipo de faltas tienen sobre el ejercicio ético de la medicina y la salud de los pacientes que, en uso de las facultades que le confiere la Ley,

### **RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Confirmar como en efecto confirma, la sanción al doctor M.A.G.P. consistente en la suspensión del ejercicio profesional por el término de un mes por la transgresión de los artículos 1, numeral 1; artículos 2, 3, 10, 15 y 34 de la Ley 23 de 1981 **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ Magistrado- Presidente; GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado Ponente FERNANDO GUZMÁN MORA Magistrado; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado; ALBERTO VANEGAS SAAVEDRA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y LEONOR ALMEIDA FRANCO, Secretaría (Ad-hoc).

Bogotá, marzo veintiuno (21) del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1359 DEL VEINTIUNO (21)  
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

**REF: Proceso No. 2012 – 001 del Tribunal Seccional de Ética Médica  
del Chocó**

**Contra: Dr. E.A.G.**

**Demandante: Sr. H.P.R.**

**Magistrado ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández  
Providencia No. 23-2017**

**VISTOS**

Mediante providencia del 14 de diciembre de 2016, el Tribunal Seccional de Ética Médica del Chocó impuso sanción de suspensión en el ejercicio profesional médico por un período de seis (6) meses al Dr. E.A.G., por violación de los artículos 2, 3, 10, 34 y 36 de la Ley 23 de 1981.

El defensor del disciplinado interpuso los recursos de reposición y de apelación, siendo negado el primero, y concedida la segunda mediante proveído del 22 de febrero de 2017.

La Corporación procede a resolver lo pertinente luego de hacer un análisis de los siguientes

**HECHOS**

El 24 de septiembre de 2012 recibió el Tribunal de Ética Médica del Chocó queja interpuesta por el Sr. H.P.R. contra el médico de urgencias de la Clínica de la Policía, Dr. E.A.G., por supuestas fallas en la atención prestada a su esposa, N.L.R., el día 30 de julio de 2010. El Tribunal Seccional aceptó

la queja, abrió la investigación y en el curso de ella recibió y estudió la historia clínica de la paciente.

De acuerdo con los registros en dicho documento, la señora N.L.R., consultó el 30 de julio de 2012 a las 09:20 am al servicio de consulta externa de la Clínica de la Policía en la ciudad de Quibdó, por síntomas de *“cuatro días de vómito y diarrea asociado a malestar general, no manifiesta fiebre ni otros síntomas, manifiesta que se hizo maniobras caseras, tomó suero oral con lo que mejoró la diarrea pero no el vómito ni el malestar. Hoy manifiesta epigastralgia. Fué valorada por el Dr. E.A.G. quien encontró al examen “TA 110/70 FC 78x`Glicemia 242 por glucometría, cabeza mucosas semi secas ligeramente pálidas, habla normal, colabora con el interrogatorio, orientada, consciente. cuello sin masas, torax Rs Cs sin soplos, CsPs claros sin roncus ni agregados. Abdomen blando globoso, ligeramente doloroso en mesogastrio sin masas y sin megalias. Ext: sin masas y sin megalias, genuitourinario sin.... Neurológico sin ningún déficit, orientada en todas sus esferas, colaborando con el interrogatorio”*

*Llevó a cabo una impresión diagnóstica de: “Hiperemesis + DHT II, DMII x HC, EAP” y ordenó “1. Observación, 2. CSV, 3. Glicemia, Hartmann 2000 chorro para 4 horas, ranitidina 50 mg IV ahora, Metoclopramida 1 amp IV, Hioscina + Dipirona amp IV diluida, Avisar cambios.”*

*Posteriormente a las 11:20 aparece nota en la que el médico registró: “Paciente manifiesta continuar con vómito y malestar general. Se habla con familiar y se le explica que por la condición de la paciente ser diabética y no mejoría del vómito se va a proceder a remitirla al Hospital San Francisco ..... renglón con texto ilegible en la fotocopia que se encuentra en el expediente...”*

*Más adelante, a las 2:00 p.m. el médico consignó “Paciente nuevamente es valorada y manifiesta... no mejoría y además presenta dolor dorso lumbar por lo que se decide remitir al Hospital San Francisco para lo cual el familiar (el esposo) se niega a llevarla y refiere que prefiere llevarla a la casa. Se le explica al familiar lo delicado de la condición de salida ya que la paciente por su condición clínica de puede descompensar fácilmente el esposo decide que no se la lleva al San Francisco pero se la lleva a la Clínica Vida, yo le manifiesto a la enfermera de turno que le haga una nota de enfermería donde el familiar se niega a llevar la paciente al hospital San*

*Francisco de Asís que es el xxx de competencia para el estado de salud de la paciente. Ordenes médicas: 1. Continuar Hartmman mantenimiento, metoclopramida IV ahora, Tramadol 1 amp xxx y Glicemia (glucometria, REMISIÓN AL Hospital San Francisco de Asís”.*

*Finalmente a las 3:00 p.m. se anota lo siguiente: “Reporte de glicemia 143 mg/dl Pte continua con vómito y dolor dorso lumbar. E. Físico TA 120/70, FC 76 PINRLA, mucosa húmeda, tórax RScS sin soplos CsPs bien ventilados, Abdomen blando no doloroso sin masas y sin mejoría, neurológico orientada en todas las esferas, conciente. Ordenes médicas Remisión al Hospital San francisco xxxx ilegiblexxx, Dexametasona amp IM ahora... Continuar con Hartmann para Hidratar.”*

Respecto a la atención posterior de la paciente en la Clínica Vida, consta a folio 16 que la paciente presentaba al momento del ingreso “visión borrosa, disartria ....dificultad respiratoria” y signos de compromiso general por lo que se diagnosticó Neumonía izquierda y se ordenaron paraclínicos y oxigenoterapia. En las siguientes horas presentó paro cardiorrespiratorio que no respondió a las maniobras de reanimación y falleció a las 21:25.

En su escrito, manifestó el quejoso y esposo de la paciente, que la señora L.R. no fue remitida a las 11:20 de la mañana y que las falsas anotaciones al respecto en la historia clínica (donde se mencionaba además que el familiar no deseaba el traslado), fueron realizadas por el médico con posterioridad a los eventos ocurridos ese día. Adicionalmente expresó su inconformidad con la atención que el médico prestó a su esposa hacia el medio día cuando se retiró de la institución para almorzar y cuando al regresar, después de las 2 de la tarde, desatendió el cuadro clínico que venía empeorando. Solicitó finalmente al tribunal, establecer si “dentro de los procedimientos adoptados por los galenos hubo una ruptura del protocolo médico o los estándares que las guías recomiendan para atender a esta paciente que originaron el fallecimiento de la paciente.”

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Mediante auto del 18 de febrero de 2014, el Tribunal Nacional de Ética Médica decretó la nulidad del proceso a partir de la apertura de investigación preliminar, por no haberse escuchado en versión libre al disciplinado. (Cuaderno No. 1, folios 148 y ss).

Por auto del 2 de abril de 2014 se abrió investigación preliminar contra el disciplinado. (Cuaderno No. 2, folio 160).

Por ausencia del disciplinado no se le pudo recibir versión libre en la fecha señalada (Cuaderno No. 2, folio 162).

En una segunda fecha, tampoco se pudo realizar la diligencia por excusa presentada por el defensor (Cuaderno No. 2, folio 166).

En una tercera ocasión tampoco se pudo realizar, por ausencia del magistrado instructor, por permiso concedido por la presidencia (Cuaderno No. 2, folio 172).

En una cuarta ocasión no se realizó la diligencia por ausencia no justificada del disciplinado y de su defensor (Cuaderno No. 2, folio 174).

A folio 178 aparece informe secretarial donde se deja constancia que por los medios de comunicación se ha sabido que al disciplinado se le dictó medida de aseguramiento. Por la razón anterior por quinta ocasión tampoco se pudo realizar la diligencia ordenada (Cuaderno No. 2, folio 179). Por sexta ocasión la diligencia tampoco pudo ser practicada por la situación de privación de la libertad del disciplinado. (Cuaderno No. 2, folio 185).

Por séptima ocasión la diligencia no pudo ser realizada por no presencia del disciplinado, pese a que la Dirección del establecimiento carcelario se le había informado sobre la fijación de la fecha de la misma (Cuaderno No. 2, folio 190).

A folio 192 aparece un auto donde se ordena preguntarle al disciplinado cuando quiere rendir su versión libre. A folio 196 aparece mensaje del disciplinado informando que se encuentra hospitalizado. A folio 199 aparece auto ordenando indagar a la entidad hospitalaria donde se encuentra el disciplinado para que se informe sobre su estado de salud y finalmente el 25 de febrero de 2015 se recibió la versión libre al disciplinado. (Cuaderno No. 2, folios 212 y ss).

A folio 220 y siguientes aparece auto donde se abre investigación disciplinaria y al mismo tiempo se le formula pliego de cargos al disciplinado, sin que aparezca que esta decisión haya estado precedida del informe de conclusiones de que hablan los artículos 75, 79 y 80 de la Ley 23 de 1981, al disponer:

“**ARTICULO 75.** Una vez aceptada la denuncia, el presidente del Tribunal designará a uno de sus miembros para que se instruya el proceso disciplinario y presente sus conclusiones dentro de un término no superior a quince días hábiles.

“**ARTICULO 79.** Presentado el informe de conclusiones, el Tribunal en pleno se ocupará de su conocimiento dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de presentación, y podrá,

si lo considera conveniente, solicitar la ampliación del informativo señalando término para los efectos, el cual en ningún caso podrá ser superior a quince días.

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

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

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

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

Señalada la fecha para la diligencia de descargos, no se hicieron presentes a la misma, ni el disciplinado, ni su apoderado. (Folio 232) y con fecha 14 de diciembre de 2016, aparece la sentencia sancionatoria contra el disciplinado Dr. E.A.G. (Folio 234 y ss).

A folio 247 aparece memorial del defensor quien interpone los recursos de reposición y de apelación contra la anterior decisión, porque estima que se ha vulnerado el debido proceso y no se hizo una investigación integral. Por decisión del 22 de febrero de 2017, el Tribunal de primera instancia no repuso su decisión y concedió el recurso de apelación interpuesto de manera subsidiaria.

Esta Corporación decretará la nulidad, a partir del auto de apertura de investigación formal y pliego de cargos, Folio 220, del 28 de septiembre de 2016 por las siguientes razones:

Es indispensable dentro del cumplimiento de las exigencias del debido proceso, que una vez perfeccionada la investigación, el magistrado instructor presente ante la Sala del respectivo tribunal un informe de conclusiones, en el que se debe hacer un análisis y valoración de las pruebas recaudadas y formular una propuesta de calificación ante la Sala, que tendrá como material de trabajo, ese documento, para finalmente decidir por mayoría, si se precluye la investigación a favor del disciplinado o se le formulan cargos. Este informe de conclusiones no es potestativo del magistrado instructor, sino que es de imperativo cumplimiento de conformidad con las previsiones de los artículos 75, 79 y 80, precedentemente transcritos. Al no haberse

cumplido con ésta parte fundamental del procedimiento se ha incurrido en una clara violación de las formas propias del juicio y consecuentemente con la vulneración del debido proceso constitucional previsto en el artículo 29 de la Carta Política.

En las condiciones establecidas se declarará la nulidad de todo el proceso a partir del auto de formulación de cargos, por no haberse cumplido con las exigencias de los artículos antes mencionados y transcritos.

Pero la anterior no es la única irregularidad causal de anulación del proceso, porque si se observa la parte resolutive del auto por medio del cual se formulan cargos contra el disciplinado, el mismo constituye una decisión compleja, en cuanto que en la misma decisión se abre investigación disciplinaria formal y al mismo tiempo se le formulan cargos al disciplinado. Al haberse actuado de tal manera, se ha de concluir de manera necesaria, que en realidad, pese a haberse ordenado abrir la investigación, la misma no existió, en cuanto a que no se dio un espacio temporal prudencial para que si no había lugar a decretar pruebas de oficio, el disciplinado y su defensor hubiesen podido solicitar las pruebas que considerasen conducentes para su defensa. Y esa ausencia del factor temporal, durante el cual se hubiese desarrollado una verdadera investigación se evidencia en el memorial sustentatorio de los recursos, cuando el defensor se queja de no haber escuchado el testimonio de la enfermera jefe Leidy Ruiz, solicitado por el disciplinado; de la misma manera que no se realizó ningún esfuerzo para determinar las condiciones precarias de la clínica de la policía, porque al decir de la defensa, no es una verdadera clínica, sino un simple centro de salud.

Finalmente, se incurrió en otra grave irregularidad, porque después de la formulación de cargos, no hubo una diligencia de descargos, debido a que en la fecha señalada para la misma, no asistió ni el disciplinado, ni tampoco el defensor. La ausencia del disciplinado es entendible por su situación de detención preventiva en que se encuentra, más no así la del defensor, quien ha debido ser requerido para que cumpliera con sus deberes profesionales y en caso de insistir en el incumplimiento de los mismos, designarle un defensor público o de oficio.

Es claro que al no haberse realizado la diligencia de descargos se vulneró de manera grave el derecho de defensa y consecuentemente el debido proceso constitucional.

Las tres irregularidades antes destacadas constituyen graves violaciones a las formas propias del juicio, al derecho de defensa y consecuentemente constituyen una clara violación del debido proceso constitucional, razón por la cual se decretará la nulidad de todo el proceso, a partir del auto de formulación de cargos.

Son suficientes las consideraciones precedentes, para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en cumplimiento de las funciones que le señala la ley

### RESUELVA

**ARTÍCULO PRIMERO:** DECRETAR LA NULIDAD de todo el proceso, a partir del auto del 28 de septiembre de 2016, que aparece a folio 220 y siguientes del segundo cuaderno del proceso adelantado contra el Dr. E.A.G, por vulneración de los derechos de las formas propias del juicio, a la defensa en juicio y al debido proceso constitucional. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, marzo veintiuno (21) del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1359 DEL VEINTIUNO (21)  
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

**REF: Proceso No. 1728-12 del Tribunal Seccional de Ética Médica del  
Valle Del Cauca**

**Denunciante: A.s.**

**Contra el Doctor J.M.H.P.**

**Providencia No. 25-2017**

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez**

**VISTOS**

Mediante providencia del 16 de marzo de 2016 el Tribunal Seccional de Etica Médica del Valle del cauca resuelve que existen méritos para formular cargos contra el doctor J.M.H.P., por posible violación a los artículos 50, 51 y 52 de la Ley 23 de 1981, los dos primeros artículos en concordancia con los artículos 28 y 29 del Decreto 3380 de 1981.

El 13 de abril de 2016, el implicado y su apoderado asisten a la diligencia de descargos presentando escrito de los mismos. Mediante providencia del 28 de septiembre de 2016 el Tribunal Seccional no acepta los descargos presentados por el doctor J.M.H.P., y le impone sanción de Censura Escrita pero Privada.

El 4 de noviembre de 2016, el apoderado del implicado interpone recursos de Reposición y Apelación contra la decisión del 28 de septiembre de 2016, solicitando la prescripción de la acción disciplinaria, o en su defecto la revocación de la sanción impuesta.

Mediante providencia del 8 de febrero de 2017, el Tribunal Seccional no repone decisión y concede el recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Etica Médica.

El 28 de febrero de 2017, el apoderado del implicado presento una adición al recurso de apelación contra la providencia del 28 de septiembre de 2017, solicitando la proscripción y la revocatoria del fallo el fallo.

El expediente que consta de dos cuadernos de 276 y 171 folios respectivamente, se recibe en esta corporación el día 10 de marzo de 2017, y es puesta para reparto el día, 14 del mismo mes, correspondiendo por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez

### **LA QUEJA Y LOS HECHOS**

La queja es interpuesta por el gerente jurídico de la EPS-S A.S, donde se afirma que el paciente J.A.R.A., padecía de Leucemia Mieloide Crónica y que necesitaba ciertos medicamentos excluidos del POS razón por la cual interpuso acción de tutela en contra de A.S., en el Juzgado Cuarto Civil Municipal, esta corporación decide tutelar el derecho, ordenando suministrar un tratamiento integral al paciente. Siendo así las cosas el señor J.R. venía siendo tratado por el doctor J.M.H.P., quien es médico Hemato oncologo.

El señor J.R. fallece como consecuencia de su enfermedad el dia14 de Julio 2011, tal y como consta en el certificado de defunción.

Sin embargo con fecha del 3 de agosto, 9 de septiembre y 4 de Octubre del 2011, se expiden formulas medicas con firma y sello del Centro Medico Imbanaco- oncología clínica y hematológica, por el Dr. J.M.H.P., quien formula: Hidroxiurea tab por 500 mg cantidad 180, Dasatinid par 100, oxicodona por 20 mg cantidad 120, pañales para adulto #24 (2 paquetes), crema para pañalitis y anti escara- amipro 1 tarro.En el mes de Octubre del 2011 se reporta a la EPS el fallecimiento del paciente J.A.R., ocurrido en la fecha mencionada del 14 de Julio 2011, por lo que la desafiliación se produjo el 6 de Octubre de 2011, fecha esta última, a partir de la cual no se volvieron a presentar reclamos de medicamentos para el Paciente fallecido.

### **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS**

En la interposición del recurso de reposición, y en subsidio de apelación, la defensa solicita que se declare la prescripción de la acción disciplinaria,

por haber transcurrido más de cinco años de la ocurrencia de los hechos materia de investigación.

La defensa no está de acuerdo con las excelentes explicaciones jurídicas y constitucionales del tribunal seccional al respecto (folios 231 a 233 y 259 y 260) dado que una vez negada la reposición y concedido el recurso de alzada presenta una adición al recurso de apelación insistiendo en que se declare la prescripción del proceso.

Considera este Tribunal Nacional que son claros y jurídicamente válidos todos los argumentos respecto a la prescripción de la acción disciplinaria aportados por el Tribunal Seccional, sin embargo y dada la trascendental importancia del cambio significativo que se presentó en la norma disciplinaria, a raíz de la modificación del artículo 30 de la ley 734 de 2002, producida por el artículo 132 de la ley 1474 de 2011, la jurisprudencia cambió, como lo señala la Sala con ponencia del Magistrado Fernando Guzmán Mora:

*“..Lo anterior nos indica que hubo una profunda modificación en cuanto a la forma de comenzar a contarse la prescripción de la acción disciplinaria, porque ya no es desde el momento de la consumación, ni desde la ejecución del último acto, ni desde que cesó el deber de actuar, como se había contemplado en la legislación anterior, sino que el término prescriptivo se comenzará a contar a partir de la fecha en que se dicte el auto de apertura de la investigación disciplinaria. Es más que evidente que de manera general, los vencimientos de los términos y la consumación de la prescripción, son responsabilidad del Estado y de manera concreta de los funcionarios encargados de adelantar los procesos disciplinarios. Si ello es así, no puede concebirse que el ciudadano que se ha sometido a proceso y ha cumplido lealmente con sus deberes dentro del proceso, como consecuencia de la negligencia, desidia o desinterés de los funcionarios responsables del adelantamiento del proceso, le sobrevenga al ciudadano investigado un castigo, - la prolongación del periodo prescriptivo de la acción -, por conductas que no son de su responsabilidad. (Gaceta Jurisprudencial N° 16 Memorias reunión de tribunales Junio 19 y 20 de 2015)”*

Y posteriormente en Providencia No. 24 -2016 SESIÓN No. 1311 DEL VEINTINUEVE (29) DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS

(2016) con ponencia del mismo Magistrado Dr. Fernando Guzmán Mora, se exponen más a fondo las razones para dicho cambio:

#### *VI-SOBRE LA INTERRUCION DE LA PRESCRIPCION*

*Es de capital importancia referirnos a este asunto y, para fundamentar la ratio decidendi de esta superioridad, nos permitimos transcribir algunos apartes de la providencia 2015-65, con ponencia del Magistrado Fernando Guzmán Mora:*

*“...Debe analizarse aquí un aspecto de capital importancia que viene preocupando a los tribunales de ética médica colombianos, tanto seccionales como nacional, respecto de la prescripción que ha sido analizada previamente.*

*Por muchísimas razones, muchos procesos disciplinarios ético médicos han sido cobijados por este fenómeno procesal, que constituye una verdadera sanción al aparato judicial del Estado por su ineficiencia, negligencia, ineficacia e inefectividad en la resolución de casos de variada índole.*

*En nuestro sistema profesional médico se presentan varias causas de prescripción, entre las cuales mencionamos solamente algunas:*

*1- La demora en la presentación de la denuncia ante los tribunales ético disciplinarios por ignorancia de los pacientes y las víctimas de actos médicos que violan el Código de Ética Médica, Ley 23 de 1981. Aquí entran en consideración todos los aspectos de caducidad, en el sentido de limitar el tiempo para poder movilizar el derecho de acción disciplinaria.*

*2- La falta de diligencia por parte de las entidades estatales o privadas que conocen de las posible faltas disciplinarias y se demoran en denunciarlas ante los tribunales disciplinarios.*

*3- La negligencia por parte de algunos tribunales de ética médica respecto de la agilización de los procesos, por motivos de variada índole. Tal es el caso de Norte de Santander, demostrado en el presente proceso.*

*4- La excesiva carga de procesos en manos de un número insuficiente de magistrados seccionales, como ocurre en Bogotá, al cual llegan verdaderas avalanchas de quejas.*

5- Las prácticas dilatorias por parte de abogados habilitados, que demoran los procesos a través de numerosos actos como: aplazamiento de diligencias, obstrucción a las notificaciones, solicitud de pruebas inútiles, presentación de nulidades inexistentes, etc.

6- La aparición de efectos lesivos de algunos procedimientos operatorios, tal como ocurre en casos de cirugía estética en los cuales se administran sustancias que muestran sus efectos después de cinco años de haber sido aplicadas en el organismo humano.

*Es una realidad que en la Ley 23, regulatoria del proceso ético disciplinario no existe ninguna previsión normativa relacionada con la prescripción y menos aún, sobre su posible interrupción.*

*Esta laguna legislativa nos obliga a realizar una serie de consideraciones sobre la posibilidad de la integración legislativa con normas de otros ordenamientos, para que podamos responder a éste interrogante, de si en el proceso disciplinario es posible la interrupción del período prescriptivo de la acción.*

*El Estado en el ejercicio de sus potestades y funciones tiene dos formas fundamentales de expresarse, una a nivel interno y otra en el ámbito internacional, en ésta última caracteriza su dinámica en su interactuar con la comunidad internacional, accionar del que de manera necesaria depende su independencia, su soberanía, su integridad territorial; mientras que en la primera manifiesta su accionar en el ejercicio de su poder, le confiere una capacidad jurisdiccional, para resolver todos los conflictos internos que se presenten al interior de la Nación, bien entre los miembros de la comunidad entre sí, o entre éstos y las personas jurídicas de derecho privado o público, o conflictos entre personas jurídicas públicas o privadas. En el ámbito jurisdiccional, ejerce el ius puniendi, o capacidad persecutora y sancionadora del Estado, en relación con todas aquellas personas que vulneren las reglas mínimas de convivencia social.*

.....

*Dentro de esa naturaleza compleja del derecho disciplinario ha de concluirse entonces que el trámite de los procesos disciplinarios debe adelantarse con el apego de los principios y garantías propias del derecho penal material y que la decisión final del proceso disciplinario si es susceptible de ser cuestionada ante la justicia contencioso administrativa.*

*El Derecho Penal Disciplinario en el pensamiento de don Luis Jiménez de Asúa:*

*“Es un conjunto de normas que asocian a las infracciones de naturaleza administrativa en que interviene la potestad jerárquica, con una sanción que reviste carácter de pena “ Existe sin embargo una profunda diferencia estructural y de objetivos y consecuencias entre los dos ordenamientos, por los principios en que se fundan, porque mientras el derecho penal con la creación previa de un catálogo de tipos penales, busca la represión y prevención de la delincuencia, buscando la protección de aquellos bienes jurídicos de especial relevancia para el Estado, la Nación, y la Persona; el derecho disciplinario, mediante sanciones que si bien no asumen la índole de penas, tiene si un claro carácter sancionatorio, preventivo y correctivo, con las que se busca mantener la eficiencia y debido comportamiento impuestos por los ordenamientos disciplinarios destinados a mantener el adecuado manejo de la administración pública, del funcionamiento correcto de las instituciones docentes, de la lealtad en la práctica deportiva, o del correcto ejercicio de las profesiones liberales autorizadas y reguladas por la legislación. Es importante igualmente destacar que el rigor que en la descripción de las conductas típicas que se exige en el ámbito del derecho penal no se da en el derecho disciplinario, puesto que al decir del maestro Jiménez: “ A nuestro juicio, lo que acontece es que la infracción suele estar formulada inconcretamente, vagamente. En este sentido y por lo mismo que los tipos penales son agotadores, no le falta razón a Max Ernesto Mayer al establecer como características del Derecho Penal disciplinario la ausencia del tipo “. La potestad disciplinaria que posee el Estado deviene directamente de la propia Constitución, puesto que al imponerse una serie de deberes a los funcionarios públicos, se prevé la posibilidad de su sanción para garantizar el correcto y eficiente funcionamiento del Estado en todas y cada una de sus manifestaciones. La Constitución Nacional en el capítulo destinado a la función pública, precisa y determina quienes son funcionarios públicos y delega en la ley para que establezca el régimen a que estarán sometidos quienes desempeñen funciones públicas transitorias.*

*Igualmente se establece en la Carta Política la responsabilidad penal y disciplinaria para los funcionarios del Estado, y la de éstos y los particulares en el artículo 6° del mismo Estatuto, confiriéndose a la*

*Procuraduría General de la Nación el poder disciplinario preferente en el numeral 6° del artículo 277 de la C. N. .*

*Por delegación legal del Estado, se faculta a algunas instituciones privadas, con funciones públicas transitorias, para que ejerzan igualmente funciones disciplinarias como ocurre con las corporaciones docentes respecto de los estudiantes, los patrones en relación a las faltas cometidas por los trabajadores de conformidad con un reglamento del trabajo debidamente autorizado por el Ministerio del Trabajo, en la actividad deportiva por parte de las ligas aficionadas o profesionales en relación con las infracciones al reglamento deportivo, por delegación directa de la Ley del Deporte y en las agremiaciones profesionales, para ejercer un control sobre el ejercicio adecuado de esas profesiones que son autorizadas y reglamentadas por el Estado.*

*Porque en relación con el tema que nos interesa debemos recordar que a pesar de que la Constitución consagra la libertad de escogencia profesional, el Estado se reserva el derecho de controlarlas y reglamentarlas y ello es apenas elemental porque con el ejercicio incorrecto de una profesión se pueden llegar a ocasionar graves daños a los miembros de la comunidad .*

....

*Son entonces los Tribunales de Ética una necesidad social y un positivo aporte para la dignificación de las diversas profesiones, porque es claro que aun en el caso específico que nos preocupa, un médico deshonesto desdice de su profesión, la mancha y con tal ofensa afecta a la integridad de los miembros del cuerpo médico, porque es bien sabido que el pueblo, cuando ocurren situaciones o circunstancias que lo afectan no particulariza al deshonesto, sino que generaliza, haciendo referencia al cuerpo médico en su globalidad.*

*Los Tribunales de Ética Médica entonces están concebidos para garantizar el correcto ejercicio de la medicina y cumplido éste propósito, efectivizar los más altos intereses constitucionales de velar por la salud y la vida de los ciudadanos de Colombia.*

*Creemos que los médicos dentro de tales previsiones no solo deben esforzarse en cumplir personalmente de la manera más estricta con sus deberes, sino que deben poner en conocimiento de las autoridades todo acto médico que deshonre la profesión y que afecte la moral y la honra*

*médica, porque con tal procedimiento no solo están colaborando en bien de la salud y la vida de los miembros de la comunidad, sino que está protegiendo el presente y el futuro de la profesión médica.*

*Desde ésta perspectiva, ha de concluirse que la ley de Ética Médica es una ley especial, en cuanto contiene los procedimientos sancionatorios para garantizar que los principios constitucionales respecto a la vida y la salud se mantengan incólumes desde la perspectiva del ejercicio profesional médico; respecto del Código Contencioso Administrativo, que es una ley general, puesto que prevé la forma de solucionar los conflictos entre el Estado y la persona y entre los diversos entes conformantes del Estado*

*La Constitución establece el concepto del debido proceso constitucional en el artículo 29 al disponer:*

*“ El debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas.-*

*....*

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

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

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

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

*La anterior norma fue declarada exequible mediante la sentencia C-083 del 1° de marzo de 1995, con ponencia del H. M. Carlos Gaviria en la que se sostuvo:*

.....  
“ARTÍCULO 30. TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DISCIPLINARIA. Modificado por el artículo 132 de la Ley 1474 de 2011. Estatuto Anticorrupción. CADUCIDAD Y PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DISCIPLINARIA. El artículo 30 de la ley 734 de 2002 quedará así:

*La acción disciplinaria caducará si transcurridos cinco años, desde la ocurrencia de la falta, no se ha proferido auto de apertura de investigación disciplinaria. Este término empezará a contarse para las faltas instantáneas desde el día de su consumación, contados para las faltas instantáneas desde el día de su consumación, para las de carácter permanente o continuado desde la realización del último hecho o acto y para las omisivas cuando haya cesado el deber de actuar.*

*La acción disciplinaria prescribirá en cinco años contados a partir del auto de apertura de la acción disciplinaria. Cuando fueren varias las conductas juzgadas en un mismo proceso la prescripción se cumple independientemente para cada una de ellas.*

*PARÁGRAFO. Los términos prescriptivos aquí previstos quedan sujetos a lo establecido en los tratados internacionales que Colombia ratifique. ( Lo destacado no lo es en el texto ).*

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

*Por su importancia en el desarrollo individual y social de todos los colombianos y de quienes habitan el territorio nacional, el legislador quiso*

*señalar un término prescriptivo de la acción disciplinaria prudente, que respondiese a la trascendental misión encomendada al instrumento procesal disciplinario. Pensar en la sola posibilidad de rebajar el término prescriptivo de la acción constituiría un inmenso perjuicio para la sociedad colombiana y para los integrantes de la Nación en particular, porque se correría el riesgo de que muchas actuaciones de los médicos en el ejercicio profesional pudiesen quedar en la impunidad, por efectos de la prescripción de la acción, ocasionándose un profundo perjuicio a los intereses generales de la Nación. Sería entonces imposible la aplicación de las previsiones del Código Contencioso Administrativo, que reduciría de una manera ostensible el término prescriptivo, con grave perjuicio para la nación colombiana y de cada uno de las personas que la integran.*

*Aceptar la propuesta de la remisión al Código Contencioso, significaría igualmente aceptar una clara vulneración al principio de igualdad de los ciudadanos ante la ley , porque mientras los médicos tendrían un período prescriptivo de la acción mucho más corto, los servidores públicos y los particulares que ejercen funciones públicas transitorias, tendrían un periodo prescriptivo mayor, por estar sometidos al Código Disciplinario Único.*

*Haciendo entonces remisión al Código Disciplinario Único, por similitud de materias, el término prescriptivo de la acción debe comenzar a contabilizarse a partir del auto que abre el proceso disciplinario, de conformidad a las previsiones del artículo 30 de la Ley 734 de 2002, modificado por el artículo 132 de la Ley 1474 de 2011.*

*Lo anterior nos indica que hubo una profunda modificación en cuanto a la forma de comenzar a contarse la prescripción de la acción disciplinaria, porque ya no es desde el momento de la consumación, ni desde la ejecución del último acto, ni desde que ceso el deber de actuar, como se había contemplado en la legislación anterior, sino que el termino prescriptivo se comenzará a contar a partir de la fecha en que se dicte el auto de apertura da la investigación disciplinaria. Es más que evidente que de manera general, los vencimientos de los términos y la consumación de la prescripción, son responsabilidad del Estado y de manera concreta de los funcionarios encargados de adelantar los procesos disciplinarios. Si ello es así, no puede concebirse que el ciudadano que se ha sometido*

*a proceso y ha cumplido lealmente con sus deberes dentro del proceso, como consecuencia de la negligencia, desidia o desinterés de los funcionarios responsables del adelantamiento del proceso, le sobrevenga al ciudadano investigado un castigo, - la prolongación del periodo prescriptivo de la acción -, por conductas que no son de su responsabilidad. (Gaceta Jurisprudencial N° 16 Memorias reunión de tribunales Junio 19 y 20 de 2015)”*

Teniendo en cuenta lo anterior, la apertura de la acción disciplinaria ético médica en el caso sub iudice está fechada el 13 de junio de 2012, como consta en el folio 0012 del cuaderno principal de este proceso, y por lo tanto se considera que los cinco años de prescripción se comienzan a contar a partir de la fecha de inicio de la acción disciplinaria, con lo cual el termino de prescripción será de cinco (5) años contados a partir de esa fecha, es decir hasta las 24 horas del día 12 de junio de 2017.

Ahora bien, en cuanto a la ocurrencia de la falta y la tipificación de la misma, no existe ningún asomo de duda en el expediente de que el Dr. J.M.H.P., falsificó en cinco oportunidades una fórmula médica, (folios 006, 007 y 008) al prescribir unos medicamentos a una persona fallecida, con el ánimo según el de “servir y ayudar a la familia del paciente”.

Dada, la contundencia de la evidencia, la aceptación del implicado, la imposibilidad por parte del Dr. J.M.H.P., y de su defensor, de desvirtuar los cargos señalados (folio 0260), no es necesario abundar en análisis, argumentos, o consideraciones para afirmar categóricamente, como lo hace el tribunal seccional de Ética Médica del Valle del Cauca (folios 0228 a 0235 y 0259 a 0261) que el Dr. J.M.H.P., violó los artículos 50,51 y 52 de la Ley 23 de 1981, los dos primeros artículos en concordancia con los artículos 28 y 29 del Decreto 3380 de 1981.

Finalmente es preocupante para esta corporación, la benevolencia del tribunal seccional, al tasar la sanción que se le impuso al Dr. J.M.H.P., puesto que la ley 23 de 1981 en su artículo 52, es clara al señalar la gravedad del hecho: “Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, incurre en falta grave contra la ética el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso”.

Aparte de la Amonestación privada, la “Censura Escrita pero Privada” es la sanción más leve de todas las que contempla la ley 23 de 1981, y con toda certeza no es proporcional a la falta cometida.

No quedando otro camino a esta Superioridad, que actuar conforme a la constitución y la ley de la república de Colombia, al no poder aumentar una pena ya establecida por un tribunal de primera instancia, ARTICULO 31 de la Constitución Nacional : “ Toda sentencia judicial podrá ser apelada o consultada, salvo las excepciones que consagre la ley. El superior no podrá agravar la pena impuesta cuando el condenado sea apelante único”.

Las conductas realizadas por el médico disciplinado pueden llagar a constituir infracciones a la ley penal, razón por la cual esta Corporación en cumplimiento de lo dispuesto en la norma antes citada ordenará la compulsación de copias con destino a la Fiscalía General de la Nación, Seccional de Santiago de Cali (Reparto).

Este tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de sus facultades legales

### RESUELVE

**ARTÍCULO PRIMERO:** Confirmar la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca, de imponer sanción disciplinaria de censura escrita pero privada al Dr. J.M.H.P., médico identificado con cedula de ciudadanía N° ..... de ..... y registro médico ....., por violación a los artículos 50, 51 y 52 de la Ley 23 de 1981, los dos primeros artículos en concordancia con los artículos 28 y 29 del Decreto 3380 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Compulsar copia de este proceso a la Fiscalía General de la Nación, Seccional de Santiago de Cali (Reparto). **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta decisión no proceden recursos. **ARTÍCULO CUARTO:** Devolver al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, cinco (05) de abril del año dos mil dieciséis (2016)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1312 DEL CINCO (05)  
DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS (2016)**

**REF:Proceso No 2014-105 del Tribunal Seccional de Etica Medica del  
Huila**

**Denunciante: Sra. A.C.C.**

**Denunciado: Dr. R.T.D.**

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Perez  
Providencia No. 27-2016**

**VISTOS**

Mediante providencia del 3 de Febrero de 2016, el Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila decide sancionar, con censura escrita y pública al Doctor R.T.D., por la presunta violación de los artículos 10,15 y 36 de la ley 23 de 1981. El 29 de febrero de 2016, el apoderado del médico implicado interpone recurso de apelación contra la providencia

Mediante providencia del 9 de marzo, de 2016 el tribunal seccional concede el recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética médica El 28 de marzo de 2016 se recibe el expediente en esta corporación, consta de dos cuadernos de 418 y 142 folios respectivamente, y el 29 de marzo, es puesto para reparto, correspondiendo por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez, quien procede a resolver el recurso de acuerdo a los siguientes:

**HECHOS**

La Señora Y.C.T., de 56 años de edad para el momento de los hechos, consultó el día 4 de noviembre de 2013 hacia las diez de la noche al servicio de urgencias de la clínica EMCOSALUD de la ciudad de Neiva, por presentar

dolor precordial de más o menos una hora de evolución, que se irradia al cuello y miembro superior izquierdo, de tipo urgente que no mejoró con isordil. (folio 64) se hace una impresión diagnóstica de síndrome coronario agudo, y se deja en observación con captopril, analgésicos, Aspirina, y monitorización continua y se solicitan los exámenes pertinentes. Como antecedentes importantes presentaba Hipertensión arterial.

Nueve horas más tarde aparece una nota de evolución en donde se anota: “paciente con evento coronario agudo tipo IAM sin elevación del ST, se inicia tratamiento específico, manejo anti isquémico, solicita valoraciones especializadas” (folio 67), y aproximadamente una hora y media más tarde es vista por medicina interna, quien confirma el diagnóstico y ordena traslado a la Unidad de cuidado intensivo, donde continúan su manejo médico, practican exámenes complementarios.

El día 7 de noviembre se practica una ecografía trans torácica que muestra leve distorsión anteroseptal por enfermedad coronaria, insuficiencia mitral severa, disfunción sistólica leve, fracción de eyección del 50%

El día 8 de noviembre, tras problemas administrativos con la EPS, se realiza cateterismo cardíaco, que muestra enfermedad coronaria severa de dos vasos principales y dos vasos secundarios, función sistólica del ventrículo izquierdo conservada, e insuficiencia mitral leve a moderada, y al día siguiente se practica un eco transesofágico que muestra: Enfermedad coronaria a nivel anteroseptal y pared inferior, insuficiencia mitral severa, disfunción sistólica leve y fracción de eyección del 50%.

Se realiza una junta médica con cirujanos cardiovasculares de la clínica Medilaser, y se conviene traslado a esa institución, para efectuar una exploración de la arteria femoral izquierda, por un hematoma, secundario al cateterismo cardíaco, y posteriormente realizar una revascularización coronaria.

En el último control postoperatorio, que aparece en el expediente fechado el 17 de junio de 2014 se lee a folio 141: “vengo a control porque soy operada del corazón” (sic) y acto seguido: “paciente femenina de 56 años de edad quien hace 7 meses sufrió infarto agudo de miocardio por lo cual se realizó revascularización miocárdica de 3 arterias. Refiere sentirse bien, niega nuevos episodios de dolor torácico, niega disnea, trae ecocardiograma stress ejercicio que reporta: suficiente (sic) completo 85% de la

prueba negativa para nuevos eventos, eléctricamente para nuevos eventos coronarios. Tiene de base infarto antiguo de cara inferior. Ecocardiograma: enfermedad coronaria a nivel anteroseptal leve: alteraciones del proceso de relajación tardío del ventrículo izquierdo fracción de eyección 58%.”  
“Antecedentes Hipertensión, Hipotiroidismo”

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

### 1- Respecto a la queja:

Es evidente, como dice el abogado de la defensa, que en ninguna parte de la queja de la señora A.C.C., figura como acusado el Dr. R.T.D., más aún a folio 228, en la diligencia de ampliación de la queja, al ser interrogada específicamente, en los siguientes términos: “¿Tiene alguna queja concreta de la atención recibida hasta el momento por el Dr. T.?” la quejosa contestó: “No, el hizo su respectivo diagnóstico, ordenó los exámenes y la parte administrativa no tuvo la oportuna intervención.”

Es muy claro, tanto en la queja, como en la ampliación de la misma, que más bien la inconformidad, se constituye en una acusación directa a la EPS Emcosalud y a su red de prestadores.

Estas circunstancias han sido puestas en conocimiento de las autoridades competentes, quienes han iniciado investigaciones, y como ha sido expresado por el tribunal seccional, no son competencia de los tribunales de ética médica.

No obstante no se puede pasar por alto, que el tribunal seccional de Ética Médica del Huila, durante la investigación preliminar, y en virtud del artículo 74 de la ley 23 de 1981- El proceso disciplinario ético-profesional será instaurado.

- a) De oficio, cuando por conocimiento cualesquiera de los miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente ley.
- b) Por solicitud de una entidad pública o privada o de cualquier persona. En todo caso deberá presentarse por lo menos, una prueba sumaria del acto que se considere reñido con la Ética Médica.

Encontró méritos para formular cargos al Dr. R.T.D., y por lo tanto lo vinculó al proceso.

Tanto el proceso penal como el disciplinario se pueden abrir contra una o varias personas determinadas o sin que se conozca la individualidad del presunto imputado o imputados; esta realidad no impide que iniciada la investigación, el instructor pueda vincular a nuevas personas que inicialmente no aparecieron en la denuncia o en el informe que dio lugar a la apertura de la investigación, porque el hecho que se inicie una investigación en concreto no impide al Estado que la investigación con posterioridad se pueda orientar hacia personas que no parecían como posibles imputados.

Queda entonces claro que es un atributo legal, más aún una obligación legal, del tribunal de primera instancia, de instaurar un proceso ético disciplinario cuando quiera que considere violadas las normas de la Ley 23 de 1981.

## 2- Respecto a la actuación del Dr. R.T.D:

La paciente había venido siendo tratada por el Dr. T. desde el año 2009, en noviembre 2 de 2010 se le solicitó a la paciente un cateterismo cardiaco + coronariografía, examen del que no aparece en el expediente ninguna información. Posteriormente en una consulta de junio 15 de 2011, no se anota que pasó con el cateterismo ni si hay o no síntomas de enfermedad coronaria. En mayo 5 de 2012 hay otra nota de consulta en donde se diagnostica Hipertensión Arterial no controlada y se formula, se cita a control en tres meses, pero la siguiente nota fechada en junio 17 de 2012, refiere dolor precordial, no informa sobre el cateterismo solicitado y solicita un eco estrés. El cual es reportado como: “Negativo al 81% de la frecuencia cardíaca máxima” Hay nuevas valoraciones en febrero y abril de 2013 en las que no se menciona enfermedad coronaria.

En octubre 16 consulta nuevamente por presentar dolor precordial y se solicita un Eco estrés, y nuevamente el 26 de octubre de 2013 solicita un cateterismo cardíaco con arteriografía.

Por lo tanto el Dr. R.T.D., en quien en el expediente se demuestra su experiencia como cardiólogo, no actuó en forma negligente o imprudente.

### 3- Respecto a la Prueba Anticipada:

Afirma la defensa a folio 409, que el tribunal seccional de Ética Médica del Huila, violó el debido proceso pues “llevó a cabo la adopción de pruebas “testimonial”, la cual fue tenida como **PRUEBA ANTICIPADA**, a la formulación de cargos.”(Sic). En el escrito no se menciona a cuál prueba se refiere, obviamente no podía ser a la queja en sí, queda entonces la diligencia de ampliación de la queja, elemento indispensable, para que el magistrado instructor, ratifique la queja, se forme una idea mejor de los hechos desde el punto de vista de la acusación, y haga las aclaraciones que considere pertinentes. Para decidir entonces si en su informe a la sala plena propone abrir investigación formal, o por el contrario no encontrar méritos para iniciarla.

En ningún momento esto constituye una acusación y mucho menos una condena, sino que obliga al tribunal a investigar, como evidentemente lo hizo, en una forma exhaustiva, iniciando por solicitar la versión libre a quienes en ese momento consideró que podrían ser responsables de violar la Ley 23 de 1981. Nuevamente en su informe de conclusiones a la sala plena decide que hay méritos para iniciar Investigación formal al Dr. R.T.D., y formula pliego de cargos, en ese momento y previo conocimiento de la queja, por si mismas o a través de su abogado puede contestar los cargos, controvertir la queja, presentar las pruebas correspondientes y solicitar las pruebas adicionales que considere necesarias de manera que en ningún momento se está violando el debido proceso, en la investigación de la conducta del Dr. R.T.D.

Es deber de los sujetos procesales cuando formulan la posible existencia de una nulidad o de una violación al debido proceso, es la de precisar en qué consiste la nulidad, cuál es la ubicación de la misma dentro del proceso, porqué se considera una actuación irregular, y cuál es su transcendencia, es decir cuál es el daño o perjuicio ocasionado por la misma. De la misma manera cuando se plantea la posible existencia de una violación al debido proceso, es obligación del solicitante de concretar en qué consiste la violación que denuncia, cuál es su ubicación dentro del proceso, cuál es el daño sufrido como consecuencia de la misma.

Ninguno de los deberes anteriores es cumplido por la defensa que se limita hablar de manera general de una presunta violación al debido proceso,

pero sin individualizar la irregularidad y mucho menos destacar o probar su transcendencia. Ante el incumplimiento de los deberes que le incumben a la defensa, no tiene otra opción esta Corporación que la de reiterar que no se observa ninguna violación al debido proceso.

Prueba de ello es que la defensa tuvo la oportunidad de solicitar como prueba, los testimonios de algunos pacientes del Dr. R.T.D. Otra cosa es que ella haya sido negada por el Tribunal seccional, por improcedente, con lo cual concuerda plenamente este Tribunal Nacional, ya que en nada aportarían en el proceso establecido por la atención a un paciente determinado en circunstancias muy distintas de tiempo, modo y lugar.

#### 4- La Elaboración de la historia clínica

La historia clínica es fundamental para una buena relación médico paciente. Esta relación, objetivo esencial de la medicina, se encuentra consagrada en la Ley 23 de 1981, la cual expresa en su artículo IV:

"La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y autentico..."

Y el Artículo 36 de la misma ley 23 dice: "En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad.

Es claro tanto para el tribunal seccional como para esta superioridad, que los folios 133 a 140, en los que se consignan las evoluciones, médicas de la paciente Y.C.T., son, en su gran mayoría, ilegibles y solamente se reconoce el sello sobre la firma, también ilegible, con el nombre del Dr. T., el registro médico y la especialidad. Al tratarse de una historia clínica ilegible en gran parte de la misma habrá de concluirse que se violó la norma que impone como un deber de los médicos que la misma debe ser clara.

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

**RESUELVA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Revocar parcialmente la decisión de sancionar al Doctor R.T.D., identificado con cedula de ciudadanía No... y Tarjeta Profesional de Médico..., con Censura Escrita y Pública, por infracción a los artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Sancionar al Doctor R.T.D., identificado con cedula de ciudadanía No... y Tarjeta Profesional de Médico..., con Amonestación Privada, por infracción a la artículo 36 de la Ley 23 de 1981 **ARTÍCULO TERCERO:** Contra la presente decisión no proceden recurso. **ARTÍCULO CUARTO:** Devolver al Tribunal de Origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, abril veintiocho (28) del año dos mil quince (2015)

SALA PLENA SESIÓN No. 1269 DEL VEINTIOCHO (28) DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015).

**REF: Proceso No.1742 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia**

**Denunciado: Dr. F.J.G.C.**

**Denunciante: Sr. E.V.Y.**

**Asunto: Recurso de apelacion contra Sanciond de suspensión**

**Magistrado ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora. MD**

**Providencia No. 32-2015**

### VISTOS

El Tribunal seccional de Ética Médica de Antioquia, mediante providencia de 28 de enero de 2015 no aceptó los descargos rendidos por el doctor F.J.G.C. y decidió condenarlo a la sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de un mes, debido a violación de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981, concordantes con el artículo 9 del Decreto 3380 del mismo año.

La providencia fue notificada personalmente al condenado y a su defensor el 30 de enero de 2015.

Dentro de términos, la defensa del investigado elevó recurso de apelación en contra de la sentencia condenatoria el 20 de febrero de 2015.

Mediante auto de 18 de marzo de este año, el Tribunal Seccional concedió el recurso de apelación ante este tribunal nacional, el cual recibió el expediente el 19 de marzo de los corrientes.

Puesto para reparto el 24 de marzo, correspondió por sorteo al Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA, quien procede a resolver el recurso con base en los siguientes:

### HECHOS

El día 6 de abril de 2010 el señor E.V.Y. presentó queja en contra del médico F.J.G.C., identificado con cédula de ciudadanía número..., expedida en..., por hechos ocurridos el 3 de abril de 2010, cuando falleció en la IPS COOPSANA de la ciudad la señora M.Y.P. de 57 años, identificada con la cédula de ciudadanía número..., expedida en...

La paciente venia presentado signos respiratorios desde hacia varias semanas y se encontraba en tratamiento con medicaciones ordenadas por médicos neumólogos. El día de su muerte acusaba dolor precordial y aumento de la dificultad respiratoria.

Llegó a la IPS mencionada a las 08:30 y fue atendida por el médico F.J.G.C. a las 09:12, quien luego de examinarla le ordenó colocación de líquidos parenterales y practicó electrocardiograma y toma de exámenes de laboratorio.

En horas de la tarde revisaron los exámenes y el médico los evaluó, concluyendo que, en su criterio, no mostraban nada grave y ordenó la salida de observación a la paciente M.Y.P.

En el curso de la salida, la paciente volvió a sentir molestias respiratorias y sensación inminente de muerte, por lo cual fue devuelta al área de observación. El médico les dijo a los familiares y a la enferma que no había motivo de preocupación pues se trataba de una “crisis nerviosa”.

Con el transcurso de los minutos, la paciente empeoró su condición, hasta entrar en cuadro de paro cardiorrespiratorio, el cual fue atendido por el médico y sus auxiliares sin resultado efectivo, con el consiguiente desenlace fatal para la paciente.

Revisando los datos de exámenes paraclínicos, se encontró que existía anormalidad en el trazo electrocardiográfico, el cual se confirma en los folios 9 y 10 del cuaderno 3 del expediente, donde es evidente una alteración sugestiva de isquemia en caras lateral, anterior e inferior.

El Tribunal de primera instancia confirmó estos hechos y acusó al médico F.J.G.C., de actuar de manera negligente e imprudente, violando en esta forma los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981.

En el curso de la investigación disciplinaria se encontró que el médico F.J.G.C., incurrió en varias contradicciones de tipo variado, lo que sumado al material probatorio que se analizó en el curso del proceso convenció al juez acquo de la culpabilidad del médico investigado, el cual fue condenado el día 28 de enero de 2015 a la sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de un mes.

Finalizando los términos del plazo para presentar los recursos, el apoderado de F.J.G.C., elevó recurso de apelación en contra de la sentencia condenatoria, aduciendo una serie de argumentos que, por efectos del análisis alrededor de la PRESCRIPCIÓN que cubrió este proceso, no se consignan en esta providencia, como se verá mas adelante.

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

Como ya se expresó antes, mediante auto de 18 de marzo de este año, el Tribunal Seccional concedió el recurso de apelación ante este Tribunal Nacional, el cual recibió el expediente el 19 de marzo de los corrientes y fue repartido por sorteo el 24 de marzo, es decir, ocho días antes de la culminación de los cinco años que cubren el termino de prescripción disciplinaria.

Quiere decir lo anterior que, así se hubiera emitido este fallo antes de 24 horas de haberse recibido el proceso, y se hubiera enviado la decisión el mismo 25 de marzo de este año, los escasos días transcurridos entre el envío al tribunal de origen, la notificación y los términos de ejecutoria, hubieran sido cobijados por el tiempo prescriptorio, limitado a cinco días hábiles entre ese 25 de marzo y el 3 de abril.

Llama la atención la demora, verdaderamente injustificada, de este proceso por espacio de casi cinco años en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia, lo cual obedece a numerosos actos procesales dilatorios por parte del acusado y sus defensores, así como a falta de celeridad y eficacia por parte de ese tribunal seccional.

Estas demoras o dilaciones encaminadas a buscar la prescripción de este proceso dejan un amargo sabor de falta de diligencia en el tribunal de primera instancia, por la irresponsabilidad del ponente.

Se llama entonces la atención del juez acquo en este sentido, porque debemos declarar este instituto procesal de la prescripción, obedeciendo los mandatos de la Ley que así nos obliga a actuar.

Simplemente enunciaremos el respaldo procesal que apoya esta obligación de esta superioridad.

### I-LA PRESCRIPCION EN EL PROCESO ETICO DISCIPLINARIO

RESPECTO DE LA PRESCRIPCION, en providencia número 42-2003, con ponencia del Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA se expreso lo siguiente:

...

“...Este Tribunal Nacional de Ética médica, en reiteradas jurisprudencias ha dicho:

En efecto, por no tener la Ley 23 de 1981 disposiciones referentes a la prescripción, es necesario acudir a lo que disponga el Código de Procedimiento Penal, según taxativa norma contenida en el artículo 82 de dicha Ley y en el 47 del decreto reglamentario 3380 de 1981 . Pero el Código de Procedimiento Penal tampoco tiene disposiciones relativas a prescripción de la acción, de modo que se hace necesario aplicar el principio de analogía para cumplir con las condiciones del debido proceso; así las cosas, se puede hacer remisión a dos estatutos diferentes que contemplan el asunto de la prescripción y que son el Código Penal y el Código Disciplinario o Ley 734 de 2002.

...

En reciente decisión esta Corporación frente a un fenómeno de prescripción sostuvo lo siguiente:

“La ley 23 de 1981 no determina el término de prescripción para las faltas disciplinarias en el ejercicio profesional médico.

El nuevo Régimen Disciplinario de los Servidores Públicos ( Ley 734 de 2002 ) contempla para los casos ordinarios de prescripción un término de cinco años.

El artículo 34 de la Ley 200 de 1995 tenía una forma diferente a la del código penal para concebir los períodos prescriptivos y es así como en el artículo 34 se disponía:

“Términos de prescripción de la acción y de la sanción.- La acción disciplinaria prescribe en el término de cinco (5) años. La prescripción de la acción empezará a contarse para las faltas instantáneas desde el día de la consumación y, desde la realización del último acto, en las de carácter permanente o continuado.

.....

La prescripción de la acción es un instituto jurídico liberador, en virtud del cual por el transcurso del tiempo se extingue la acción o cesa el derecho del Estado a imponer una sanción.

Este fenómeno tiene operancia en materia disciplinaria, cuando la Administración o la Procuraduría General de la Nación, dejan vencer el plazo señalado por el legislador, -5 años-, sin haber adelantado y concluido el proceso respectivo, con decisión de mérito. El vencimiento de dicho lapso implica para dichas entidades la pérdida de la potestad de imponer sanciones, es decir, que una vez cumplido dicho período sin que se haya dictado y ejecutoriado la providencia que le ponga fin a la actuación disciplinaria, no se podrá ejercitar la acción disciplinaria en contra del beneficiado con la prescripción.

El fin esencial de la prescripción de la acción disciplinaria, está íntimamente ligado con el derecho que tiene el procesado a que se le defina su situación jurídica, pues no puede el servidor público quedar sujeto indefinidamente a una imputación. Si la acción disciplinaria tiene como objetivo resguardar el buen nombre de la administración pública, su eficiencia y moralidad, es obvio que ésta debe apresurarse a cumplir con su misión de sancionar al infractor del régimen disciplinario, pues de no hacerlo incumpliría una de sus tareas y, obviamente, desvirtuaría el poder corrector que tiene sobre los servidores estatales. "La defensa social no se ejerce dejando los procesos en suspenso, sino resolviéndolos....

Si el proceso no se resuelve, no será por obra del infractor, sino, ordinariamente, por obra de la despreocupación o de la insolvencia técnica de los encargados de juzgar".

El término de cinco años fijado por el legislador, en el inciso primero del artículo 34 de la ley 200 de 1995, para la prescripción de la acción

disciplinaria, fue considerado por éste como suficiente para que se iniciara por parte de la entidad a la cual presta sus servicios el empleado o la Procuraduría General de la Nación la investigación, y se adoptara la decisión pertinente, mediante providencia que ponga fin al proceso.

Así las cosas, no encuentra la Corte justificación razonable para que se extienda dicho término de prescripción, más allá de los cinco años señalados, para los casos en que se haya notificado fallo de primera instancia, como se hace en el párrafo 1o. objeto de demanda, disposición que configura una clara violación de los artículos 29 y 13 de la Constitución, como se verá enseguida.

Según el párrafo demandado, si el fallo de primera instancia se ha notificado al procesado, el término prescriptivo se prorroga por seis meses más, lo cual quiere decir, que si a un empleado estatal a quien se le ha iniciado investigación disciplinaria en la que se ha dictado providencia de primera instancia, la cual le ha sido debidamente notificada, el lapso de prescripción de la acción será de 5 años y seis meses, mientras que para los demás empleados, esto es, a quienes no se les haya notificado la providencia de primera instancia, el término prescriptivo es tan sólo de cinco años. Discriminación a todas luces contraria al Estatuto Máximo, pues si el Estado no ejercita el derecho que tiene de adelantar y fallar la investigación disciplinaria en el tiempo fijado por el legislador, ya sea por desinterés, desidia o negligencia no puede el empleado público sufrir las consecuencias que de tales hechos se derivan, sino la misma Administración por incuria, incapacidad o ineficiencia.

Es que si el Estado no ejercita su potestad disciplinaria dentro del término quinquenal señalado por el legislador, no puede después, invocando su propia ineficacia, desinterés o negligencia, ampliar dicho lapso prescriptivo sin violar el derecho del infractor, de exigir una pronta definición de su conducta. Es que la potestad sancionatoria no puede quedar indefinidamente abierta, hasta cuando la autoridad respectiva la quiera ejercer, de ahí que el legislador haya establecido un límite en el tiempo 5 años.

...

Si el debido proceso se aplica a toda clase de actuaciones, la obligación de adelantar los procesos sin dilaciones injustificadas también lo es. La justicia impartida con prontitud y eficacia no sólo debe operar en los procesos penales -criminales-, sino en los de todo orden, administrativos, contravencionales, disciplinarios, policivos, etc.

Con fundamento en lo expuesto, la Corte declaró inexecutable el párrafo 1o. del artículo 34 de la ley 200 de 1995, por infringir los artículos 29 y 13 de la Constitución...”

Los magistrados de los Tribunales de Ética Médica son particulares que cumplen funciones públicas de conformidad con lo previsto en artículo 73 de la Ley 23 de 1981, por tanto, las posibles faltas disciplinarias que cometan en el ejercicio de sus cargos son competencia de la Procuraduría General de la Nación de conformidad al artículo 75, en concordancia con el artículo 53 de la Ley 734 de 2002.

Como en este caso concreto es posible que el ponente de este proceso doctor Andrés Ávila Garavito ha podido incurrir en una mora injustificada en el trámite del mismo, en cumplimiento de obligaciones legalmente impuestas, se ordenará compulsar copias del expediente para que sea remitido a la Procuraduría Regional de Medellín para que determine si es del caso de abrir o no investigación disciplinaria contra el antes mencionado.

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

### RESUELVA

**ARTÍCULO PRIMERO:** Declarar la PRESCRIPCIÓN DISCIPLINARIA en el presente proceso, en favor del médico F.J.G.C., identificado con cédula de ciudadanía número..., expedida en..., por hechos ocurridos el 3 de abril de 2010, motivo de la presente actuación **ARTÍCULO SEGUNDO:** Remitir copia del expediente a la Procuraduría Regional de Medellín. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra la presente decisión no caben recursos. **ARTÍCULO CUARTO:** Enviar el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, doce (12) de junio del año dos mil dieciocho (2018)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1416 DEL DOCE (12)  
DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO (2018)**

**REF: Proceso No. 1693/12, Tribunal Seccional de Ética Médica del  
Valle del Cauca.**

**Contra: Doctor J.D.O.O.**

**Denunciante: Señora Y.C.R.**

**Asunto: Recurso de Apelación**

**Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández  
Providencia No. 32-2018**

**VISTOS**

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca, en Sala Plena del 14 de febrero de 2018, resolvió no aceptar los descargos presentados por el doctor J.D.O.O., e impuso sanción consistente en **suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de tres (3) meses**.

Contra esta decisión, el día 16 de marzo, el apoderado del médico implicado, presenta recursos de reposición y en subsidio de apelación; mediante providencia del 25 de abril, el tribunal seccional resuelve no reponer y concede la apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El expediente, dos (2) cuadernos que contienen 354 y 141 folios respectivamente, fue recibido en este Tribunal Nacional el 21 de mayo de 2018; puesto el asunto para reparto en Sala Plena el 22 del mismo mes, correspondió por sorteo al Magistrado Germán Gamarra Hernández.

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

## HECHOS

El 13 de febrero de 2012, se recibe en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca queja remitida de la defensoría del pueblo presentada por la señora Y.C.R. contra el personal médico de la Clínica Nuestra Señora de Fátima, por la atención prestada a su esposo M.G.P.R. Relata la quejosa que su esposo, quién era Capitán de la Policía Nacional, ingresó a la clínica el día 15 de diciembre de 2011, con el fin de ser sometido a una ureterolitotomía por presentar cálculos renales. El procedimiento fue satisfactorio, pero durante la recuperación presentó shock anafiláctico después de la aplicación de dipirona + hioscina para el dolor sin tener en cuenta que tenía registrado el antecedente de alergia a la dipirona. Esta complicación le provocó un paro cardio-respiratorio que obligó su traslado a otra institución de la ciudad en donde fue atendido en la unidad de cuidado intensivo, se le diagnosticó muerte cerebral y falleció el 23 de diciembre del mismo año.

## ACTUACIÓN PROCESAL

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca, en Sala Plena del 22 de febrero de 2012, aceptó la queja y designó como magistrado instructor al doctor DAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ CUELLO, quién mediante auto del 6 de julio de 2012 ordenó la apertura de investigación preliminar. Se obtuvieron las siguientes pruebas:

1. Queja suscrita por la señora Y.C.R.
2. Copia de la historia clínica remitida por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, correspondiente a la atención prestada al paciente M.G.P.R. en la Clínica “Nuestra Señora de Fátima” en Cali.
3. Copia de la historia clínica remitida por la “Clínica de Occidente S.A” correspondiente a la atención prestada a M.G.P.R.
4. Diligencia de ampliación y ratificación de la queja ante el tribunal seccional, rendida por la señora Y.C.R. el 7 de octubre de 2013.
5. Diligencia de versión libre rendida por la doctora D.M.C.G., el 4 de junio de 2015.

6. Diligencia de versión libre rendida por el doctor J.D.O.O., el 4 de agosto de 2015.

Mediante auto del 6 de diciembre de 2016, se ordena apertura de investigación disciplinaria formal contra los doctores D.M.C.G. y J.D.O.O.; se citan a rendir testimonio bajo la gravedad de juramento a los auxiliares de enfermería que participaron en la atención del paciente: C.S.S. (junio 8 de 2017), E.R.M.V. (8 de junio de 2017) y G.F.A.M. (9 de junio de 2017).

Mediante providencia del 18 de octubre del 2017, la Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca, consideró que no existía mérito para abrir pliego de cargos contra la médica D.M.C.G y resolvió formular cargos contra el doctor J.D.O.O., por presunta inobservancia de los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981.

En Sala del 22 de noviembre de 2017, el tribunal seccional recibió los descargos presentados por el médico acusado, junto con un escrito de su abogado defensor, Benjamín Jaramillo. Mediante providencia del 14 de febrero de 2018, el tribunal seccional resolvió no aceptar los descargos presentados por el acusado e impuso sanción consistente en **suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de tres (3) meses**. Contra esta decisión, el día 16 de marzo de 2018, el apoderado del médico acusado, presentó recursos de reposición y en subsidio de apelación. El tribunal seccional mediante providencia del 18 de abril resuelve no revocar la decisión y concede la apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

### CONSIDERACIONES DE LA SALA

El abogado defensor del acusado, BENJAMIN JARAMILLO, en la sustentación de los recursos presenta los siguientes argumentos:

1. Con relación a la vulneración del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 argumenta que “una cosa es el consentimiento informado para el acto quirúrgico y otro es el consentimiento informado para el acto anestésico, aunque están ligados, son dos actos o roles totalmente independientes el uno del otro. El consentimiento informado sí fue diligenciado y firmado por el paciente, que falte una de las formalidades, es decir la firma del cirujano, no constituye daño”.

Esta superioridad no comparte el argumento de la defensa y aclara que no se puede desligar el acto quirúrgico del acto anestésico. La anestesia es un medio que permite el adecuado desarrollo de la intervención quirúrgica y el anestesiólogo realiza una actividad independiente del cirujano, que incluye la valoración y consulta pre-anestésica, en donde este profesional además de valorar el estado clínico del paciente y los riesgos existentes antes de la intervención, explica sobre los riesgos de la anestesia de acuerdo con el procedimiento a realizar. En el caso sub-júdice no se cuestiona ni se investiga la conducta del médico anestesiólogo y no existen motivos evidenciados en la historia clínica que permitan inferir sobre fallas en su actuación.

En anteriores providencias el Tribunal Nacional se ha pronunciado sobre el consentimiento informado; adicionalmente, la Gaceta Jurisprudencial No. 29 de Abril de 2017, revisa de manera suficiente la jurisprudencia al respecto que podría resumirse de la siguiente forma:

*“El consentimiento del paciente constituye uno de los elementos del contrato de prestación de servicios médicos. El otro elemento es el consentimiento del médico, quién desde su juramento hipocrático se obliga a prestar el servicio. El consentimiento, a su vez, constituye una declaración de voluntad de la persona y para que una persona se obligue a otra, se requiere que sea capaz, que consienta dicho acto, que su consentimiento se encuentre libre de vicios, que recaiga sobre un objeto lícito y además tenga una causa lícita. El consentimiento debe ser libre porque si no es libre y exenta de vicios la autorización del paciente no existe y por lo tanto no puede ser legalmente válida.”*

La ausencia de la firma del galeno inculpado en el documento de consentimiento informado lo hace inexistente y no permite establecer que se haya cumplido a cabalidad con este importante requisito; a su vez, no es posible desvirtuar el argumento expuesto por el abogado de la defensa sobre la no vulneración del artículo 15 de la Ley 23 de 1981.

2. El defensor anota que: “el evento adverso que presentó el paciente no se derivó del acto quirúrgico, ni con el concurso o participación de mi representado”. En otro aparte dice que: “el acto quirúrgico fue realizado sin complicaciones, lo cual significa que no existe **Nexo causal, Ni Culpa**, entre el actuar de mi representado y el resultado, teniendo en cuenta que

el doctor Osorio, ni le formuló la **Dipirona + Hioscina** al paciente, y mucho menos fue administrada por el”.

En el argumento anterior se deja en evidencia que el abogado defensor desconoce la responsabilidad que tiene el cirujano en la atención de un paciente, ya que no puede limitarse a la intervención quirúrgica. Su acción se inicia desde la etapa previa a la intervención con la valoración adecuada y completa del estado clínico del paciente, sus antecedentes y con las explicaciones expresadas para lograr su consentimiento; continúa luego con el acto quirúrgico y posteriormente en el post-operatorio. Las órdenes médicas, el seguimiento post-operatorio y la prescripción requerida no pueden quedar bajo la responsabilidad de otro médico que no conoce las condiciones clínicas y riesgos que el paciente presenta como son los antecedentes registrados sobre alergia a medicamentos, que sí eran conocidos por el cirujano tratante. Si las órdenes médicas no fueron dadas de forma directa por el urólogo tratante, en el caso presente, el doctor J.D.O.O., sí era su responsabilidad supervisar que quién las diera lo hiciera de manera correcta y al no hacerlo su actuar fue negligente y contribuyó de manera directa al desenlace fatal que tuvo el paciente. La administración de los medicamentos puede corresponder a otros profesionales, pero es consecuencia de la prescripción que debe realizar el cirujano responsable del paciente. Por lo anterior no son aceptables para esta superioridad los argumentos presentados por la defensa.

3. Finalmente, el recurrente afirma que la sanción impuesta a su representado “no guarda proporcionalidad con la conducta desplegada frente al paciente solicita reconsiderar la sanción impuesta y en su defecto optar por la menos gravosa”.

Nuevamente es necesario anotar que la conducta manifestada por el médico urólogo J.D.O.O., durante la atención del paciente M.G.P.R fue negligente y con su acción omisiva y culposa contribuyó al desenlace fatal que presentó el paciente. Como se anotó anteriormente, la acción del galeno no puede limitarse exclusivamente al acto quirúrgico y las consecuencias fueron tan graves que muy posiblemente justificarían una sanción mayor a la impuesta por el tribunal de primera instancia; de esta forma podríamos aceptar la falta de proporcionalidad de la pena expuesta por la defensa, pero no por la magnitud de la sanción contra su representado, sino por lo insuficiente de la misma ante la gravedad de una complicación que produjo un desenlace fatal en una persona joven, capitán de la policía nacional, en plena productividad social y económica.

Es necesario aclarar por parte de esta superioridad que en el auto interlocutorio No. 41-2018, proferido por la Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca el 25 de abril de 2018 (folios 344 y 345), en el que se resuelve el recurso de reposición interpuesto por el abogado defensor Benjamín Jaramillo establece:

***PRIMERO.** No revocar la sanción impuesta de suspensión en el ejercicio de la profesión de seis (6) meses al Dr. J.D.O.O.*

Se considera que en dicha providencia se presenta un lapsus o error por parte del tribunal Ac quo ya que en la Resolución No. 003-2018, expedida por el mismo tribunal seccional el 14 de febrero de 2018, en la que se resuelve no aceptar los descargos presentados por el acusado, se impuso una sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina por tres (3) meses (folio 332), por lo que este tribunal nacional confirmará la decisión tomada por el juez de primera instancia, que a su vez motivó los recursos presentados por la defensa.

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

### **RESUELVA:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** CONFIRMAR, como en efecto confirma, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca en el proceso 1693-12, por la cual se impuso sanción de **suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de tres (3) meses**, al doctor J.D.O.O., por violación de los artículos 15 y 16 de la Ley 23 1981, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado - Presidente; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado Ponente; GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado; ALBERTO VANEGAS SAAVEDRA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, diecisiete (17) de julio del año dos mil dieciocho (2018).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1421 DEL DIECISIETE (17)  
DE JULIO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO (2018)**

**REF: Proceso 2372-13 del Tribunal Seccional de Ética Médica de  
Antioquia.**

**Denunciante: A.A.V.**

**Contra: Dr. S.F.S.Q. C.C.... Registro y M.R. C. C. Registro  
médico...**

**Magistrado Ponente: Dr. Alberto Vanegas Saavedra.**

**Providencia No. 37-2018**

**VISTOS**

Mediante providencia del 6 de junio de 2018, el Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia decreta conceder recurso de apelación solicitado por la abogada Diana Lizeth Velásquez Restrepo apoderada del médico investigado doctor S.F.S.Q, para ante el Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia dentro del proceso médico ético disciplinario en su contra.

El día 26 de junio de 2018 se recibe el expediente en esta corporación correspondiendo por sorteo al Magistrado Alberto Vanegas Saavedra quien procede a resolver el recurso de alzada con base en los siguientes

**HECHOS**

**Queja.**

El día 3 de septiembre de 2013 se recibe queja por presunta mala atención por parte del Dr. S.F.S.Q, a la paciente señora G.E.C.V., hechos que refiere el quejoso señor A.A.V., haber ocurrido el día 22 de septiembre de 2012, en la IPS Villanueva en la ciudad de Medellín.

Manifiesta el quejoso se investigue y sancione con la pérdida de la licencia profesional al doctor S.F.S.Q por falta de ética profesional, negligencia médica, por no haber atendido los requerimientos de la paciente G.E.C.V.

Dicho médico dilató la ejecución de exámenes, terminando así con el fallecimiento de la paciente, convirtiéndose en el paseo de la muerte y por ende, en un homicidio culposo.

### **Investigación preliminar.**

El día 23 de septiembre de 2013, se procede a decretar la indagación preliminar con el objeto de determinar la real ocurrencia o no de los hechos objeto de queja relacionados con la atención médica brindada a la paciente G.E.C.V. el día 4 de octubre de 2012

El día 24 de octubre de 2013, el señor A.A.V., rindió Declaración Juramentada y manifestó ratificarse en su queja. “Expresó que la paciente se presentó sola el 22 de septiembre a una consulta con los síntomas de infarto, con palpitaciones, taquicardia sinusal, desaliento, mareo, arritmia y dolor en el pecho y el médico le ordenó un electrocardiograma y que cuando tuviera este, pasara, para él leerle el electrocardiograma. El electrocardiograma se realizó el día 26 de septiembre a las 11.15, pasaron al consultorio y el médico no lo quiso ver, sólo le dio orden de que pidiera cita y dando a entender que eran órdenes superiores y que tenía que pedir cita para poderle leer el electro, él mismo le dio cita para el día 4-10-2012; manifestó que la paciente se presentó ese día con la señora A.C.M.S., para ese momento presentaba los mismos síntomas iniciales, y aún más graves pues se fatigaba en terreno plano, la taquicardia era más aguda, la dificultad para respirar, y el doctor no le paró bolas a esto y le dijo que ese tipo de síntomas no era de gravedad aun teniendo el electro donde consta lo que ella estaba sufriendo. Tanto la señora C. como la paciente le suplicaron al médico que la remitiera a una urgencia cardiovascular, y para lo cual el médico argumentó que el electro no revestía gravedad alguna y por lo tanto le mandó un Holter para realizarlo cuando le dieran la cita en la EPS, examen que no alcanzó a hacérselo porque el día 8 de octubre fue con la señora C. a urgencias de la Clínica Cardiovascular en donde falleció sin poderla reanimar. Manifestó también quejarse del doctor J.M.R.B, porque no realizó ninguna investigación.”

El día 12 de noviembre de 2013 rinde declaración juramentada la señora A.C.M.S. coincidiendo con las afirmaciones del quejoso.

El día 5 de diciembre la doctora C.I.S.G (cardióloga) rinde diligencia de declaración juramentada.

El día 7 de octubre de 2014 el doctor J.M.R.B rinde diligencia de declaración sin juramento manifestando no haber tenido ninguna injerencia en cuanto al caso referido de la occisa.

### **Consideraciones fácticas.**

De acuerdo con la vinculación del doctor J.M.R.B, con CEMEV IPS para el momento de los hechos que corresponde a la de gerente de salud, no existe historia clínica de la paciente G.H.C., realizada por este.

Y de acuerdo con lo encontrado en el expediente, se concluye que la señora G.H.C.V. no fue atendida médicamente por el doctor J.M.R.B, el 22 de septiembre ni el 8 de octubre de 2012 en la IPS Villanueva en la ciudad de Medellín.

A partir del análisis y estudio del expediente con relación a la queja, su ratificación, la historia clínica, y tenidas en cuenta las pruebas recopiladas durante el tiempo procesal, puede verse que el cargo del doctor Restrepo Botero corresponde al de gerente en salud del CEMEV IPS y su función allí es meramente administrativa; y por lo tanto sus actos médicos no tuvieron la repercusión sobre la salud de la paciente.

Por lo tanto, puede concluirse que su actuar administrativo no repercutió en el estado de salud de la paciente.

Por providencia de 15 de octubre de 2014 se decreta el archivo de la queja contra el doctor J.M.R.B. La misma providencia dice que respecto al doctor S.F.S.Q, y acorde con las pruebas recaudadas, es posible inferir la existencia de una relación médico paciente con la señora G.E.C.V. motivo por el cual, respecto del mismo, la investigación continuará su curso y para ello en Auto separado a esta providencia, se dará apertura a investigación disciplinaria ético profesional en contra del referido galeno S.Q. con el fin de determinar su comportamiento bajo los parámetros de la Ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 3380 de 1981.

El día 6 de noviembre de 2014 se decreta la apertura de investigación disciplinaria ético profesional en contra del doctor S.F.S.Q.

El día 9 de diciembre del 2014 el doctor S.Q. rinde declaración injuriada acompañada por su apoderada abogada Diana Lizeth Velásquez Restrepo. El médico investigado indicó en varios apartes que realizó examen físico a la paciente y que esta se encontraba muy ansiosa:

*“El día 4 de octubre regresó nuevamente para la interpretación del resultado, yo la volvía (sic) revisar, encontré a la paciente estable y que estaba muy ansiosa, me refirió nuevos síntomas (...).*

*Efectivamente ella volvió acudir (sic) el 4 de octubre de 2012 donde le interpreté el electrocardiograma que está reportado en la historia clínica en el folio 4 del cuaderno 2, en ningún momento la paciente manifestó agudización de los síntomas en esa consulta, tanto que se le volvió a hacer examen físico y la paciente estaba estable pero seguía muy ansiosa (...)*” (Folios 82 y 84, cuaderno principal).

De lo anterior se observa que el médico investigado manifiesta que le realizó examen físico a la paciente, pero no hay registro de ello en la historia clínica, tampoco dejó anotado acto alguno sobre el cuadro de ansiedad de la misma, (ni en la primera ni en la segunda consulta), cuando para él los síntomas que ella presentaba, estaban relacionados en mayor medida con sus antecedentes siquiátricos.

*“(....) hay que aclarar que la paciente era muy ansiosa y no detallaba claramente qué refería (...), viendo la ansiedad de la paciente yo procedí a revisar la historia clínica donde ya había unas valoraciones anteriores por psiquiatría donde ya tenía el diagnóstico y estaba en tratamiento con Fenobarbital e Imipramina (...)*”

*“El 22 de septiembre de 2012 ella consultó porque quería que se leyeran unos exámenes, hay que aclarar que la paciente era muy ansiosa y no detallaba claramente qué refería, incluso decía que los síntomas venían desde hace mucho tiempo refiriendo palpitaciones y opresión torácico ) (sic) sin ninguna otra sintomatología.(....).”*

Al preguntársele donde había dejado consignado en la historia clínica los datos sobre el momento desde el cual la paciente estaba presentando los

síntomas, remitió a la historia clínica elaborada por otra profesional de la medicina correspondiente a una atención del 12 de septiembre de 2012.

*“La paciente ya tenía una valoración previa por el psiquiatra donde la ha manifestado síntomas ansiosos, con fecha del 16 de octubre de 2010, una paciente eutímica, eupraxeusica, (sic), con discurso relacionado con situaciones de su entorno.”*

Así mismo, el doctor S.Q. en declaración no juramentada indicó que la paciente, en la consulta del 4 de octubre del 2012, refirió nuevos síntomas y que en atención a ellos le ordenó exámenes complementarios.

El 30 de octubre de 2017 la abogada Diana Lizeth Velásquez Restrepo apoderada del demandado, solicita “declarar la nulidad del proceso originada en una serie de irregularidades procesales en las cuales incurrió el Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia durante el trámite de la presente investigación”. (Fl. 127)

*“El 06 de noviembre de 2014 el Honorable Tribunal dio apertura a investigación formal en contra del doctor S. F. S.*

*Surtidos algunos trámites procesales, el día 04 de octubre de 2017, el Honorable Tribunal procedió a formular pliego de cargos al doctor S. F. S.*

*Dicha formulación de pliego de cargos tuvo en cuenta dentro de sus consideraciones, las declaraciones de las señoras A.C.M. y C.I.S., esto es, se encuentran claramente dichos testimonios valorados en el (fl 106) numeral “2. VALORACION PROBATORIA Y PONDERACION ETICO JURIDICA, de la providencia.*

*De igual forma, dentro del acápite de “CONSIDERACIONES BIOÉTICAS”, SE TUVO EN CUENTA LITERATURA CIENTÍFICA QUE NO REPOSA EN EL EXPEDIENTE, que nunca fue incluida ni mencionada en el proceso; menos aún, sometida a traslado y por ende, **que hasta la fecha se viene a conocer por la parte investigada.***

*Como si fuera poco, incluye el Tribunal como criterio de valoración para fundamentar la formulación de pliego de cargos, **literatura científica en idioma inglés**, referenciada a folio 23 de la providencia, olvidando el tribunal que el **idioma oficial de Colombia es el castellano.***

*La conducta asumida por su Honorable Tribunal, es manifiestamente violatoria del debido proceso y de todas las garantías constitucionales y legales que están implícitas dentro de dicho principio, a saber, el derecho de contradicción, de defensa e incluso la lealtad procesal; toda vez que de un lado, se privó a esta parte de ejercer el derecho de defensa y contradicción y en segundo lugar; se sorprende al investigado con documentación científica alguna, escrita en idioma no oficial, desconocida hasta el momento.*

*En igual sentido, se aclara desde ahora, que se trata de una nulidad que NO es subsanable, pues se procedió a emitir decisión de fondo con pruebas obtenidas con desconocimiento de dicho principio superior”.*

Se evidencia que la solicitud de nulidad deviene en una incorrecta apreciación de la estructura del proceso disciplinario ético profesional y por ende en una indebida e injustificada argumentación, que impide su declaratoria y que por el contrario mereció un pronunciamiento negativo mediante Providencia del 8 de noviembre del 2017.

El día 14 de marzo de 2018 comparece el doctor S.F.S.Q, con su defensora para la diligencia de descargos, y el mismo día su apoderada presenta los correspondientes alegatos de conclusión.

### **Solicitudes Probatorias.**

*“Ahora bien, a fin de hacer uso de la garantía del derecho de defensa y contradicción, los cuales han sido ampliamente mencionados y expuestos por el honorable Tribunal en sus providencias, indicando de manera reiterada que es precisamente la diligencia de descargos la oportunidad propicia para ejercer dichos derechos; y en igual sentido a fin de probar de manera fehaciente los argumentos expuestos por esta defensa, me permito realizar las siguientes:*

#### *1. Testimoniales.*

*Se solicita citar nuevamente a declarar, a fin de ejercer el derecho de defensa y contradicción a las siguientes personas:*

*Doctor J.M.R., quien ya NO funge como médico investigado.*

*Señora A.C.M.*

*Doctora CLARA INÉS SALDARRIAGA, testigo técnica.*

*Dicha prueba resulta pertinente, conducente y útil habida cuenta que se trata de testigos presenciales de los hechos y a fin de ejercer el derecho de defensa y contradicción, los cuales han sido vulnerados por el Honorable Tribunal hasta la fecha.*

*Los datos de los testigos reposan en el expediente, pues los mismos fueron citados previamente por este Tribunal.”*

## *2. Documental*

*Se solicita al Honorable Tribunal aportar copia al expediente de TODA LA LITERATURA CIENTÍFICA referenciada en la providencia en la cual se formuló pliego de cargos a mi representado a fin de poder conocer la misma y ejercer el derecho de defensa y contradicción.*

*3. Me reservo el derecho a realizar solicitudes probatorias adicionales durante el trámite del presente proceso.”*

El 25 de abril de 2018 el Tribunal Seccional de Antioquia decide decretar todas pruebas excepto la documental porque la literatura que utiliza el juez como apoyo no es una prueba.

En mayo 10 de 2018 la doctora Diana Velásquez Restrepo interpone Recurso de reposición y en subsidio de apelación en contra de la providencia expedida el 25 de abril de 2018

Mediante providencia del 6 de junio de 2018 el Tribunal resuelve no reponer la decisión de fecha 25 de abril de 2018 y remite el presente proceso al Tribunal Nacional de Ética Médica.

## CONCLUSIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

Los jueces en sus providencias se apoyan en los conocimientos adquiridos en las escuelas de derecho y los que hubieran podido obtener en sus estudios de especialización, maestría y doctorado.

Pero como es una realidad que es imposible la adquisición de todo el conocimiento respecto de una determinada materia el juez se puede apoyar para la toma de sus decisiones en la jurisprudencia de los Tribunales y de la Altas Cortes y si en su decisión se involucran aspectos técnicos científicos, artísticos o especializados se puede apoyar en dictámenes emitidos por profesionales expertos en ese determinado aspecto de la ciencia, la técnica o el arte; pero también se puede apoyar en la doctrina de autores nacionales o extranjeros que traten el tema que se relaciona con el objeto de la decisión.

Efectivamente el Tribunal de primera instancia cita algunas obras médicas científicas en temas especializados relacionados con las dolencias que sufría la paciente que con su muerte originó el nacimiento de este proceso. Esas citas bibliográficas no constituyen prueba son soportes de la literatura científica a los que acude el juez de primera instancia para apoyarse en sus decisiones y con ello tener mayor seguridad de acierto en lo que está resolviendo.

Si la defensa está interesada en verificar esa literatura debe acudir a las librerías o las bibliotecas nacionales o extranjeras para obtener los libros especializados que requiera en esa materia; pero es claro que el juez no está en la obligación de proporcionar a los sujetos procesales la bibliografía especializada que se cita en una providencia para apoyarla en materias jurídicas, técnicas, científicas y artísticas.

La posibilidad de que el juez se apoye en documentos jurisprudenciales o documentales está aceptado por el propio constituyente en el artículo 230 de la Carta política:

*“...Artículo 230. Los jueces, en sus providencias, sólo están sometidos al imperio de la ley. La equidad, la jurisprudencia, los principios generales del derecho y la doctrina son criterios auxiliares de la actividad judicial.*

Las razones presentadas por la defensa llenan los requisitos para ser consideradas impertinentes, inconducentes e inútiles, cuya práctica solamente dilataría de manera injustificada este juicio de responsabilidad disciplinaria.

De otra parte, no hay ninguna valoración defectuosa del acervo probatorio, y por lo tanto, revisadas las consideraciones efectuadas por el Tribunal Seccional, éstas están muy bien fundamentadas.

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

### **RESUELVA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Confirmar la decisión de primera instancia de NO declarar la nulidad propuesta. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver al Tribunal de Origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado Presidente; ALBERTO VANEGAS SAAVEDRA, Magistrado Ponente; GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado, GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico, MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, veinticuatro (24) de mayo del año dos mil dieciséis (2016)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1319 DEL VEINTICUATRO (24)  
DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS (2016)**

**REF: Proceso No. 710 del Tribunal Seccional de Etica Medica del  
Atlantico**

**Denunciante: Señor T.A.**

**Contra El Doctor: J.E.C.B.**

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez.  
Providencia No.39-2016**

**VISTOS**

La queja: El primero de junio de 2012, se recibe en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, un correo electrónico, proveniente del Señor T.A., quien denuncia al Doctor: J.E.C.B., “por la no devolución del dinero por medicamentos prepagados a él y por incremento arbitrario del costo de medicamentos” (folio2).

Mediante providencia del 26 de agosto de 2015, el Tribunal Seccional eleva pliego de cargos al Doctor: J.E.C.B., identificado con la cédula de extranjería N...y registro médico... por posible violación a los artículos 34 de la ley 23 de 1981, concordante con la resolución 1995 de 1999 en los artículos 3,4 y 5, y los artículos 55 y 56 de la ley 23 de 1981.

Mediante providencia del 29 de febrero de 2016, el Tribunal Seccional no acepta los descargos y sanciona al Dr. J.E.C.B., con suspensión en el ejercicio médico por término de tres (3) meses.

El 30 de Marzo de 2016, a través de su apoderada, el médico implicado interpone recursos de apelación y reposición contra la providencia

mencionada, y el 25 de abril de 2016 el Tribunal Seccional no repone su decisión y concede la apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 6 de mayo de 2016 se recibe en esta Corporación el expediente, que consta de un cuaderno con 262 folios. Es puesto a reparto el día 10 de mayo de 2016 y correspondió por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez.

### HECHOS

En su denuncia, enviada por correo electrónico, el señor T.A., dice lo siguiente: El médico J.E.C.B., aplico tratamiento de medicina Integral, Biológica, Psicosomática y Biofísica -Cuántica a mi señora madre S.B de A., quien falleció el pasado 12 de diciembre del 2011, por complicación de hígado y diabetes.

“Al fallecimiento de mi madre, y al haberle pagado al doctor C. anticipadamente, (como él solicitaba siempre y a su cuenta personal de Bancolombia No. 40027066074) todos los tratamientos y medicamentos que el mismo nos proporcionaba, y que a los cuales(sic) le incrementaba el precio, cosa que pudimos constatar con cotizaciones recibidas de algunas farmacias especializadas, nos devolvió solo el valor de las consultas y no nos ha querido devolver el valor de los medicamentos que nosotros ya le devolvimos a el mismo, por un valor de \$360.000 pesos colombianos. Le hemos contactado por teléfono y vía electrónica a su correo: dr castro05@yahoo.es, y hace caso omiso a nuestra solicitud, y ya llevamos en esto más de cuatro meses. Nunca revelo su dirección o ubicación de su consultorio. Siempre ofrecía consultas a domicilio”. (Folio 2).

Adjunta el quejoso una tabla comparativa del valor de los medicamentos, comprados al médico tratante, comparado con el precio en el mercado (folios 2,3) y es evidente que existe un sobre costo en los mismos. Igualmente, a folios 4 y 5 aparecen las copias de las cotizaciones enviadas por el Dr J.E.C.B., en las que detalla el costo de sus servicios.

Por su parte el Dr J.E.C.B., en un escrito, sin fecha, en dos folios, sin membrete, (141 y 142) con firma ilegible pero con el número de la cedula y el registro médico legibles, (llama la atención que el uno es manuscrito

y el otro es con un sello) titulado: “versión libre y espontánea del doctor J.E.C.B., Dentro del caso Radicado Bajo N° 710” allegado por su abogado defensor del momento el Dr. Jorge Luis Padilla Sundheim, junto con los descargos correspondientes, y otros 42 documentos, entre ellos 30 correos electrónicos cruzados entre el Dr J.E.C.B. y el Señor T.A. y recibido por el Tribunal Seccional con fecha 24 de septiembre de 2015.

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Considera el tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, que el médico acusado representado por el abogado Dr. Jorge Luis Padilla Sundheim, no logró en su alegato de descargos, desvirtuar los cargos que se le imputaron, y por lo tanto decidió imponerle una sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de tres (3) meses.

Ante esta decisión y con una nueva apoderada, la Doctora Ketty Beatriz Espinosa Espinosa, el medico implicado interpone recurso de reposición que no fue concedido por el tribunal de primera instancia y subsidiario de apelación, para ante este tribunal.

Son cuatro los puntos centrales del recurso interpuesto:

Primero: No hubo violación del artículo 34 de la ley 23 de 1981 concordante con la resolución 1995 de 1999 en sus artículos 3,4 y 5.

Como este mismo punto fue desmentido de manera clara y precisa por Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, en sentencia proferida el 25 de Abril de 2016, en sesión de sala plena N° 722, se transcribe en su totalidad:

“En múltiples Sentencias el Tribunal Nacional de Ética Médica, nos ha ilustrado con relación a la correcta elaboración de la Historia clínica, en Ponencias de los Magistrados: Fernando Guzmán Mora, Efraín Otero Ruiz y otros., el motivo de consulta en la historia clínica es importante, la descripción de la enfermedad actual, y los antecedentes personales y familiares mucho más y veamos por qué.

La historia clínica además de lo manifestado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, es un documento probatorio. Conforme a la Resolución 1.995 de 1999 del Ministerio de Salud, mediante la cual se establecieron las normas para el manejo de las historias clínicas, se puede definir la historia clínica como el expediente formado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud

que interviene en la atención de un paciente, siendo un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, por lo cual únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Forman, asimismo, parte de la historia clínica los anexos de la misma, es decir, todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención.

La historia clínica es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico.

En tercer lugar, posee carácter probatorio ante la ley.

La historia clínica es una forma de prueba, pues se considera documento. De acuerdo con el Código de Procedimiento Civil (Sección III, Régimen Probatorio, Título XIII, Pruebas, Capítulo I, Artículo 175 del C.P.C Y 169 del C.G.P.):

Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. Pero el registro debe ser completo.

En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad, una historia clínica bien elaborada.

Por otro lado, en casos de complicaciones (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), su ausencia no tiene excusa.

La escritura de la historia no puede ser reemplazada por la memoria del médico.

La Historia Clínica es un Acto médico documental, su naturaleza jurídica es de medio probatorio documental.

Es un medio probatorio eficaz.

Es un documento que sustenta el acto médico El documento emerge de un acto del hombre, para nuestro análisis este acto es el acto médico, sin embargo, en esencia, no deja de ser un objeto, en virtud a ello la historia Clínica visto como documento es un continente que tiene como contenido un acto declarativo o representativo que expresa hechos jurídicos y su esencia para el derecho es precisamente su destine de servir como prueba.

La historia clínica no es el simple relato de hechos, es un acto médico documental, que para ser elaborada idóneamente se requiere experiencia y conocimiento tanto científico como previsional, en la medida en la que el médico debe poner en práctica la teoría, midiendo las consecuencias que puedan conllevar una acción diagnóstica o terapéutica. Es por ello que se exige que los galenos conozcan y aplique bien los conceptos básicos, para que en el ejercicio de su profesión eviten incurrir en desaciertos.

Como podemos apreciar, la historia clínica elaborada por el doctor J.E.C.B., no llena los requisitos exigidos por la Ley 23 de 1981 en su artículo 34 y la Resolución 1995 de 1999, pues toda historia clínica debe señalar el motivo de la consulta, una completa descripción de la enfermedad actual, y los antecedentes personal y familiares”.

Y agrega esta superioridad: en ninguna de las once (11) oportunidades en las que el Dr. J.E.C.B. atendió a la paciente S.B.de A. se describe la realización de un examen físico, elemento también esencial en la realización de una historia clínica. En otras palabras podemos afirmar que el Dr. nunca examinó a su paciente, y si llegó a hacerlo no dejó registro alguno en la historia clínica.

Segundo: “El doctor C.B. no ha violado los artículos 55 y 56 de la ley 23 de 1981”

Como quedo ampliamente demostrado por el tribunal de primera instancia: el Dr. J.E.C.B., es un médico general sin ninguna especialización certificada, de acuerdo a las normas legales existentes en la República de Colombia.

Por lo tanto, este Tribunal Nacional concuerda en todo con lo expresado por el tribunal seccional a folios 253 y 254:

“Analizando el fundamento del Recurso con relación a los artículos 55 y 56 de la Ley 23 de 1981, es una realidad que la reglamentación que la Ley de Ética Médica le dio a la publicidad es muy clara, pues que solo puede aparecer el nombre del médico, la especialidad que se le haya reconocido legalmente, el nombre de la Universidad que le confirió el título. Una cosa son los cursos y Diplomados y otra cosa es lo señalado en la ley 1164 del 2007, Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. En especial los artículos 17 y 18.

No se debe desconocer el derecho de los ciudadanos a ser informados de manera veraz sobre los servicios médicos ofrecidos por sus profesionales, para así poder escoger entre las diversas posibilidades que brinda la oferta de la actividad médica (Art 4º, ley 23 de 1981).

La Corte Constitucional, busca garantizar el uso de una publicidad legítima, pero es publicidad legítima la que corresponde a una información veraz y responsable, donde no cabe, engaños (sic) Así, La Sala reitera: "La Sala no tiene duda que estas cualidades científicas especializadas no fueron demostradas dentro del proceso por el disciplinado doctor J.E.C.B., ejercicio que conduce a engaño, confusión, más aun cuando dicho tratamiento fue aplicado a la paciente, el encartado estaba consciente que no era útil ni eficaz en el estado terminal que presentaba la paciente S.B de A.. Conducta esta, que rebasa en forma inadmisibile, los postulados éticos, en cuyo marco, debe actuar todo médico en el ejercicio de la medicina".

Para concluir, como lo hizo el tribunal Seccional, que el Dr. sí violó los artículos 55 y 56 de la ley 23 de 1981.

Tercero: Atipicidad de la conducta investigada:

Inadmisibles afirmaciones de la Abogada defensora, si se lee cuidadosamente la sentencia del 26 de agosto de 2015, (folios 99 a 105), del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, aparecen muy claramente tipificadas las infracciones por las que se eleva pliego de cargos al Dr. J.E.C.B.. Se transcribe la parte resolutoria de la misma en la que no hay ninguna duda sobre cuáles son los cargos imputados y los artículos de la ley 23 de 1981 posiblemente vulnerados, otra cosa distinta es que ni en los descargos presentados por el abogado, ni en la solicitud de reposición y subsidiaria de apelación, se hayan podido desmentir dichos cargos.

“ARTICULO PRIMERO: Elevar pliego de cargos al doctor J.R.C.B., Médico General, varón mayor de edad, Registro Médico No....

Por la presunta violación del artículo 34 de la Ley 23 de 1981 concordante con la Resolución 1995 de 1999, en sus artículos: 3, 4, Y 5. Los artículos 55 y 56 de la Ley 23 de 1981. El artículo 34 de la ley 23 del 81 dice: "La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que uncialmente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley." El artículo 3 de la Resolución 1995 de 1999 dice: "CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLINICA 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. El artículo 4 de la Resolución 1995 de 1999 dice: "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" El artículo 5 de la Resolución 1995 de 1999 dice: "GENERALIDADES. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma." El artículo 55 de la ley 23 de 1981 dice: "Los métodos publicitarios que emplee el médico para obtener clientela, deben ser éticos." El artículo 56 de la ley 23 del 81 dice: "El anuncio profesional contendrá únicamente los siguientes puntos: a Nombre del médico. b Especialidad, si esta le hubiere sido reconocida legalmente. c. Nombre de la universidad que le confirió el título, d. Número del registro en el Ministerio de Salud, e. Dirección y teléfono del consultorio y de su domicilio."

En cuanto a la afirmación de la defensa (folio 241): "se elevaron cargos que no son coherentes con la queja presentada "es necesario aclarar:

Es función de los Tribunales de Ética Médica, ante el recibo de una queja, investigar toda la conducta del médico ante el respectivo caso, así esta no haya sido señalada por la queja, y si durante la investigación preliminar existen indicios, de otro tipo de transgresiones a la ley, estas deben ser investigadas. Más aún tienen la obligación de hacerlo de oficio, si es de su conocimiento que exista una posible contravención de un médico a la ley (artículo 74 de la ley 323 de 1981). Otra cosa sería, y esto no ocurrió en el caso presente, que se sancione a una persona por delitos diferentes a los enunciados en el pliego de cargos, esto si sería violatorio del debido proceso.

#### Cuarto: Vulneración al debido proceso:

En cuanto a la violación al debido proceso, alegado por la recurrente, podemos apreciar a lo largo del proceso, todos los medios desplegados para localizar al médico inculcado, para que ejerciera su defensa, quien se dedicó a otorgarle poderes a diferentes abogados, alegando que se encontraba en el exterior realizando una especialización:

Se aprecia en el folio 31, que el referido médico C.B, el 31 de julio de 2013, por medio de un correo electrónico, manifiesta que se encuentra en el extranjero en un proceso de especialización y estará ausente fuera del país hasta finales del 2016. Por tanto, dice que otorgará poder a sus abogados en Barranquilla, para que lo represente (sic) en este proceso materia de investigación en este Tribunal.

Por lo que se lee, no es posible contactarlo en el Consulado Colombiano en la zona donde actualmente está, por sus continuos desplazamientos por Europa, lo que no le permite apersonarse en ninguna entidad diplomática.

En el folio 38, se puede ver un oficio de la doctora ELVIRA MONTEALEGRE STAND en condición de apoderada del doctor J.E.C.B., y quien la reemplazara, el abogado JORGE LUIS PADILLA SUNDHEIN, para que asuma dicha representación y defensa dentro del proceso ético disciplinario radicado bajo el No.710, que está en conocimiento este Tribunal de Ética Médica del Atlántico.

Efectivamente, en el folio 47, aparece un escrito, en donde el doctor Jorge Padilla Sundhein asume como apoderado judicial.

Este Tribunal Seccional de Ética Médica, como aparece en folio 53, envió un Despacho Comisorio No. 058 al Ministerio de Relaciones Exteriores, para que el doctor J.E.C.B., pueda rendir versión libre. Se aporta la dirección donde reside en Alemania, para que sea notificado.

En el folio 73, el Cónsul General de Colombia en Frankfurt, Alemania, le comunico a este Tribunal, que la misiva que se le envió al doctor J.E.C.B. a la dirección suministrada por este Tribunal, fue devuelta aduciendo que el destinatario no se encontraba residenciado en esa dirección. El disciplinado no pudo ser localizado para que compareciera ante este Tribunal,

aun cuando se reconoció al doctor JORGE PADILLA SUNDHEIN, como apoderado.

judicial del inculpado, doctor J.E.C.B., o sea que si tenía conocimiento del proceso, su voluntad, fue alejarse del proceso, a pesar que este Tribunal le notifico a su defensa la ausencia o la no voluntad de acercarse al Consulado de Alemania a rendir versión libre, el doctor JORGE LUIS PADILLA SUNDHEIN a pesar que solicito copias del proceso, su actividad procesal en la etapa preliminar, fue nula, ya que nunca presento siquiera un Alegato.

Todas las actuaciones mediante Autos y Resoluciones fueron debidamente notificadas, siempre estuvo el expediente a su disposición. Terminada la etapa preliminar, se citaron a las partes a Descargos y cómo podemos apreciar a lo largo del proceso, el doctor J.E.C.B., también hizo caso omiso al llamado del Tribunal y no se presentó a Descargos, enviando el abogado defensor escrito de Alegatos, aportando documentos, que fueron analizados debidamente en esta etapa.

Se alega en el Recurso de reposición que en el pliego de cargos no se establece cual es la sanción para los mismos.

Si se mira el capítulo II de la ley 23 de 1981 que trata del proceso disciplinario ético profesional existen unas etapas que contemplan el recibo y estudio de una queja, la decisión de instaurar o no un pliego de cargos en contra de acusado, el acopio de pruebas, y finalmente en una sesión de la sala plena, decidir si el acusado es culpable o no de INFRINGIR LA LEY 23 de 1981 DE ETICA MEDICA, en caso de encontrarlo culpable, en ese momento, y no antes el Tribunal califica la falta y establece la sanción.

Es por esto que dar a conocer la posible sanción a imponer en el momento de la formulación de cargos, implicaría un prejuizgamiento, lo que atenta contra el derecho a la defensa del investigado, quien para esta etapa del proceso, aún tiene la posibilidad de rendir sus descargos y demostrar que no infringió la ley citada., por lo tanto la certeza de si el profesional vulneró la ley de Ética Médica solo se obtiene después de que el médico haya rendido sus descargos.

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

**RESUELVA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Confirmar la decisión del Tribunal seccional de Ética Médica del Atlántico de sancionar al Doctor J.E.C.B., identificado con la cédula de extranjería No. .... y registro médico.....por violación a los artículos 34 de la ley 23 de 1981, concordante con la resolución 1995 de 1999 en los artículos 3,4 y 5, y los artículos 55 y 56 de la ley 23 de 1981, con la suspensión en el ejercicio de la Medicina por término de tres (3) meses. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, veinticuatro (24) de abril del año dos mil diecinueve (2019)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1455 DEL VEINTICUATRO (24)  
DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

**REF: Proceso 690 Tribunal Seccional del Tolima. Queja interpuesta  
por la Gobernación del Tolima mediando por la señora N.L.T.R.  
Investigados: Doctores Y.G.E.G. y L.C.B.G.  
Apertura del proceso: 19 de agosto de 2014.**

**Magistrado Ponente: Dr. José Miguel Silva Herrera  
Providencia No. 42- 2019**

**VISTOS.**

Recurso de apelación contra la decisión de fondo de fecha 7 de febrero de 2019 proferida en Sesión de Sala Plena Ordinaria, del Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima, interpuesto por los abogados Oscar Mauricio Troncoso Delgado y Jaime Alberto Leyva, apoderados de confianza de los disciplinados Y.G.E.G. y L.C.B.G.

El proceso le correspondió al magistrado José Miguel Silva Herrera, como resultado del respectivo reparto de los procesos recibidos por la secretaría de la Corporación para la fecha.

**HECHOS**

Mediante oficio No. 007354 del 11 de agosto de 2014 el Centro de Atención al Ciudadano de la Secretaría de Salud - Gobernación del Tolima, traslada la queja interpuesta por la señora N.L.T.R. CC.....de....., en relación con la atención de su hijo J.E.R.T. CC..., transcrita en los folios 1 y 2.

Antes de la fecha de los hechos el señor J.E.R.T. fue valorado por presentar episodios sincopales. En primera instancia, fue evaluado por el cardiólogo

doctor J.S. en consulta particular quien le solicitó Prueba de Esfuerzo y de Mesa Basculante. Por eso consultó a la EPS Salud Total, donde le aprobaron la prueba de esfuerzo y lo remitieron a la consulta de cardiología en una IPS de nombre Cardiocríticos del Tolima, que tuvo lugar en el consultorio del cardiólogo L.C.B., el 25 de junio de 2014.

Solicitada la cita, el paciente asiste acompañado de su madre al consultorio respectivo ubicado en el Centro Médico Calambeo de propiedad del doctor B., quien es además socio de la empresa Cardiocríticos del Tolima.

La consulta contó con la presencia del médico general, doctor J.S.R., responsable de una pre-consulta (anamnesis y examen físico) y continuó por cuenta del doctor Y.G.E.G., encargado de la consulta como especialista, quien reemplazó para esa época al doctor B. en vista de que este se encontraba trabajando en la ciudad de Villavicencio. Para cumplir con la atención, el reemplazante dispuso del consultorio, los equipos y el software de historias clínicas.

A la consulta entró el paciente en compañía de su madre, quienes aportaron un ecocardiograma y una prueba de esfuerzo sin alteraciones. Entonces, la señora N.L.T.R. le pidió al doctor E. que le expidiera a su hijo una orden para el examen de mesa basculante, solicitado previamente por el doctor J.S. El doctor E. fundamentado en su análisis clínico no aceptó el requerimiento y decidió solicitarle valoración por neurología. Finalizada la evaluación, la copia de la historia clínica y la remisión a neurología, aparecen con la firma y sello del doctor L.C.B.G., el que fue impuesto por la secretaria del mismo, M.B.F. identificada con ....., presente también durante la consulta.

El examen fue sufragado días después por la quejosa y practicado e interpretado por el doctor J.S.L.; el que resultó positivo para Síncope Vasopresor Puro e incluía la recomendación de remitir a terapia de rehabilitación cardíaca prioritaria.

La inconformidad de la señora N.L.T.R. se originó en la negativa del doctor E.G. para aprobar el examen de la mesa basculante que a la postre fue positiva y en la sospecha de suplantación del doctor B. por parte del doctor E., suscitada en el hecho de que los documentos de historia clínica presentaban la firma electrónica y el sello del doctor L.C.B.G. Estos hechos,

motivaron la queja interpuesta a través de la Coordinadora del Centro de Atención al Ciudadano de la Secretaría de Salud Departamental.

El 19 de agosto de 2014 se efectuó el reparto del proceso que le correspondió al doctor Gentil Gómez Mejía como magistrado instructor y posteriormente al doctor Carlos Francisco García Laverde.

El 26 de agosto de 2015, se surtió la diligencia de versión libre y espontánea del doctor Y.G.E.G. (Folio 47). En ella explicó las razones médicas por las cuales no encontró pertinente solicitar el examen requerido por el cardiólogo S. y pretendido en la consulta por la madre de J.E.R.T. Afirmó que para iniciar la consulta se presentó con su nombre porque nunca tuvo la intención de suplantar al médico L.C.B. Adujo, además, que por tratarse de una historia electrónica la consulta apareció firmada por el doctor L.C.B.G.

Consecutivamente, el 18 de marzo de 2016, rindieron declaración testimonial la señora M.B.F., secretaria coordinadora de citas y trámites de exámenes en Cardiocriticos (IPS que contaba con el contrato de atención de los pacientes de la EPS SaluTotal) y el médico general, doctor J.S.R.S. encargado de la denominada preconsulta. Contaron igualmente que el doctor E. se presentó ante el paciente y la quejosa con su nombre completo y describieron el transcurso de la consulta (Folios 60,61,62 y 63).

El 27 de mayo de 2016 rindió versión libre y espontánea el doctor L.C.B.G, CC... (Folios 77 y 78). Afirmó en esta diligencia desconocer que Salud Total para la época de la consulta correspondiente a la queja remitiera pacientes a su nombre y dijo no explicarse por qué los formatos de historia clínica allegados como pruebas no estaban suscritos con el nombre y la firma del doctor E.

Una vez cumplido el proceso de instrucción y recibidos los alegatos de conclusión por parte de los apoderados de los doctores L.C.B.G, y Y.G.E.G- los abogados Adela Amparo B.G. y Jaime Alberto Leyva respectivamente - la Sala Plena del Tribunal Seccional del Tolima recibió el informe de conclusiones presentado por el magistrado instructor Carlos Francisco García Laverde, el 24 de mayo de 2018. (Folios 126 a 137).

Analizados los motivos de la queja concluye el magistrado instructor que no existen pruebas que demuestren transgresión a la ética médica por parte del doctor Y.G.E.G en lo que respecta a malos tratos o suplantación. Apunta que llama la atención en el análisis de las pruebas documentales y las versiones libres de los investigados, circunstancias que ameritan la formulación de pliego de cargos en contra de los profesionales vinculados. Anotó que las pruebas documentales demostraban que el paciente J.E.R.T. fue atendido el día 25 de junio de 2014 en el consultorio del doctor L.C.B.G, ubicado en el Instituto del Corazón de Ibagué, cuya valoración médica cuenta con el nombre, la firma electrónica y sello de L.C.B.G, RM.... Por tanto, se puede concluir que fue el doctor B. el que atendió al paciente al ceñirse a la papelería que deja constancia del acto médico. Se encontró que el servicio de cardiología a los pacientes de Salud Total EPS se prestaba a través de la empresa Cardiocríticos del Tolima, la que utilizó el consultorio del doctor B.G. quien en condición de socio de la empresa cedió el consultorio incluido el software de la misma oficina, por lo que a pesar de que el paciente en referencia fue atendido por el doctor Y.G.E.G, la historia clínica y órdenes médicas salieron a nombre del doctor B. De allí se desprende clara evidencia de la falta de precaución y la ausencia de medidas preventivas para garantizar la custodia y reserva del archivo de historias clínicas de los pacientes del doctor L.C.B.G.

Solicitó el magistrado instructor se declarara la existencia de méritos para formular pliego de cargos al doctor **Y.G.E.G.** identificado con la CC... de...., registro profesional..., como médico y cirujano e inscripción No.... de fecha... como especialista en cardiología de la Secretaría de Salud de la Gobernación del Tolima. Por violación de los artículos:

- **Artículo 15:** “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados...”, concordante con el artículo 9 del decreto reglamentario 3380 de la ley 23 de 1981” Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico patológicas del mismo.

- **Artículo 36:** “En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante”, concordante con el artículo 5 de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección

Social, . Artículo 5. GENERALIDADES. “La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. **Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma**”.

- **Artículo 48:** “El médico egresado de universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión en el país, revalidará su título de conformidad con la ley” y
- **Artículo 56** “El anuncio profesional contendrá únicamente los siguientes puntos... b) Especialidad, si éste le hubiere sido reconocida legalmente...”

Solicitó también, se declarara la existencia de méritos para formular pliego de cargos al **doctor L.C.B.G.**, CC No....de B.... con inscripción en el RETHUS como especialista en cardiología, especialmente en los **artículos:**

- **Artículo 9** “**El médico mantendrá su consultorio con el decoro y la responsabilidad (sic) que requiere el ejercicio profesional.** En él puede recibir y tratar a todo paciente que lo solicite”.
- **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”.
- Concordante con el artículo 18 de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social. **De los medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica.** “Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos. En

todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro”. (subrayado y negrillas fuera de texto). Artículo 18 de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Después de la deliberación y análisis de la sala plena ordinaria del Tribunal Seccional del Tolima, en providencia del 21 de junio de 2018, se corrió pliego de cargos por infracción al Código de Ética Médica – Ley 23 de 1981, contra los médicos vinculados formalmente a la investigación. (Folios 141 a 153). Se fijaron las fechas para la diligencia de descargos.

Los descargos fueron presentados, después de varios aplazamientos de parte de los vinculados y sus apoderados. El 14 de noviembre de 2018, por escrito y firmados por el abogado Oscar Mauricio Troncoso Delgado CC No 1.110.518.733 de Ibagué. T.P 271693 del C.S.J, apoderado del disciplinado L.C.B.G. (Folios 190 a 194). Expresa que los hechos se produjeron a partir “...de una cesión de BUENA FE de mi consultorio que hizo CARDIOCRITICO a dos cardiólogos con el fin de evacuar consultas médicas cardiológicas con el fin de prestar un servicio de salud para la población y para disminuir el represamiento de citas médicas cardiológicas.”

Afirma también que “ Tampoco es viable la conclusión a la que llega el Honorable Tribunal para mencionar que hubo una falta de precaución de mi parte en cuanto al permitir que se diera uso de mi software de historias clínicas pues en ningún momento dejé a la deriva el software, hardware y equipos médicos necesarios para la adecuada prestación del servicio de salud de la población que lo requiere pues hubo un común acuerdo para la utilización de dichos elementos más (sic), el médico que realiza la atención al paciente es quien debe firmar su anotación dentro de la historia clínica con el fin de poder identificarla como de su autoría. Eso lo sabe cualquier médico con una mediana inteligencia. Debo reiterar que de esa manera se trabajó con el doctor S. (sic) y nunca hubo problema alguno.”

Agrega además que "... existía autorización para el uso de todos los elementos que estaban en mi consultorio por ser indispensables para una adecuada y efectiva atención en salud de los pacientes que lo requerían, pero NUNCA hubo autorización expresa o tácita para utilización indebida de historias clínicas, sellos o firma digital. También manifestó que se tomaron todas las precauciones debidas y necesarias para no vulnerar la reserva de las historias clínicas, nunca se dejaron a la suerte dichos documentos".

Aduce el apoderado que la queja se inicia de una presunta suplantación del doctor B. mas nunca se enfila la queja contra él. Esgrime también que el uso de los sellos no lo llevó a cabo el prohijado del abogado Troncoso Delgado. Asegura que "... el manejo del software de uso de historias clínicas fue convenido entre las partes, es decir entre mi prohijado y el doctor E. con autorización del gerente de CARDIOCRITICO y SALUD TOTAL E.P.S mas nunca autorizó el uso de su firma electrónica y sello".

El 30 de noviembre de 2018, se efectuó la diligencia de descargos en las instalaciones del Tribunal Seccional del disciplinado Y.G.E.G., en compañía de su apoderado de confianza, doctor Jaime Alberto Leyva CC No 93.372.576 de Ibagué y T.P 130247 del C.S.J. Folios 202 y 203. Se refiere a la atención prestada el 25 de junio de 2014 al paciente J.E.R.T. Afirma en sus descargos que fue contactado por el doctor J.L., gerente de Cardiocríticos, y fue contratado para cubrir la atención de citas represadas en la especialidad de cardiología después de presentar la documentación que acreditaba la finalización de los estudios de especialización. Aporta 21 folios correspondientes. Indica que efectuó la atención en el consultorio que le fue asignado, donde se encontraban la secretaria encargada del consultorio M.B.F y el doctor J.S.R.S responsable de la pre-consulta. Indica que no suplantó al doctor B. y que si atendió en el consultorio de él fue porque ese fue el consultorio que le asignaron. Explicó también, las razones por las que no solicitó el examen de mesa basculante y por las que remitió al paciente a la consulta de neurología. Entre dichas razones expuso que el síncope vaso-vagal es un diagnóstico clínico que no se vincula como causa de muerte. Por lo tanto, no se apartó de la Lex Artis, ni expuso al paciente a riesgos injustificados.

El 7 de febrero de 2019 la sala plena del Tribunal Seccional del Tolima toma la correspondiente decisión de fondo. Expone la providencia entre los folios 227 y 233, las diligencias llevadas a cabo durante las etapas de instrucción y juicio, tenidas en cuenta para resolver:

1. Absolver al doctor L.C.B.G., del cargo del artículo 9° de la ley 23 de 1981, por cuanto existió incongruencia de redacción del artículo al ser reemplazada la palabra “respetabilidad” por “responsabilidad”, que condujo a una errada interpretación de la norma.

2. Frente al cargo basado en la violación del artículo 34 de la Ley 23 de 1981 concordante con el artículo 18 de la resolución No 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, concluyó que los argumentos expuestos en los descargos no concuerdan con las pruebas documentales que demuestran que el doctor Y.G.E.G tuvo acceso irrestricto al software de las historias clínicas del consultorio del doctor B.G., quien elaboró el registro en los que aparece el nombre, firma digital y sello del doctor B.G., como se aprecia en los folios remitidos por quien interpone la queja y también en los folios remitidos por el custodio (en donde hay discrepancia entre los remitidos por la quejosa y los remitidos por el doctor B., pues en estos últimos ya aparece en el encabezado el nombre del doctor E., lo que es producto de una modificación). Agrega la sala que no existen pruebas que soporten la cesión del consultorio a la sociedad Cardiocríticos. Reprocha por tanto el Tribunal Seccional la falta al deber ético de custodia y reserva a la que se refiere el artículo 34 del Código de Ética Médica y la actitud imprudente al exponer la información sensible contenida en las historias de su consultorio particular.

Por otro lado, el apoderado del doctor B., doctor Oscar Mauricio Troncoso Delgado, expresa dentro de sus alegatos al referirse a la firma digital y sello que aparecen en los folios de historia clínica, que no corresponden a una falta de precaución sino al uso indebido o no autorizado por terceros de los elementos del consultorio.

Por lo expuesto decidió el Tribunal Seccional imponer CENSURA VERBAL Y PÚBLICA al doctor B. por mayoría absoluta- (3/5). Conforme el artículo 83, literal (b), numeral 3 de la Ley 23 de 1981.

3. Conforme al pliego de cargos elevado por el Tribunal Seccional el 15 de junio de 2018, consideró que el doctor Y.G.E.G., habría transgredido el artículo 15 de la Ley 23 de 1981, por cuanto no existía en ese momento prueba de que hubiera terminado su formación teórico-práctica como cardiólogo, lo que lo conducía a exponer al paciente de la queja a un riesgo injustificado. De lo que si había prueba era que para

dicha fecha no había convalidado ni inscrito su título como especialista en cardiología obtenido en el extranjero, lo que formalizó solo hasta noviembre 24 de 2014, mediante resolución 19930 del Ministerio de Educación Nacional.

En la diligencia de descargos, el doctor Y.G.E.G aportó las pruebas (folios 204 a 224) de sus estudios de especialización culminados para la fecha de los hechos. Fue por esto que el Tribunal Seccional acogió los descargos y absolvió al disciplinado de la contravención del artículo 15 de la ley 23 de 1981.

4. En relación con el artículo 36 de la ley 23 de 1981, se determinó que la actuación procesal mostró falta de claridad en la historia clínica elaborada por el doctor Y.G. E. durante la atención del señor J.E.R.T., puesto que en los folios de la historia clínica no aparece su nombre, firma o sello como autor de la misma. Conducta calificada como claramente contraria a la ética médica.

Aunque indica el implicado en los descargos que él firmó manualmente la historia, no hay prueba de ello en ningún documento y por el contrario los folios allegados desvirtúan dicha afirmación. También, llama la atención de la Sala que entre las copias de la historia aportadas por la quejosa (folios 4,5 y 6) y las aportadas por el doctor B.G. (29 y 30), hay una discrepancia en los membretes, puesto que en los segundos aparece también el doctor E. como especialista en cardiología, lo que no coincide con los folios 4, 5 y 6. Por los elementos de juicio anotados, la sala no acepta los descargos y declara responsabilidad disciplinaria frente al artículo 36 de la ley 23 de 1981.

5. Frente al cargo conexo con el artículo 48, que exige revalidar de conformidad con la ley el título obtenido en universidad extranjera para poder ejercer en el territorio nacional, es claro como lo acepta en la diligencia de descargos que el doctor E. no había cumplido dicho trámite en el momento de la atención. La convalidación exigida por la ley se cumplió el 24 de noviembre de 2014, cinco meses después de la consulta que ocasiona este proceso, lo que motivó al Tribunal Seccional a no aceptar los descargos y declarar la responsabilidad disciplinaria ético profesional frente al mismo.

6. En cuanto al cargo ligado al artículo 56, el Tribunal Seccional por mayoría decidió que el doctor E. no hizo publicidad sobre su condición de especialista en cardiología, por lo que lo absolvió del mismo.

7. Basados en las consideraciones expuestas, decidió el Tribunal Seccional, absolver al doctor E. por los cargos concernientes a los artículos 15 y 56 de la Ley 23 de 1981 y no aceptar los descargos relativos a la infracción de los artículos 36- concordante con el artículo 5 de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud- y el artículo 48. Califica la conducta como grave e impone CENSURA VERBAL Y PÚBLICA, conforme el artículo 83, literal (b), numeral 3 de la Ley 23 de 1981.

8. El 5 de marzo de 2019 y el 8 de marzo de 2019, los doctores Oscar Mauricio Troncoso Delgado y Jaime Alberto Leyva, respectivamente, presentan Recurso de Apelación contra la decisión de fecha 7 de febrero de 2019.

### CONSIDERACIONES ANTE LA APELACIÓN

1. El abogado Oscar Mauricio Troncoso, para explicar la presencia de las firmas del doctor B. en la historia efectuada por el doctor E., indica que se debió a la asignación del consultorio del doctor B., determinación que fue aprobada por la IPS” que es la entidad encargada de realizar dichos trámites y de salvaguardar la integridad de las historias clínicas conforme al artículo 14 de la Ley 1995 de 1999 y la resolución 144 de 2013”

Sin embargo, lo que se discute a partir de la queja original, es que el doctor B. no garantizó la debida custodia de las historias clínicas de sus pacientes y en cambio estuvieron expuestas a terceros. Esa es precisamente la falta que se le imputa. El artículo 14 que invoca el apoderado, hace referencia acerca de quiénes pueden acceder a la información contenida en las historias clínicas, lo que no es esencialmente el motivo de la discusión.

#### ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley. 4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

2. Se refiere además el abogado, al artículo 4 de la misma resolución 1995 de 1991, y asegura que de acuerdo con este “ los encargados del registro de la historia clínica son las personas de talento humano que tienen el deber de custodiar la historia clínica en este caso SERVICIO CARDIOCRITICO DEL TOLIMA S.A.S ”- Al revisar dicho artículo 4, se encuentra que no tiene ninguna relación con las aseveraciones del apoderado, este artículo se refiere a que “ 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”. Lo que se califica como infracción al Código de Ética Médica, en el proceso de la referencia, invoca al artículo 34, que se centra en la falta de custodia de los archivos de historias clínicas de los pacientes del doctor B..

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.

Precisamente los programas de historia clínica se encuentran diseñados para asegurar y proteger los datos sensibles y confidenciales de las historias clínicas pertenecientes a las personas que asisten a la consulta del propietario del programa. Todos los programas de historia clínica tienen como condición primaria y esencial el uso de claves que impiden el acceso de personas ajenas al sistema. Esto lo reglamenta la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, disponiéndose en su artículo 18 “... En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y ... “ En este proceso No 690 del Tribunal Seccional del Tolima, se aprecia que tanto los médicos implicados como la IPS Cardiocríticos tenían conocimiento del uso que se le estaba dando al software de historia clínica propiedad del doctor B. De hecho, la secretaria del doctor B. estaba presente en la consulta y fue la encargada de ratificar la atención con el sello de la firma, nombre, número de registro médico y número de la cédula de ciudadanía del implicado. Es indiscutible que el material probatorio allegado permite concluir que se utilizó el software de historias clínicas del doctor B. y no otro. Lo que no demuestran las pruebas allegadas es que el uso de este

programa se hubiera efectuado mediante maniobras oscuras conducentes a violentar la seguridad del programa de historias clínicas, porque bajo estas circunstancias correspondería entonces compulsar copias a la Fiscalía General de la Nación.

3. Afirma también el apoderado que el Tribunal Seccional del Tolima decide tomar la decisión de sancionar al doctor B. “porque no existen pruebas de la CESIÓN DE BUENA FE QUE HIZO EL DOCTOR B. de su consultorio médico con el fin de disminuir el represamiento de Cardiocríticos “. Aunque esta no es la razón que condujo a la decisión, es claro para las dos instancias que sin duda hubo una cesión del consultorio con todo y sistema de historias clínicas, de allí las copias allegadas por la quejosa y el propio implicado; de lo que no hay explicación es de las motivaciones que llevaron al doctor B. a ceder su nombre, firma y sello en la atención de las consultas de Cardiocríticos incluida la historia que motivó la queja, como tampoco se entiende la razón que llevó al doctor E. a no sustentarla con su nombre, firma y sello. Sin embargo, esto, aunque llamativo, escapa al objetivo de esta providencia.

4. Reclama el apoderado Jaime Alberto Leyva que el proceso se originó en la queja de la señora N.L.T.R. motivada por la inconformidad en la atención al no ordenársele a su hijo el examen cardiológico solicitado por otro médico en una consulta anterior y en la que planteó la posibilidad de suplantación médica por parte del doctor E., pero que desvirtuados los tópicos de la queja y sin haberse expuesto en la misma, se le imputan a su prohijado cargos contenidos en el artículo 36 y 48 de la Ley 23 de 1981.

El proceso penal, y el disciplinario de ética medica, se inician en ocasiones por denuncia interpuesta por cualquier ciudadano que haya tenido conocimiento de la posible infracción a la ley disciplinaria, pero en este ámbito, ni el de derecho penal el investigador judicial queda limitado a los hechos que se denuncian porque dentro de las indagaciones realizadas se compruebe que los hechos denunciados no constituyen una infracción a la Ley, pero de esas indagaciones se descubre otras infracciones a la ley penal, caso en el cual el juez está en la obligación de dirigir la investigación hacia esos nuevos hechos ilícitos percibidos como consecuencia de lo investigado. Es decir que en un hecho donde se denuncia por hurto, es posible que iniciada la investigación se descarte, pero se descubra la consumación de

otros delitos como el peculado y la falsedad y es claro que descartado el hurto denunciado el juez investigador no estaría limitado para investigar los nuevos hechos delictivos que se perciben de la investigación.

5. En la apelación el apoderado del doctor E., dice que “el tema de la historia clínica objeto de apelación no puede ser enrostrada y tenida en cuenta de manera directa como culpa de mi representado, toda vez que él trabajaba para la empresa Cardiocríticos quien era la responsable del andamiaje administrativo dentro de ella todo lo relacionado incluido el sistema que contenía la historia clínica electrónica”, y que al doctor E. como un trabajador mas no le correspondía esa carga administrativa sino que recaía sobre el empleador en este caso, sobre la IPS Cardiocríticos.

Se desprende del material probatorio que el doctor E. no tuvo la intención de suplantar ante el paciente a ningún otro médico, pero aunque eso es claro, no hay ninguna prueba de que en la historia clínica se quisiera precisar que la elaboración de la misma no correspondía a la persona que aparece suscribiendo la atención, de hecho, no asoma por ninguna parte la aclaración respectiva, ni el nombre o la firma de él. Es indudable, que la historia clínica debe contar con la identificación del personal responsable de los datos consignados. El artículo 5 de la resolución 1995 de 1999 establece “La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma”.

Según el artículo 36 de la Ley 23 de 1981. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad.

La inconsistencia en la firma de la consulta del 25 de junio de 2014 puso en evidencia una falta grave que no puede bajo ninguna circunstancia ser permitida por un profesional que entiende que debe responder por sus decisiones clínicas, a lo que se le suma, que esta conducta afecta sin lugar a dudas y en materia grave, la claridad exigida a la historia clínica médica. No le correspondía al doctor E. bajo ninguna circunstancia firmar las decisiones médicas de las que era el único responsable con la antefirma de “L.C.B”, tampoco al doctor L.C.B ceder su firma para tal efecto; se entiende que esto afecta sin atenuantes, la claridad de la historia a la que obliga el artículo 36 de la Ley 23 de 1981.

Ambos apoderados coinciden en asegurar que la responsabilidad de suministrar un programa de historias clínicas electrónicas corresponde a la IPS, aseveración que es cierta, pero que no excluye a los médicos de la responsabilidad de suscribir las historias clínicas correctamente. De todas maneras, teniendo en cuenta esta afirmación recurrente en los descargos y en los recursos de apelación, el Tribunal Nacional de Ética Médica compulsará copia a la oficina de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud del Tolima.

6. Frente al cargo ligado con el artículo 48, que exige revalidar de conformidad con la ley el título obtenido en universidad extranjera para poder ejercer en el territorio nacional, se establece en el material probatorio que el doctor E. no había cumplido dicho trámite en el momento de la atención. La convalidación exigida por la ley se cumplió el 24 de noviembre de 2015, cinco meses después de la consulta que ocasiona este proceso.

En este punto, el Tribunal Nacional se aparta de las consideraciones expuestas por la primera instancia, en vista de que la interpretación que se le debe dar al artículo 48 es aplicable en su origen, para la convalidación del título de médico general, diligencia esta que no obligaba al doctor E. por ser egresado de la facultad de medicina de una universidad establecida en el territorio nacional (Universidad de Antioquia). La documentación allegada al proceso que versa sobre los estudios de posgrado es lo suficientemente sólida para descartar imprudencia o impericia de parte del doctor E. al momento de no aprobar el examen en cuestión. En consecuencia, se acoge la Sala Plena del Tribunal Nacional a aceptar los descargos que sobre este particular expone el doctor Jaime Alberto Leyva y absuelve al doctor Y.G.E.G de la responsabilidad disciplinaria ético profesional frente al mismo.

7. Una vez concluida la revisión general del proceso se concluye que la falta apreciable se presenta en el hecho grave de que la consulta fue atendida por un médico diferente al que aparece suscribiendo la historia clínica y las órdenes. Es imposible que una EPS, remita pacientes a un médico con el que no tiene ningún tipo de contrato para la atención de los mismos. Reconocen los implicados que si había un acuerdo de cesión del consultorio. Las explicaciones son diversas y en algunos casos contradictorias. Que las motivaciones para esta situación confusa en

la que participaron Salud Total EPS, el gerente de cardiocríticos y en especial los médicos cardiólogos implicados, redundó en una violación flagrante al deber de custodia de la confidencialidad y la reserva de las historias clínicas por parte del doctor B. y a un uso indebido del nombre del doctor B. por el doctor E., que condujo a una situación confusa en la historia clínica de un paciente, que alteró la exactitud de la misma debido a una identificación equivocada del médico responsable y produjo un conflicto que atenta contra la dignidad del profesionalismo médico.

Son suficientes las consideraciones precedentes, para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en el ejercicio de las facultades que le confiere la Ley.

### RESUELVE

**ARTÍCULO PRIMERO:** CONFIRMAR la providencia de primera instancia en cuanto sanciona con CENSURA VERBAL Y PÚBLICA, conforme lo dispone el artículo 83 de la Ley 23 de 1981 al disciplinado doctor L.C.B.G., CC.... de...., por violación artículo 34 de la 23 de 1981 concordante con el artículo 18 de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud. **ARTÍCULO SEGUNDO:** MODIFICAR la providencia de primera instancia mediante el cual sancionó al doctor Y.G.E.G., CC.... De... con CENSURA VERBAL Y PÚBLICA, e imponerle sanción de CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA, por violación artículo 36 de la 23 de 1981 concordante con el artículo 5 de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y absolverlo por el artículo 48 de la ley 23 de 1981. **ARTÍCULO TERCERO:** COMPULSAR copia de esta decisión a la oficina de Inspección Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud del Tolima, para lo pertinente. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO QUINTO:** Devolver al Tribunal A quo para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado Presidente; JOSÉ MIGUEL SILVA HERRERA, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; ARIEL IVÁN RUIZ PARRA, Magistrado; HERNÁN JIMÉNEZ ALMANZA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y CLAUDIA LUCÍA SEGURA ACEVEDO, Abogada Secretaría.

Bogotá, cinco (05) de junio del año dos mil diecinueve (2019)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1460 DEL CINCO (05)  
DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

**REF: Proceso No. 2015-157 del Tribunal Seccional de Ética Médica  
del Huila**

**Denunciante: Abogado J.S. F.S.**

**Contra: Dr. J.A.H.E.**

**Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández  
Providencia No. 55-2019**

**VISTOS**

Mediante providencia del 3 de abril de 2019, el Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila no acepta los descargos presentados por el médico **J.A.H.E.**, y resuelve que se debe imponer sanción consistente en **suspensión en el ejercicio profesional de la medicina por el término de un (1) mes**. El abogado defensor del acusado, mediante escrito fechado el 7 de mayo, interpone recurso de apelación contra dicha providencia que el tribunal seccional concede para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 22 de mayo de 2019, en el tribunal nacional se recibe el expediente, un (1) cuaderno que contiene 229 folios, y en sala plena del 29 del mismo mes se asignó al Magistrado Germán Gamarra Hernández, por tener conocimiento previo del caso.

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

**HECHOS**

El 1 de julio de 2015, el señor **J.S.F.S.** radica, ante el Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, Derecho de Petición – Solicitud de investigación,

en la que informa que, la señora A.M.P.B. fue atendida en la Clínica SALUDCOOP de Pitalito, Huila el día 13 de diciembre de 2014, en el servicio de urgencias y posteriormente presentó una valoración médico-legal realizada por el Dr. J.A.H.E., médico general de la Clínica SALUDCOOP, elaborada en hojas simples, sin registro, sello, consecutivos o distintivos de la EPS, considerando el quejoso su procedencia dudosa, no clara, no sabe si es falsa o ha sido alterada o si el médico se haya prestado a ejecutar funciones que no le corresponden y/o que sea cómplice de tráfico de influencias, ya que la señora C.J.B., madre de A.M.B, trabaja en la clínica como técnico en radiología. Anota que el Dr. H.E. realizó una valoración médico-legal que le corresponde al Instituto de Medicina Legal y al médico legista, previa existencia de una orden de la autoridad competente. Además, considera inexplicable su dictamen diagnóstico de: 1. Trauma de tejidos blandos en brazo derecho, 2. Trauma de tejidos blandos en muslo izquierdo, 3. Violencia intrafamiliar, 4. Trauma emocional post-agresión, los cuales no son claros y se prestan para malas interpretaciones ya que se realizaron solo con la información suministrada por A.M.P.; además debería dejar constancia y no lo hizo. Tampoco le queda claro al quejoso el por qué el galeno, emite una incapacidad médica de 3 días, si la señora A.M. no se encontraba laborando ni tenía trabajo, ni estaba afiliada a una entidad prestadora de salud.

### ACTUACIÓN PROCESAL

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, el 8 de julio de 2015, admite la queja y dispone el reparto correspondiéndole, como Magistrada Instructora, a la Dra. MARÍA DEL PILAR PEÑA TOBAR. Durante la presente investigación se allegaron las siguientes pruebas documentales y testimoniales:

- Copia de la queja presentada por J.S.F.S., junto con copia de la valoración objeto de la queja realizada por el Dr. J.A.H.E., titulada “Valoración Médico – Legal”, entregada el 1 de julio de 2015.
- Diligencia de ratificación y ampliación de la queja rendida por el señor J.S.F.S., el día 21 de agosto de 2015.
- Constancia expedida por la empresa ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMETSALUD, en la que certifica que la señora A.M.P. B. se encuentra afiliada desde el 15 de diciembre de 2005.

- Hoja de vida del Dr. J.A.H.E., donde se confirma que es médico egresado de la Universidad Surcolombiana de Neiva en el año 2008 y se encuentra inscrito como médico cirujano en la Secretaría Departamental del Huila desde el año 2009.
- Diligencia de versión libre rendida por el Dr. J.A.H.E., médico general, el día 21 de agosto de 2015.

El 20 de abril de 2016, la magistrada instructora presenta informe de conclusiones y en Sala Plena del 25 de mayo de 2016, el Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila resuelve formular pliego de cargos contra el Dr. J.A.H.E., por presunta infracción del deber ético contenido en los artículos 6, 7 literal a), concordante con los artículos 3 y 4 del decreto 3380 de 1981 y 34 de la ley 23 de 1981 y lo cita a rendir diligencia de descargos.

En Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, realizada el 22 de junio de 2016, el médico implicado, acompañado de su abogado, EMIRO ALFONSO TORRENTE FERNÁNDEZ, rinde diligencia de descargos y solicita nueva prueba. Dicha solicitud fue negada por el tribunal seccional, decisión confirmada en apelación, por el Tribunal Nacional de Ética Médica según providencia No. 80 del 27 de septiembre del 2016. Más de treinta (30) meses después, el tribunal seccional mediante providencia No. 132 del 3 de abril de 2019, resuelve no aceptar los descargos rendidos por el Dr. J.A.H.E. e imponer sanción consistente en suspensión en el ejercicio de la medicina por un (1) mes. El abogado defensor del acusado, mediante escrito fechado el 7 de mayo de 2019, interpone recurso de apelación contra dicha providencia que el tribunal seccional concede para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

### CONSIDERACIONES DE LA SALA

El recurrente manifiesta que la actuación del Dr. J.A.H.E. *“siempre ha estado precedida de LA BUENA FE y no se vislumbra dolo o culpa grave al emitir una mera constancia de las condiciones de salud de la paciente... Darle categoría de falta grave a una simple consulta y constancia de ámbito privado, en la que no se causó daño alguno, es una decisión exagerada.”*

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila resolvió formular cargos por la presunta infracción de los deberes contenidos en los artículos 6, 7 y 34 de la Ley 23 de 1981 que se discutirán a continuación:

**ARTÍCULO 6.** *El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión.*

Esta superioridad comparte algunos de los argumentos presentados por el recurrente, en el sentido de que al realizar una valoración médica a una mujer que ha sido golpeada no constituye un acto contrario a la moral ni existe dolo cuando se expide una constancia sobre las condiciones de salud de la paciente.

De los documentos allegados al proceso se puede deducir que los hechos ocurrieron un viernes, después del mediodía y la valoración por el médico J.A.H.E. se realizó ese mismo día en las horas de la tarde dentro de las instalaciones de la IPS SALUDCOOP, institución donde laboraban tanto el médico como la madre de la afectada. El hecho de no ser afiliada a dicha entidad no es un impedimento para que el médico realizó una evaluación de urgencia a una persona que requería dicho servicio y es comprensible, en el caso subjúdice, la actuación humanitaria del inculpado tratándose de que la paciente en mención era hija de una persona que laboraba en la misma institución. Lo que puede reprocharse de esta actuación es el hecho que, en el documento correspondiente al registro de dicho acto médico realizado, aparezca el título “VALORACIÓN MEDICO - LEGAL”, cuando al galeno no le correspondía tal actividad. Sin embargo, es claro que en ningún momento se evidencia un acto orientado a impedir o suplantar la acción de la justicia por parte del acusado. El lunes siguiente a la ocurrencia de los hechos (dos días más tarde), la paciente fue evaluada por un médico legista, quien confirma los hallazgos registrados por el doctor H.E.

Este tribunal nacional considera que no existe evidencia en que la actuación del médico Hernández Escobar al evaluar en el servicio de urgencias a la paciente A.M.P., haya sido “contraria a la moral”. Sí puede considerarse como indebida, la actuación del médico al registrar dicho acto como una “VALORACION MEDICO – LEGAL”, ya que podría haber sido utilizada de manera inapropiada.

El artículo 7 de la Ley 23 de 1981, literal a, se anota a continuación:

**ARTÍCULO 7.** *Cuando no se trate de casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios, en razón de los siguientes motivos:*

*a. Que el caso no corresponda a su especialidad.*

La actuación del médico J.A.H.E. ocurrió en el ámbito de una atención de urgencia y se desconocía la gravedad de las lesiones provocadas tanto por parte de la paciente como por la madre. Dicho acto médico puede ocurrir con frecuencia, cuando un paciente es llevado al servicio de urgencias de una institución con el fin de determinar la gravedad de una lesión. En este caso corresponde a la atención que presta un médico general y no corresponde a una especialidad en particular. De nuevo, lo indebido en este caso, fue utilizar dicha evaluación como una “VALORACIÓN MEDICO – LEGAL”.

Con relación a la vulneración del artículo 34 de la Ley 23 de 1981 que establece:

**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 en los casos previstos por la Ley.*

Esta superioridad considera que, aunque no existe copia de la historia clínica en la IPS SALUDCOOP sobre la atención prestada a la paciente Angie Melisa Peña, sí existe un registro completo de las condiciones de salud de la paciente con firma y sello del médico que presta la atención; nunca se negó su autenticidad por parte del galeno inculpado por lo que no puede considerarse un documento falso y tampoco pretendió suplantar la evaluación médico-legal necesaria que fue hecha dos días más tarde. La historia clínica es un documento privado que pertenece al paciente en el que se registran sus condiciones de salud. En el caso sub júdice, se cumplió de manera adecuada con dicho precepto y aunque se desconoce la normatividad administrativa establecida por la IPS SALUDCOOP con relación al registro de la atención de un paciente, cuando dicho acto se realiza en personas no afiliadas, no puede sustentarse en el presente caso que se haya incumplido con el deber de realizar una adecuada historia clínica por parte del médico que prestó la atención.

Adicionalmente, el Tribunal Nacional quiere llamar la atención al tribunal de primera instancia, sobre la demora injustificada que se observa en el desarrollo del presente proceso. Desde el 27 de septiembre de 2016, hasta el 3 de abril de 2019 (mas de treinta meses), no se evidenció actuación

alguna que justifique la prolongada demora que se tuvo para producir un fallo de fondo.

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

### RESUELVA

**ARTÍCULO PRIMERO:** MODIFICAR la sanción impuesta por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila en el proceso 2015-157, al Dr. J.A.H.E., de suspensión en el ejercicio profesional de la medicina por el término de un (1) mes por la de Censura escrita pero privada. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GERMÁN GAMARRA HERNANDEZ, Presidente–Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado; HERNÁN JIMÉNEZ ALMANZA, Magistrado; ARIEL IVAN RUIZ PARRA, Magistrado; JOSÉ MIGUEL SILVA HERRERA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y CLAUDIA LUCIA SEGURA ACEVEDO, Abogada – Secretaría.

Bogotá, julio siete (07) del año dos mil quince (2015)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1279 DEL SIETE (07)  
DE JULIO DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

**REF: Proceso 1134 Tribunal Ética Médica de Risaralda y Quindío**  
**Denunciante: señora M.C.S.G.,**  
**Contra: doctor H.W.T.H.**  
**Asunto: Recurso de Apelación**

**Providencia No. 56-2015.**

**Magistrado Ponente. Dr. Francisco Pardo Vargas**

**VISTOS**

Procedente del Tribunal de Ética Médica de Risaralda, el día 23 de abril de 2.015 este Tribunal Nacional recibió el expediente contentivo de la indagación preliminar adelantada por dicho Tribunal Seccional al aceptar queja presentada por la señora M.C.S.G., contra el médico H.W.T.H., por irregularidades en la atención que le prestara en el mes de marzo de 2.014 en la ciudad de Pereira como usuaria de la IPS Cosmitet Caldas. En el curso de la investigación el magistrado instructor consideró que no había méritos para abrir proceso ético disciplinario contra el médico acusado, y el Tribunal Seccional en Sala del 24 de septiembre de 2.014 estuvo de acuerdo con el concepto del instructor y decretó el Archivo de las diligencias adelantadas con motivo de la queja presentada contra el doctor H.W.T.H.. En la misma providencia el Tribunal concedió los recursos de ley y acogiéndose a los términos de la resolución, la quejosa instauró recursos de reposición y en subsidio de apelación. El Tribunal Seccional no dio trámite a la reposición y envió el expediente al Tribunal Nacional para lo de su competencia. Recibido por esta Superioridad el 23 de abril de 2.015, esta, en Sala del 19 de mayo del mismo año, con ponencia del magistrado Francisco Pardo Vargas resolvió abstenerse de considerar el recurso de apelación enviado por el Tribunal de Ética Médica de Risaralda,

por no haberse resuelto previamente el recurso de reposición y devolver el expediente al Tribunal de origen para que se cumpla el trámite establecido. Con fecha junio 2 de 2.015 el Tribunal Seccional estudia el caso y resuelve negar el recurso de reposición y conceder en efecto suspensivo el recurso de apelación. Enviado el texto de dicha resolución por el Tribunal Seccional y recibido por esta Corporación se adjudicó para estudio al magistrado Francisco Pardo Vargas.

## HECHOS

La señora M.C.S.G., de 70 años de edad para la época de los hechos, con antecedente de hipertensión arterial y portadora de un marcapaso cardíaco, fue remitida por médico general a consulta con especialista a causa de dolor epigástrico agudo relacionado con la ingesta de alimentos e irradiado al mesogastrio. Fue atendida por el gastroenterólogo H.W.T.H., quien la programó para esofagogastroduodenoscopia, procedimiento que realizó el 31 de marzo de 2.014 encontrando una gastritis antral erosiva crónica y una úlcera gástrica prepilórica cicatrizal. Como el médico general remitente insistiera en una biopsia, el doctor T. la programó para el 23 de mayo siguiente a las 6:20 am. Al ingresar la paciente para el procedimiento, el médico H.W.T.H. le exige fotocopia de su cédula como requisito indispensable para el examen; por tal motivo doña M. sale a conseguirla y el médico le da diez minutos de espera. Al demorarse la paciente el doctor T. abandona la sala de procedimientos por compromiso laboral en otro sitio. Nuevamente, el 16 de junio (2.014) a las 6:20 am la paciente asiste con la autorización requerida para que se le practique la biopsia pero el médico H.W.T.H. rechaza la autorización porque esta tiene el sello de Caldas y no el de Risaralda lo cual acarraría una glosa en sus honorarios ya que el contrato es para la atención de usuarios de Risaralda y no de Caldas. Ante el rechazo del médico la paciente protesta y presenta la denuncia ante el Tribunal Seccional de Ética Médica.

## RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Nuevamente recibe este Tribunal Nacional un recurso de apelación conferido por un Tribunal Seccional como consecuencia de haberse decretado el Archivo de la investigación disciplinaria en etapa de indagación preliminar que venía adelantando dicha corporación al aceptar la denuncia presentada contra un profesional de la medicina por presuntas faltas en

la atención prestada a una paciente. Basa su denuncia la quejosa en la conducta dilatoria de su médico recurriendo sin consideración alguna a requisitos administrativos que a la postre impidieron la realización del procedimiento solicitado por el médico general.

Durante la indagación preliminar el Tribunal Seccional consideró que no existían méritos para formular cargos, decretó el Archivo del proceso y concedió los recursos de ley sin tener en cuenta que ante la figura del Archivo no procede recurso alguno según disposición del artículo 79 de la ley 906 de 2.004. En casos como este, el Tribunal Nacional de Ética Médica ha negado de plano los recursos impetrados dejando así en firme el Archivo de la diligencia. Sin embargo, al existir el peligro de un uso habilidoso y aún delictivo de la figura del Archivo, esta Superioridad ha considerado necesario analizar detenidamente la sustentación del archivo antes de proferir una decisión de fondo al respecto. En este sentido, es conveniente hacer las siguientes consideraciones:

Opina el Tribunal de primera instancia que en uso del derecho de autonomía el médico encartado, como experto gastroenterólogo, procedió correctamente al considerar que ante los hallazgos endoscópicos que le permitieron hacer un diagnóstico evidente de “gastritis antral erosiva crónica, úlcera gástrica prepilórica cicatrizal y hernia hiatal por deslizamiento tipo I” (F2 39) era innecesaria la biopsia, motivo este de la queja presentada y origen de los hechos posteriores. Considera esta superioridad que es de recibo tal consideración del Tribunal Seccional. No así la actitud asumida por el doctor H.W.T.H. frente a la reiterada solicitud de su paciente para que le tomara la biopsia, pues resultan inexcusables la serie de trabas interpuestas para la realización del procedimiento, que si bien no dependían del profesional tratante y tienen su origen en la deshumanización del ejercicio médico como consecuencia de la medicina gerenciada, sí exigen del profesional un trato amable y comprensivo con sus pacientes acorde con la vocación de servicio que debe caracterizar el ejercicio de la medicina, que como bien se resalta en el artículo 1 de la ley 23 de 1.981 tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

De otra parte llama la atención la débil sustentación del análisis para concluir que “no existen elementos que motivan la apertura de investigación formal” contra el doctor H.W.T.H. y se disculpen las inconsistencias del médico implicado cuando niega haber practicado la endoscopia de marras,

y ante la descripción del procedimiento que aporta como prueba la quejosa, se retracta y el Tribunal entra en suposiciones que a la postre infringen el principio de imparcialidad cuando anota: “Qué paso? Muy seguramente el doctor H.W.T.H. por alguna razón no guardó, grabó, en el computador el examen ejecutado, imprimió el informe que entregó a la paciente M.C.S.G., la que ella xeroscopió y después aportó” (f243v).

Por último, se presenta en el análisis una serie de argumentaciones atenuantes de tipo administrativo relacionadas con el trámite de los honorarios, que nada tienen que ver con los principios rectores de la ética profesional.

Basada en las consideraciones anteriores, esta Superioridad encuentra deleznable los argumentos presentados por el Tribunal Seccional para Archivar la investigación, y en guarda de la importancia que reviste la figura del Archivo dentro del proceso ético disciplinario, estima improcedente e injustificada la declaratoria de archivar el proceso en la etapa de investigación preliminar y en consecuencia el Tribunal Nacional de Ética Médica en uso de sus atribuciones legales

## RESUELVE

**ARTÍCULO PRIMERO:** Revocar la decisión del Tribunal de Ética Médica de Risaralda de decretar el Archivo de la investigación ético disciplinaria adelantada en contra del médico H.W.T.H., y ordenar se continúe con las etapas consecutivas en el referido proceso. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta Resolución no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo pertinente. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, tres (03) de julio del año dos mil diecinueve (2019)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1464 DEL TRES (03)  
DE JULIO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

**REF: Proceso Ético Disciplinario: No 2070-15 del Tribunal de Ética  
Médica del Valle del Cauca  
Denunciante: Señor L.A.P.  
Médico investigado: doctor A.F.L.  
Paciente: M.E.P.**

**Magistrado Ponente: Dr. Hernán Jiménez Almanza  
Providencia No. 61-2019**

**VISTOS**

El Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca con fecha del 24 de mayo de 2019 no repone la sanción impuesta de tres meses de suspensión en el ejercicio de la medicina al doctor A.F.L.G. y concede el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

**LA QUEJA**

El proceso se inició como indagación preliminar en marzo 25 de 2015 por queja presentada por el señor L.A.P. respecto a la atención médica a su progenitora la señora M.E.P., por parte el personal médico adscrito al Hospital la Buena Esperanza de Yumbo, Hospital Universitario del Valle y la Clínica Santillana, la cual fue remitida por el personero delegado de Yumbo.

**LOS HECHOS**

El 29 mayo de 2014 la paciente M.E.P. asiste a consulta externa del Hospital la Buena Esperanza de Yumbo, para control de su tensión arterial venía

tomando captopril y clonidina. Al examen físico tensión arterial de 280/80 atendida por el doctor A.F.L., quien hace un diagnóstico de hipertensión arterial esencial primaria y obesidad, le solicita laboratorio y elabora una fórmula, fue trasladada a urgencias del mismo Hospital donde le toman un electrocardiograma ingresando a las 10:47 horas atendida por el doctor J.A.F.G. quien ordena tratamiento con una tableta de Carvedilol 25 mg vía oral y tres tabletas de captopril 25 mg vía oral medicamentos que recibió la paciente a las 12:27 horas.

En control a las 14:56 horas doctor F. encuentra tensión arterial de 150/50 y paciente asintomática por lo que decide dar de alta y control a las 24 horas, la paciente sale hacia su casa con una fórmula firmada por el doctor A.L. con la siguiente prescripción:

Acido acetilsalicílico tabletas por 100 mg una tableta cada 24 horas, Carvedilol tabletas por 25 mg una tableta cada 12 horas, Nifedipina tabletas por 30 mg una tableta cada seis horas, Diltiazem tabletas por 90 mg una tableta cada 12 horas y Losartan tabletas por 100 mg una tableta cada 12 horas.

La hija informa que al administrar los medicamentos antihipertensivos 2 horas después, presenta cuadro de palidez, diaforesis, sensación de ahogo llevándola nuevamente a urgencias del Hospital la Buena Esperanza donde ingresa las 23:23 clasificada con triage dos, a las 2:05 vista por el doctor A.F.G. quien manifiesta haber encontrado paciente con síntomas vegetativos y de bajo gasto cardíaco y la remite como urgencia vital al Hospital Universitario del Valle; allí considerando la necesidad de un marcapaso, circuito ventilación mecánica en Unidad de Cuidado Intensivo le colocan Dobutamida y se remite a la Clínica Santillana por no disponibilidad de camas en la UCI. Ingresó a la Clínica Santillana el 30 de mayo de 2014 a las 1:59 horas con un diagnóstico de bradicardia sintomática por medicamentos; 7 horas después presenta síncope con pérdida del conocimiento asociado a hemiparesia con desviación de la comisura labial, asociado a cifras tensionales elevadas y se diagnostica como un accidente cerebrovascular se traslada a la Unidad de Cuidado Intensivo. Estuvo Hospitalizada en la Clínica Santillana hasta el 9 de agosto de 2014 saliendo y reingresando a las 14:22 horas del mismo día por haberse deteriorado estado de conciencia y salida del botón de gastrostomía fue trasladada al Hospital Universitario del Valle donde es valorada por cirujano quien ordena colocar sonda nasogástrica y devolver a nivel II para manejo, hubo dificultades

en el Hospital la Buena Esperanza para la remisión y más tarde se envía al Hospital San Juan de Dios donde estuvo hasta 7 de agosto no habiendo datos sobre esos días en el Hospital y el día 17 agosto ingresa urgencias del Hospital la Buena Esperanza sin signos vitales.

#### Elementos probatorios

1. Historia clínica Hospital La Buena Esperanza (folios 52 — 57).
2. Historia clínica Hospital Universitario del Valle (folio 57)
3. historia clínica; Clínica Su Vida (202 o 12 folios)
4. Providencia del 11 de julio de 2018 del Tribunal de Ética Médica del Valle en que encuentran mérito para formular cargos contra el doctor A.F.L.G., por los hechos relacionados con la atención de la paciente M.N.P., por presunta inobservancia los artículos 10,15,16,34 y 35 de la ley 23 de 1981 artículos 9,10 y 12 del decreto 3380 de 1981 y artículo 4 de la resolución 1995 de 1999.
5. Versión libre del Dr A.F.L.G. (Folios 128 a 130).
6. Descargos del Dr. A.F.L.G. (Folios 167 a 177).
7. Providencia del 12 de diciembre de 2018 acta número 1703 por la cual se impone sanción disciplinaria de suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de tres meses al médico general doctor A.F.L.G., identificado con la cédula de ciudadanía número.... de.... registro médico número.. del...., por violación a los artículos 10.15, 16.34 y 35 de la ley 23 de 1981, artículo nueve 10 y 12 del Decreto 3380 de 1981 y artículo cuatro de la Resolución 1995 de 1999.
8. Mediante providencia del 10 de abril de 2019 el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca resuelve no reponer la sanción impuesta de tres meses de suspensión al doctor A.F.L.G. y concede el recurso apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

## CONSIDERANDOS

En el recurso apelación de la defensa del doctor L.G. en cuanto a la violación del artículo 10 de la ley 23 de 1981, refiriendo que no sólo se habló del tiempo, añade que la formulación del mismo se hizo de manera muy general contrario a lo exigido por el artículo 80 ibidem, transcribe en lo que en general se dijo en el escrito de descargos o que en particular no le es dado al Tribunal hacer interpretaciones de dicho precepto y que se hizo un erróneo análisis de los elementos probatorios, pues no se puede concluir que una errónea formulación es directamente proporcional a una falta de valuación y dedicación al paciente, además añade que la formulación obedece a la discrecionalidad científica del médico y que la misma era necesaria debido a las altas cifras tensionales del paciente y además que no se tiene certeza que la paciente haya tomado dicha medicación formulada por el doctor L., que se puede observar en la historia clínica del 29 mayo que el proceso atención de la paciente fue adecuado que atendió personalmente al paciente y le practicó el electrocardiograma y llevó la paciente hasta el servicio urgencias.

El Tribunal argumentó que la defensa no expuso argumento alguno que rebata que hubo por parte del investigado una evaluación inadecuada del estado de salud de la señora M.N.P. quien presentaba una emergencia hipertensiva que no prescribió una terapéutica correspondiente al formularle betabloqueadores y calcioantagonistas de manera simultánea, sin advertir los efectos secundarios y riesgos ya bastante altos, mucho más para un paciente que venía cursando con emergencias hipertensivas. Además dice que la formulación a la paciente se hizo bajo “discrecionalidad científica del médico”. Que en lo concerniente a estos argumentos el médico conociendo la farmacocinética y farmacodinamia de los cuatro antihipertensivos formulados simultáneamente no explicó ni justificó en ningún momento el criterio científico asumido para la formulación realizada. Los medicamentos 2, 3, 4 y 5 son todos antihipertensivos y tienen las siguientes características.

**CARVEDILOL:** Antihipertensivo, bloqueador Beta con acción vasodilatadora; indicado en hipertensión arterial, enfermedad arterial coronaria e insuficiencia cardiaca crónica y estable y produce como efecto secundario bradicardia.

NIFEDIPINA: Antihipertensivo, antianginoso, vasodilatador y bloqueador de calcio; indicado en isquemia coronaria e hipertensión arterial y como efecto secundario puede potenciar a otros antihipertensivos.

DILTIAZEM: Antianginoso, antihipertensivo, indicado también en pacientes con cardiopatía isquémica y debe usarse con cuidado en pacientes con bloqueadores (iniciar con 120 mgrs y luego aumentar hasta 180, le fue formulado de entrada 180 mgrs)

LOSARTAN: Antihipertensivo, antagonista de la angiotensiva con indicaciones como antihipertensivo y tiene como efectos secundarios hipotensión, bradicardia y bloqueo aurico-ventricular e inclusive producir accidentes cerebrovasculares. La dosis inicial es de 50 mgrs/día a la paciente le formularon 100 mgrs cada 12 horas (2 veces más).

En cuanto a la violación a los artículos 15 y 16 de la ley 23 de 1981 la defensa transcribe apartes de lo sostenido por el doctor L. en descargos, que su evento hipertensivo fue trasladando la paciente al servicio de urgencias que el artículo 11 del decreto 3380 exonera al médico de la advertencia riesgo cuando existe una urgencia o emergencia.

El Tribunal recuerda que los cargos que se formularon al disciplinado no sólo es por el riesgo generado por la prescripción de manera concomitante de varios antihipertensivos de moléculas y modos de acción diferentes sino también por la omisión de advertir sobre la existencia de los riesgos a la paciente o familiares y además de no dejarlo expresado en la historia clínica. Advierte el Tribunal sólo se agrega a título de recomendación control por consulta externa en tres meses es decir se sometió un altísimo riesgo para la paciente lo cual se concretó en el deterioro sufrido por la paciente y las complicaciones subsiguientes que llevaron a su fallecimiento. Tampoco el doctor L.G. explica las razones para formular los cuatro antihipertensivos ni la demostración científica de la terapéutica indicada. También en la formulación del doctor L.G., además de establecer el tratamiento indica que debe regresar a consulta en tres meses en un paciente de riesgo cardiovascular y que él había atendido en consulta por crisis hipertensiva en dos oportunidades muy seguidas.

Con respecto a la violación de los artículos 34 y 35 de la ley 23 de 1981 es claro que el doctor L.G., reconoce tanto en la versión libre, como en los descargos que tuvo fallas en el proceso de atención como de los registros

en la historia clínica y luego se contradice diametralmente cuando manifiesta “nunca es aceptado por parte del doctor L. como lo manifiesta erradamente el Tribunal fallas en el proceso atención de la paciente” folio 202.

El Tribunal es categórico en reiterar que no existe una transcripción errónea de cargos pues la providencia tiene un acápite titulado “**Normas presuntamente violados por el doctor A.F.L.G.**” donde claramente se expone que la historia clínica elaborada por él, está incompleta y es imprecisa frente a lo cual finalmente reconoce frente este cargo “este (sic) ya comenzó a ser enmendado de mis nuevas historias pues de los errores hay que aprender y mejorar.”

Son suficientes estas consideraciones para que el Tribunal Nacional de Ética Médica

### RESUELVA

**ARTÍCULO PRIMERO:** CONFIRMAR la sanción impuesta por el Tribunal de Ética Médica del Valle al doctor A.F.L.G., identificado con cédula de ciudadanía No. de .... y registro médico No....., de suspensión del ejercicio la medicina por tres (03) meses, por violación a los artículos 10, 15, 16, 34 y 35 de la ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Presidente – Magistrado; HERNÁN JIMÉNEZ ALMANZA, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; JOSÉ MIGUEL SILVA HERRERA, Magistrado; ARIEL IVÁN RUIZ PARRA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y CLAUDIA LUCÍA SEGURA ACEVEDO, Abogada Secretaría.

Bogotá, julio veintiocho (28) del año dos mil quince (2015)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1282 DEL VEINTIOCHO (28)  
DE JULIO DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015).**

**REF: Proceso No 744 del Tribunal Seccional de Etica Medica del  
Atlantico**

**Denunciante: Señor J.E.T.B.**

**Contra: La Doctora A.J.W.B.**

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez  
Providencia No. 63-2015.**

**VISTOS**

Mediante providencia del 20 de Mayo de 2015, el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, impuso una sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el termino de treinta (30) días a la Doctora A.J.W.B., por violación de la ley 23 de 1981.

El 16 de Junio de 2015 a través de su apoderada interpone recursos de reposición y subsidiario de apelación contra la providencia del 20 de Mayo de 2015.

Mediante providencia del 1 de Julio de 2015 el tribunal seccional no re- pone la decisión y concede el recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 10 de Julio de 2015 es recibido en esta corporación el expediente que consta de un cuaderno de 393 folios. Puesto a reparto correspondió por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez.

## HECHOS

La paciente E.B. DE T., de 54 años de edad, consulto el 25 de septiembre de 2012, a las 6:38 pm por un cuadro clínico de 4 (cuatro) días de evolución consistente en dolor abdominal, fiebre, vómitos en número de diez, intolerancia a la vía oral y diarrea (4 deposiciones líquidas) acompañados de malestar general, mialgias, astenia, adinamia. El día antes había consultado a medico particular, quien le formulo Plasil, Eterolite, Metarsal, Spidifin, y Smecta, sin encontrar mejoría, por lo que decidió consultar al Hospital General de Barranquilla, en donde con diagnóstico de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, le formularon Tinidazol tableta de 500 miligramos cada 12 horas, sales de rehidratación oral, hidróxido de aluminio en Suspensión oral, Trimetropin 160 miligramos cada 12 horas. Cuatro horas después, fue valorada y encontrada hemodinamicamente estable, hidratada, sin dolor abdominal, ruidos cardiacos bien timbrados, pulmones ventilados, por lo que se decide darle de alta.

Al día siguiente consulto nuevamente al hospital, a las 5:12 pm, porque se estaba "ahogando". Cuadro clínico de un día de evolución caracterizado por sensación de disnea, dolor y opresión torácica. Fue ingresada al Hospital con diagnóstico de hipotensión no especificada y taquicardia. Se anota en la historia clínica que la paciente tiene cifras tensionales bajas y saturación de oxigeno por debajo de límites normales por lo que deciden reanimación con tubo orotraqueal y dopamina y deciden traslado a UCI. Se ordena remisión a Camino Universitario Distrital y se inicia protocolo de atención en espera de la ambulancia, y se ordenan exámenes de laboratorio. un electrocardiograma muestra taquicardia supraventricular. Y una radiografía de tórax mostró infiltrados parahiliares bilaterales. El 27 de septiembre de 2012, es revisada por la doctora C.A.A.M., se hace diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección respiratoria baja versus edema agudo de pulmón, sepsis y desequilibrio hidroelectrolítico. Alas 14:55 del 27 de septiembre de 2012, folio 183, la paciente ingresa al servicio de UCI adulto del Camino Universitario Distrital Adelita de Char en mal estado general, palidez generalizada, pupilas anisocoricas, mucosa oral húmeda, tubo orotraqueal conectado a ventilador portátil. Reporte de paraciinicos: PH: 7.35, P02:54.9, PC02:26.8, Saturación 02:87.9%, Plaquetas: 187, Hemoglobina: 10.1, Hematocrito: 31 %, Hipocromia moderada, serie blanca con 80% de células inmaduras y desviación a la izquierda, Potasio: 2.7, Sodio: 139, Creatinina: 0.81, Nitrogeno: 19.4. Al examen

físico de ingreso se encontró en mal estado general, con secreción hemoptoica, soporte con dopamina, frecuencia cardiaca: 148, frecuencia respiratoria: 24, temperatura: 37, tensión arterial: 65/36, saturación de oxígeno: 89%, ruidos cardiacos rítmicos, crepito generalizado en ambos campos pulmonares, hepatomegalia congestiva, cicatriz post colecistectomía, se le hizo un diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a edema pulmonar agudo de probable origen cardiogénico, síndrome coronario agudo a descartar, shock cardiogénico versus séptico, se ordenó soporte ventilatorio, soporte inotrópico, pancultivo, antibioticoterapia, monitoreo PVC. El 28 de septiembre de 2012 a las 2:40 am, la paciente entra en paro cardiorrespiratorio refractario a las medidas de reanimación y fallece a las 3: 10 a.m.

### **CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL SECCIONAL DEL ATLANTICO**

Fundamenta el tribunal Seccional su decisión en los siguientes Puntos:

1. Falta de cuidado en la valoración de la paciente.

“Analizando el pliego de cargos elevado a la doctora A.J.W.B., Medico General, esta Sala Plena manifiesta en sus consideraciones: "Al valorar y revisar el acervo probatorio allegado al expediente, nos inducen a pensar que hay indicios que la doctora A.J.W.B., como médico general, no fue cuidadosa en la valoración de la paciente E.B. DE T., el día 25 de septiembre de 2012, pues como se puede ver en la historia clínica, el día 26 de septiembre de 2012, la paciente reingresa con un cuadro cardiopulmonar severo. Por lo que en la investigación diagnostica inicial, debió tener presente, las variables que puedan hacer pensar otras posibilidades diagnósticas y si ellas surgen, indicar exámenes indispensables para identificar hasta donde sea posible el diagnóstico y de esa manera, minimizar los riesgos, que pueden ocasionar un cuadro clínico, no detectado y sin tratamiento adecuado.” (sic) (folio 364).

“La Ley 23 de 1981, y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, preceptúa que el médico debe dedicarle a su paciente, el tiempo necesario para hacerle una evaluación adecuada a su salud, indicar los exámenes indispensables, para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. De igual manera, el medico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados que no corresponda a las condiciones clínico-patológicas del mismo. “(sic) folio (330).

## 2. Pobreza de la información en la Historia Clínica.

“También le llama la atención al médico instructor, la pobreza de información en la historia clínica que la doctora A.J.W.B., redacto en la sala de observación, como bien lo dijo el internista, doctor E. de J. B.M., con la información consignada en la historia clínica, no era posible realizar una impresión diagnóstica que conlleve a una serie de conductas adecuadas para la mejoría del paciente.” (sic) (folio 364).

También, es exigible en la historia clínica, el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente.

## 3. No se desvirtuó el Pliego de cargos.

“Evaluando los descargos con relación a los cargos elevados, esta Sala encuentra que la Doctora A.J.W.B., Médico General, ni siquiera hizo alusión a los motivos del pliego de cargos, por tanto, tampoco los desvirtuó” (folio 364)

# CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MÉDICA

Respecto al primer punto:

No existe en la muy completa Historia clínica (folios 27 a 199) alusión alguna a síntomas cardiovasculares, o respiratorios, relatados por la paciente en su consulta al servicio de urgencias del Hospital General de Barranquilla el día 25 de septiembre de 2012, atención que duró tres horas y está consignada en 10 folios (102 a 112). Ni en la queja (folio 2 a 4) del hijo de la paciente J.E.T.B., ni en la ratificación de la queja, (folio 288), ni en la historia clínica. (folio 111) se menciona nada al respecto de dolor torácico, tos, disnea o palpitaciones. Es decir en el MOTIVO DE LA CONSULTA de la paciente no había ninguna razón para sospechar que la paciente presentara algún tipo de trastorno Cardiorrespiratorio, en cambio la diarrea, el vómito, el malestar general, la astenia, la adinamia, las mialgias, son claramente indicativas de una enfermedad del tracto digestivo posiblemente de origen infeccioso. En la valoración física se anota (folio 111) Signos vitales. PA 110/70, FC 120, FR 20, T 37 “Examen pulmonar normal, Murmullo vesicular Presente. Examen cardiovascular normal ruidos cardíacos RITMICOS taquicárdico, no soplos” es decir que con la posible excepción

de la taquicardia, que fue interpretada adecuadamente en el contexto clínico como un signo de deshidratación. No había absolutamente ningún indicio que hiciera sospechar que la paciente estuviera presentando en ese momento una enfermedad Cardíaca, Torácica o Pulmonar.

Más aún, dentro de los antecedentes, figura que la paciente había sido sometida a una histerectomía vaginal 57 días antes con una previa valoración preoperatoria, y sus sistemas cardiovascular y respiratorio respondieron adecuadamente a la intervención, permaneciendo tres días en el Hospital, sin presentar ningún tipo de alteración de los mismos (folios 71 a 85).

Tres horas más tarde, en una nota de ronda, después de un período de hidratación y observación se lee (folio 108) “Paciente Hemodinamicamente estable, actualmente hidratada, manifiesta no presentar dolor abdominal SV : TA 120/80 FC70 FR 18, consiente alerta orientada en sus tres esferas normocefalo(sic) cuello móvil sin adenopatías cardiopulmonar ruidos cardíacos bien timbrados, pulmones ventilados sin ruidos agregados abdomen blando depresible no doloroso no edemas pulsos presentes sin déficit neurológico”.

Y en su análisis de salida la Dra. A.J.W.B. escribe “” paciente que se encuentra hemodinamicamente estable no ha realizado vómitos no deposiciones se decide dar alta médica con recomendaciones y formula médica”.

No comparte entonces este Tribunal Nacional la afirmación de que la Dra. A.J.W.B. “en la investigación diagnóstica inicial, debió tener presente, las variables que puedan hacer pensar otras posibilidades diagnósticas y si ellas surgen, indicar exámenes indispensables para identificar hasta donde sea posible el diagnóstico y de esa manera, minimizar los riesgos, que puede ocasionar un cuadro clínico, no detectado y sin tratamiento adecuado”.

¿Cuáles serían esas variables? ¿Una radiografía del Tórax? La paciente no tenía ni signos ni síntomas que lo ameritaran. ¿Un Electrocardiograma? Se describe una taquicardia con ruidos rítmicos y se interpreta como secundaria a la deshidratación, en todo caso no muy severa, dado que no afectó las cifras tensionales. ¿o quizás un ecocardiograma? ¿Con que sospecha?

No menciona el tribunal seccional el párrafo del artículo 10 de la ley 23 de 1981 reglamentado por el Decreto 3380/81 artículo 7, que dice “El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.”

“Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados:

- a) los prescritos sin un previo examen general.
- b) los que no corresponden a la SITUACION CLINICO PATOLOGICA DEL PACIENTE”.

En resumen, no había ningún indicio, ni por el motivo de la consulta, ni por la Historia clínica, ni por el examen físico, ni por la evolución favorable durante la observación en urgencias, para pensar que la paciente E.B. DE T. estuviera cursando con un cuadro coronario o respiratorio agudos el día 25 de Septiembre de 2012, entre las 18:34 y las 21:34 horas, y para un paciente con un diagnóstico de gastroenteritis infecciosa en una consulta de urgencias, que permanece en observación por su motivo de consulta y sus signos, mejorando tanto subjetiva como objetivamente, tal como está consignado en la historia Clínica, no se requiere otro proceso diagnóstico para ver que otras enfermedades pueda tener o eventualmente pueda desarrollar. La paciente podía volver a consultar. La urgencia estuvo solucionada. Por lo tanto en esas circunstancias de tiempo, modo y lugar, era innecesario someter a la paciente a un estudio cardiorrespiratorio. Y el diagnóstico, tratamiento e indicaciones de egreso de la paciente fueron las indicadas por la lex artis para un caso de gastroenteritis de posible origen infeccioso.

#### 4. Pobreza de la Información en la Historia clínica.

La historia clínica es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999.

Este documento que se construye con el tiempo, es dinámico y la información consignada en ella, en muchas circunstancias, no es necesario repetirla, ni volver a consignarla. Concretamente en el caso de la paciente E.B. DE T. que había sido sometida a valoración pre anestésica para cirugía, menos de dos meses antes, con muy buena respuesta cardiovascular al procedimiento, no era necesario volver a realizar exámenes para valorar el

“riesgo cardiovascular”, claro que eso es importante, pero no es pertinente realizarlo durante el curso del diagnóstico y tratamiento de un episodio de enfermedad gastrointestinal, eso se puede y se debe realizar en otro momento, durante una consulta realizada para tal efecto.

Por tanto, no es de recibo la interpretación dada por el Tribunal seccional a la declaración del doctor E. DE J. B.M.: “como bien lo dijo el internista, doctor E. DE J. B.M., con la información consignada en la historia clínica, no era posible realizar una impresión diagnóstica que conlleve a una serie de conductas adecuadas para la mejoría del paciente.” (sic) (folio 364).

Y por el contrario coincide con la abogada defensora en dar valor la afirmación del Dr. E. DE J.B.M. “En esta historia clínica en ningún momento aparecen síntomas que hagan pensar en patología isquémica cardiovascular” (folio 304), y los síntomas no aparecen por negligencia de la Doctora A.J.W.B., sino simplemente porque no existían.

Ante la afirmación del Dr. E. DE J.B.M., que este tribunal comparte por completo la afirmación de que “el estado de deshidratación y diarrea pueden desencadenar cardiopatía isquémica o síndrome coronario agudos” (-folio 304) podemos responder que sí este hubiera sido el escenario, aunque es poco probable dado que a la paciente nunca se le documentaron cifras tensionales bajas, el tratamiento instaurado era el adecuado, es decir hidratación, antieméticos, y medicamentos que disminuyen el peristaltismo intestinal, sumado a antiácidos y antibióticos.

Tampoco es de recibo que la Dra. A.J.W.B., no desvirtuó el pliego de cargos, puesto que con la descripción detallada de su actuación de acuerdo con la *lex artis*, en la diligencia de descargos, (folio 357) sustentada por una buena historia clínica, en la que se puede seguir exactamente el curso de la atención de la paciente E.B. DE T., el día 25 de Septiembre de 2012 es suficiente para demostrar que no hubo contravención a ninguno de los artículos de la ley 23 de 1981 por parte de la Dra. A.J.W.B..

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

---

**RESUELVA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Revocar la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, de declarar responsable de violación de la ley 23 de 1981 a la Dra. A.J.W.B., identificada con la cédula de ciudadanía ..... expedida en ..... y con Registro médico No. .... expedido por ..... **ARTÍCULO SEGUNDO:** Declarar que la Dra. A.J.W.B., no es responsables de violación del articulado de la ley 23 de 1981. **ARTÍCULO TERCERO:** Revocar la sanción de suspensión del ejercicio de la medicina por treinta (30) días a la Dra. A.J.W.B. y absolverla de los cargos. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra la presente no caben recursos. **ARTÍCULO QUINTO:** Enviar el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado - Presidente; FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado-Ponente; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; JAVIER MAURICIO HIDALGO ESCOBAR, Asesor Jurídico (Ad-Hoc); MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, agosto veinticinco (25) del año dos mil quince (2015)

**SALA PLENA SESIÓN No.1286 DELVEINTICINCO (25)  
DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

**REF: Proceso: 2923 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca  
Denunciante: E.R.G.O.  
Contra: doctora C.I.C.C  
Asunto: Recurso de apelación**

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas  
Providencia No. 72-2015.**

**VISTOS**

El Tribunal Nacional de Ética Médica recibe del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca el expediente contentivo del proceso ético disciplinario adelantado contra la médica C.I.C.C por irregularidades presentadas en la prescripción de un medicamento para el paciente M.A.L.L. en el hospital San Vicente de Duitama, según queja presentada por la señora E.R.G. gerente regional oriente de EMDI Salud EPS-S-ESS. Consideró el Tribunal Seccional que la profesional denunciada había trasgredido los artículos 12 y 54 de la Ley 23 de 1.981, y en providencia del 2 de junio de 2,015 la sancionó con censura escrita y pública, lo cual motivó la presentación de recurso de reposición.

En resolución del 30 de junio del mismo año, el Tribunal Seccional negó el recurso de reposición y concedió el de apelación. Recibido por el Tribunal Nacional esta Corporación, en Sala del 22 de julio de 2.015 asigna por sorteo el caso al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

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

## HECHOS

El señor M.A.L.L. de 33 años de edad para la época de los hechos (noviembre de 2.012), presentaba un Síndrome de Hunter como se conoce la Mucopolisacaridosis tipo II, enfermedad genética de tipo degenerativo, a quien atendió en el Hospital San Vicente de Duitama la médica C.I.C.C, pediatra con experiencia en el manejo de “enfermedades huérfanas”, según consta en la forma documentada en su diligencia de versión libre ante el Magistrado Instructor correspondiente (F101 C2). En ese entonces no se había podido confirmar el diagnóstico por no existir aún los medios adecuados.

En esta ocasión sí se pudo confirmar el diagnóstico por exámenes realizados en la Universidad de los Andes. Se encontró un paciente con gran déficit motor que lo tenía reducido a silla de ruedas por afectación de las articulaciones, con repercusiones cardiovasculares severas (cardiopatía y disnea) con hipoacusia bilateral (audiometría en F225 C1) todo lo cual ha avanzado rápidamente haciendo temer un desenlace desastroso, y obligando a iniciar manejo con la enzima deficiente que genera la enfermedad, en este caso el producto ELAPRASE cuyo principio activo IDURSULFASA, derivado de fibroblastos humanos que produce efectos indeseables como vómito, cefalea, hipertensión arterial transitoria por lo cual el internista suspendió esa medicación y la doctora C., como encargada del manejo de los pacientes con “enfermedades huérfanas”, consideró indicado cambiar el ELAPRASE por otra enzima deficiente, la INDURSULFASA BETA o HUNTERASE extraído de ovarios de ratones que evita los fenómenos indeseables.

A folios 24, 25 y 26 del C1 figuran las fórmulas emitidas por la doctora C. y a folio 237 del cuaderno 1 aparece la Autorización No 2012002723 emitida por el director de dispositivos médicos y otras tecnologías con asignación de funciones de la dirección de operaciones sanitarias del INVIMA, por la cual se concede visto bueno y la autorización sanitaria a la radicación 20120142496 y se autoriza la cantidad prescrita en la fórmula médica expedida el 28-11-2.012 por la doctora C.I.C.C . El día 20 de marzo de 2.014 la gerente regional oriental de Emdi Salud EPS. S. 255, señora E.R.G.O. presenta ante el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca solicitud de investigación en contra de la doctora C.I.C.C por irregularidades presentadas en la prescripción de medicamentos efectuada

al paciente M.A.L.L. quien padece de una mucopolisacaridosis tipo II o enfermedad de Hunter, medicamento que según la queja no cuenta con registro sanitario y además se encuentra en vías de experimentación, todo lo cual representa una violación a las normas de la ética médica. Aporta como sustentación de su queja las actas correspondientes a las Salas del Invima especializadas en medicamentos y productos biológicos, que concluyen que la IDURSULFASA - BETA, (Hunterasa) es un producto en experimentación y no existe información suficiente presentada ante el Invima para realizar la evaluación farmacológica del producto mencionado. En tales circunstancias el Tribunal Seccional aceptó la queja e inició el respectivo proceso ético disciplinario en el cual se encontró motivos para imputar cargos a la médica denunciada que al no ser suficientemente aclarados permitió la imposición de una sanción escrita y pública por violación de los artículos 12 y 54 de la Ley 23 de 1.981. Interpuesto el recurso de reposición, este fue denegado por el Tribunal Seccional concediéndose el recurso de apelación ante el Tribunal de segunda instancia.

### **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS**

Basado en consideraciones eminentemente jurídicas el Tribunal Seccional sancionó con censura escrita y pública a la doctora C.I.C.C “previo el agotamiento de un proceso que respetó en todas sus partes los principios rectores del debido proceso” y estima que la sanción impuesta “es proporcional a los hechos que la originaron”. Mal haría este Tribunal de segunda instancia en desconocer la imparcialidad y la fundamentación de la decisión apelada; pero en este caso existen circunstancias de tipo médico y humano que desbordan los límites de las normatividades invocadas pues el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes. En efecto, se tiene como base de la sanción que la médica encartada aplicó una medicación de tipo experimental toda vez que su uso no había sido autorizado por la entidad rectora en nuestro país. Pues bien, como ya se anotó en el acápite de los hechos la decisión tomada por la encartada fue motivada por la aparición de efectos secundarios causados por ELAPRASE (Indusulfase) y formuló entonces la INDULSULFASE - BETA (Hunterase), causante de la sanción, pero no se tuvo en cuenta que dicha formulación se hizo aplicando la autorización emanada el 4 de diciembre de 2.012 por el director de dispositivos médicos del Invima según consta a folio 237 del cuaderno 1.

Aclarada la presunta conducta experimental de la médica encartada es preciso recurrir a la norma invocada para justificar la sanción que se le impuso. El artículo 12 de la Ley 23 de 1.981 es suficientemente claro cuando dispone que “el médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas”. Y el párrafo establece “si en circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, este podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible por acuerdo en junta médica”.

Ya en líneas anteriores se recalcó la aceptación oficial del uso de la IDUR-SULFASA BETA (HUNTERASE); y con respecto al requisito de que su utilización requiere la autorización del paciente o de sus familiares responsables, este se llenó con creces cuando la hermana del paciente, señora L.H.L.L. en representación de M.A.L.L quien por el deficiente estado de salud estaba incapacitado para apersonarse de los trámites respectivos, el 30 de noviembre de 2.012 instauró ante el Juzgado Penal de Circuito de Santa Rosa de Viterbo acción de tutela para obligar a EMDI SALUD EPS que autorice y haga entrega del medicamento HIDURSULFASA - BETA para el tratamiento prescrito al señor M.A.L.L. por su médica la doctora C.I.C.C, solicitud que fue acogida por el Juzgado Promiscuo Municipal de Santa Rosa de Viterbo el 19 de diciembre de 2.012 según sentencia que consta a folios 081 a 091 del C1. Por último, a folio 019 del cuaderno1 figura la resolución 13023212 de fecha 21.03.2.013 con el siguiente concepto: “así mismo en Colombia ya existe un producto con registro sanitario vigente (IDURSULFASA) el cual ha evidenciado eficacia y seguridad para el tratamiento del Síndrome de Hunter.

Tampoco podría ser considerado para una urgencia clínica, ni recomendarse su importación (IDURSULFASA - BETA ) a menos que se demuestre fallo terapéutico o la aparición de efectos adversos graves con el medicamento con registro sanitario (IDURSULFASA) que contraindique su uso y justifique la administración del medicamento propuesto (IDURSULFASA - BETA). Pues bien, consta en la historia clínica que este paciente fue medicado con IDURSULFASA y presentó fenómenos secundarios consistentes en exacerbación de la disnea, hipertensión arterial y mialgias que contraindicaron continuar con la IDRSULFASA y se requirió la IDUR-SULFASA - BETA.

Cumplidos los requisitos de ley, no sobra resaltar la importancia del tratamiento prescrito en el manejo del cuadro clínico de esta “enfermedad huérfana”, que por sus características clínicas afectan de manera inmisericorde a quienes la padecen y por lo tanto requieren un trato especial que como se anotó al inicio de este análisis, va mucho más allá que un simple control rutinario a quienes día a día ven deteriorarse sus funciones vitales y necesitan por lo tanto una atención cálida y afectuosa que ayude a superar el déficit progresivo de su salud. Es por ello que la actitud de la doctora C.C., merece un reconocimiento especial por haberle dedicado a este grupo de enfermos la atención que como pediatra le puede transmitir a sus pacientes.

No obsta por lo demás hacer unas breves consideraciones sobre las características clínicas de la enfermedad que soporta el señor L.L: “el Síndrome de Hunter o Mucopolisacaridosis tipo II es una afección genética grave que afecta primariamente a varones, interfiere con la capacidad del organismo para descomponer y reciclar algunos mucopolisacaridos específicos conocidos también como glucoaminoglucanos o GAGs.

En el Síndrome de Hunter el GAG se acumula en las células de todo el organismo debido a la deficiencia o la ausencia de la enzima iduronaic-2-sulfatasa. Esta acumulación interfiere con la función de ciertas células y órganos conduciendo a la aparición de varios síntomas graves. A medida que progresa la acumulación los síntomas se hacen más aparentes.

Las manifestaciones suelen consistir en diferentes rasgos faciales, macrocefalia y abdomen prominente; los pacientes pueden también experimentar pérdida de audición, estenosis de las válvulas cardíacas que conducen a un fallo de la función del corazón, enfermedad obstructiva de las vías aéreas, apnea del sueño e hipertrofia hepática y del bazo.

El HUNTERASE (IDURSULASA - BETA) es un medicamento que funciona como terapia de reemplazo enzimático en pacientes con Síndrome de Hunter. Este medicamento reemplaza la enzima que le hace falta al paciente y de esta manera logra elevar la actividad enzimática, mejorar la calidad de vida del paciente y desacelerar el deterioro de los órganos vitales” (Folios 109 a 11 C1).

Por lo anterior se comprende la gravedad de este cuadro clínico cuya evolución deteriora progresivamente la calidad de vida de los pacientes y exige una especial dedicación del médico tratante, como ha sido el caso de la doctora C. cuya dedicación en el cuidado de los cinco pacientes con Síndrome de Hunter la protege de los avatares que ha tenido que sortear en la consecución de los recursos terapéuticos que felizmente logró conseguir para aliviar los progresos de la enfermedad. Esta perspectiva humana de una compasiva actitud profesional, que ya ha sido registrada en anteriores providencias de esta Superioridad, quedó consignada en la número 50-2.013 con ponencia del Magistrado Fernando Guzmán Mora que en su parte pertinente dice así: “este Tribunal Nacional observa, con desafortunada frecuencia, la manera poco compasiva asociada al ejercicio médico actual en Colombia. Muchos de los médicos se han tornado indiferentes, fríos y poco compasivos con el sufrimiento de sus congéneres.

Debe recordarse que el término compasión proviene de *Cumpassio*, cuyo significado es sufrir juntos. Aristóteles decía que los humanos sentían compasión “por los que sufren sin merecerlo”. Baruch Spinoza expresaba que “aquel a quien ni la razón ni la piedad mueve a socorrer a los otros, se le llama justamente inhumano, pues no parece un hombre”. Por su parte el Dalai Lama dijo: “el problema humano básico es la falta de compasión. Mientras este problema subsista, subsistirán los demás problemas. Si se resuelve, podemos esperar días más felices”.

Compasión es la capacidad de conmoverse ante la desgracia de los demás. Es compartir los problemas de otros con el interés de ayudar a superarlos, colaborando para oponerse al sufrimiento ajeno. Es ponerse en el lugar de otro. Se ejerce la compasión sin interés, discriminación, lástima o desprecio. La lástima es sentir tristeza por la desgracia de otro ser humano, mientras la compasión trata de entender el dolor del que sufre y lo asume como propio.

Si los médicos no poseen ni cultivan el sentimiento de la compasión como una actitud de compromiso para resolver el dolor ajeno, su práctica será cada día más alejada de la esencia humana y los límites de transgresión de la ética serán cada vez más difusos”.

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

**RESUELVA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Revocar como en efecto revoca, la decisión tomada por el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca de sancionar a la doctora C.I.C.C con censura escrita y pública por violación de los artículos 12 y 54 de la Ley 23 de 1.981 y en su lugar absolverla de toda culpa por la atención médica que le prestara al paciente M.A.L.L., de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de este proveído. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta Resolución no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, cinco (05) de septiembre del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1382 DEL CINCO (05) DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

**REF: Proceso Expediente No. 3036 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca**

**Denunciante: Sra. M.D.Z.P.**

**Contra: Dr. G.I.Z.P.**

**Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney**

**Providencia No. 72-2017**

**VISTOS**

Por hechos ocurridos en mayo 14 de 2013 la Señora M.D.Z.P., interpuso queja contra el médico G.I.Z.P., por presuntas irregularidades durante la realización de litotricia a la paciente.

Mediante providencia del 7 de junio de 2016, el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca resolvió que existían méritos para formular cargos contra el Doctor G.Z.P., por la posible violación de los artículos 9, 15, 16, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981, señalando fecha para los descargos.

La providencia le fue informada al médico implicado por medio de correo electrónico el 10 de junio de 2016. El 26 de julio del mismo año rindió diligencia de descargos con su apoderado presentando escrito de los mismos.

Mediante providencia del 28 de marzo de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional no aceptaron los descargos presentados por el doctor G.I.Z.P., y le impusieron sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el término de tres (3) meses.

La providencia le fue notificada por correo electrónico al implicado y a su apoderado el 7 de abril de 2017.

El 8 de mayo el apoderado del implicado interpuso los recursos de Reposición y Apelación, contra la providencia del 28 de marzo de 2017

Mediante providencia del 13 de junio de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca repusieron parcialmente la decisión de marzo 28 de 2017, imponiéndole sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el término de dos meses y quince días al doctor G.I.Z.P., concediendo el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. Se compulsaron copias a la Fiscalía General de la Nación.

El 29 de junio se recibió expediente en el Tribunal Nacional y en reparto le correspondió al Magistrado Gabriel Lago Barney.

## HECHOS

La Señora M.D.Z.P., contaba 59 años de edad para el momento de los hechos, era hermana del doctor G.I.Z.P., médico acusado, y tenía una historia de nefrolitiasis familiar; y una historia personal de coleditiasis y artritis reumatoidea. Había sido operada de amigdalectomía 40 años antes, mamoplastia reductora 29 años antes, dos cesáreas previas, pomey y cistopexia 23 años antes, lipectomía hace 21 años, nefrectomía izquierda por litiasis 21 años antes, presentando complicaciones. Igualmente, le habían realizado histerectomía hace 15 años, colecistectomía 11 años antes y dos litotricias 10 años antes. Fue intervenida para corrección de túnel del carpo 8 años antes. Según el médico endilgado padecía alteraciones en la salud mental y obesidad, antecedentes no registrados en la historia clínica, pero mencionados en la versión libre rendida en la Personería de la ciudad de Leticia, Amazonas.

La paciente presentó un cuadro clínico de un día de evolución consistente en dolor lumbar derecho que se irradiaba a flanco del mismo lado descrito como punzadas y cólico que progresó en intensidad. Consultó a la IPS INDÍGENA TRAPECIO AMAZÓNICO donde fue atendida por el médico G.Z.P., especialista en Salud Familiar, a las 15:51 horas del 14 de mayo de 2013. Los signos vitales se registraron normales, excepto por frecuencia cardíaca de 101 latidos por minuto. Se trataba de una persona

con sobrepeso. Al examen físico se registró: “puño percusión derecha presente.” Se elaboró un diagnóstico de cólico renal no especificado y cálculo de riñón. Como plan médico se dejó en observación con control de los signos vitales, dieta corriente, solución salina normal a 100 c.c./h; se solicitó ecografía renal y valoración urgente por urólogo. En el mismo plan se solicitó pasar a sala de litotricia para realizar litotricia extracorpórea derecha.

El mismo galeno realizó la ecografía renal y de vías urinarias donde identificó unas lesiones compatibles con nefrolitiasis bilateral. El informe de la ecografía fue registrado en papelería con membrete del doctor G.Z.P., especialista en Salud familiar con énfasis en Ultrasonido, sin indicar el nombre de la institución, con la misma fecha y sin indicar la hora; el mismo médico confeccionó la referencia de la paciente al INSTITUTO DE UROLOGÍA Y CIRUGÍA DEL AMAZONAS por presentar “*cólico renoureteral derecho*” autorizando la realización del procedimiento de litotricia extracorpórea bajo guía ecográfica con el diagnóstico: “*Litiasis en riñón derecho.*” En el mismo documento registró: “*Comentado por teléfono con el urólogo, valora las imágenes de la eco y ordena iniciar litotricia.*” Tampoco está registrada la hora en que se elaboró este documento. El consentimiento informado fue aprobado por la paciente para que el procedimiento fuera realizado en el INSTITUTO DE UROLOGÍA Y CIRUGÍA DEL AMAZONAS: “*Para que con el concurso de sus profesionales y urólogos adscritos al servicio de litotricia, en ejercicio legal de su profesión... se me practique la siguiente intervención o procedimiento: Litotricia extracorpórea de cálculo renal derecho.*” El consentimiento está firmado por la paciente y el doctor Z., en calidad de Médico auditor institucional. (folio 101 vto.)

Posterior a la realización de la intervención, se firmó una constancia en que la paciente reconoció que le fue realizada a satisfacción litotricia extracorpórea; de igual forma le expidieron “*Formato de recomendaciones post-tratamiento o procedimiento*” y formato de contrarreferencia del paciente de litotricia donde indica que el procedimiento le fue realizado a las 3:51 p.m., con 1500 choques a una intensidad de 1,2 Kv, procedimiento sin complicaciones. Este documento está firmado por el galeno endilgado a la misma hora de la consulta. El formato de solicitud de autorización de los servicios de salud tiene fecha de mayo 15 identificando como prestador a la IPS INDÍGENA TRAPÉCIO AMAZÓNICO, se le informa a SALUDCOOP como pagador, ubicando a la paciente Z., en el servicio de

urgencias donde se solicitó el servicio de litotricia. El nombre de la persona que informa este proceso es el doctor A.P., urólogo; y fuera del texto aparece la firma del doctor Z.

En la descripción del procedimiento de litotricia del INSTITUTO DE UROLOGÍA Y CIRUGÍA DEL AMAZONAS, con fecha mayo 14 de 2013 relacionado con la paciente Z., no aparece firma del médico urólogo, pero fuera del texto obra la del doctor Z.

La paciente, en el postoperatorio presentó un hematoma de hígado, razón por la cual consultó nuevamente a la IPS INDÍGENA TRAPECIO AMAZÓNICO donde fue atendida inicialmente por el mismo doctor Z. quien confeccionó una hipótesis diagnóstica de apendicitis aguda, por lo que la paciente fue remitida al HOSPITAL SAN RAFAEL de Leticia y de allí a la CLÍNICA UROS de la ciudad de Neiva en donde fue observada, realizaron transfusión y dejaron una catéter doble jota en el uréter derecho siendo dada de alta tres días después.

## **RESULTANDOS Y CONSIDERACIONES**

Basados en el material obrante en el expediente procede este Tribunal a analizar los hechos.

En primer lugar, la paciente tenía una historia clínica de larga data familiar y personal de nefrolitiasis con intervenciones y complicaciones previas acompañada de múltiples comorbilidades que obligaban a estudiar de manera más profunda y especializada a la paciente, cuya historia no era ajena para el doctor G.Z.P., en cuanto, como él lo manifestó, se trataba de su hermana de sangre y la había intervenido con anterioridad.

Para el momento de los hechos, en la ciudad de Leticia, Amazonas, se contaba con la presencia de especialista en urología, doctor A.P., cuya participación, según los registros realizados en la historia clínica de la paciente por el galeno endilgado, fue tangencial, teniendo en cuenta que en dicha historia, confeccionada por el doctor Z., tanto en la IPS INDÍGENA TRAPECIO AMAZÓNICO como en la del INSTITUTO DE UROLOGÍA Y CIRUGÍA DEL AMAZONAS, se hace referencia a haberse comunicado con él, pero no hay constancia de que el doctor P. haya evaluado a la paciente, solicitud hecha por el doctor Z.; sin embargo, sin dicha evaluación,

el galeno encartado procedió a realizar la litotricia trasladando la paciente a otra institución. Obra en el expediente formato de solicitud para la realización del procedimiento solicitado por el doctor P., pero con fecha mayo 15 de 2013. Se pregunta este Tribunal, ¿si la persona que autorizó la realización de la intervención de la paciente fue el doctor P., ¿Porqué, el doctor Z. realizó la litotricia sin que estuviera presente? y, porqué, fue solicitada la autorización al día siguiente? Si el doctor P. era el médico tratante, siendo consultado previamente a la intervención como consta en la historia clínica confeccionada por el doctor Z., ¿porqué, no manejó las complicaciones que presentó la paciente?

De igual manera, conforme lo indicaran los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca, en tratándose del mismo médico, doctor G.Z.P., el que realizó la litotricia, atendió inicialmente la complicación de la paciente, realizó la ecografía abdominal total ante el dolor que presentaba la señora Z., en que da cuenta de *“imágenes compatibles con una colección líquida infradiafragmática derecha”* registrando a renglón seguido: *“Nefrolitiasis renal”*, en una paciente en postoperatorio mediato, intervención ésta realizada por él mismo, y con antecedentes de litiasis que refirió tanto en la historia clínica como en sus declaraciones, no haya establecido una relación entre la intervención realizada y el desenlace; y por el contrario, con hallazgos clínicos y los resultados ecográficos descritos elaborara como hipótesis de trabajo apendicitis aguda, diagnóstico con el cual se remitió la paciente al HOSPITAL SAN RAFAEL de Leticia donde se identificó, por medio de escanografía de abdomen total contrastado, un hematoma hepático derecho, el cual, aun siendo infrecuente está descrito en la literatura médica.

Con su actuación se demostró el doctor G.Z.P. que no es suficiente haber realizado un entrenamiento en el manejo de un equipo, para realizar un procedimiento especializado en urología sino que debe poder hacer frente a las complicaciones derivadas del riesgo inherente a la operación de un equipo en un procedimiento especializado. La diferencia entre el doctor Z. y un especialista en urología, es que éste ha recibido formación para sospechar y hacer frente a las complicaciones de un procedimiento como el de litotricia. Cuando la brisa suave sopla en el mar tranquilo, cualquiera puede ser un buen marino, la destreza de un marinero de verdad se demuestra en las tormentas y en el mar agitado, cosa que no pudo demostrar el doctor Z. en la paciente, tampoco acudió al especialista para manejar

la complicación o, por lo menos, para esclarecer el diagnóstico diferencial en una paciente operada en un Instituto especializado como lo pretendían hacer ver al momento de colocarle el nombre de INSTITUTO DE UROLOGÍA Y CIRUGÍA DEL AMAZONAS.

Con su actuación, el doctor Z., infringió el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 al someter a la paciente a riesgos injustificados teniendo la posibilidad de acudir a un urólogo ante una complicación que él mismo había documentado, con lo cual, también violó el artículo 16 al ser imprudente en el manejo del efecto adverso que presentó la paciente.

Con su actuación el riesgo fue más allá, con implicaciones en el funcionamiento familiar; como bien lo anotara el magistrado instructor en el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca: *“El código de Ética Médica de la Asociación Médica Americana, establece, que en términos generales los médicos no deben tratarse a sí mismos o a sus familiares cercanos, pues la objetividad profesional puede verse comprometida, pues los sentimientos propios del terapeuta pueden influenciar la toma de decisiones e interferir con el cuidado médico dispensado. Así mismo, la obtención de una historia clínica completa puede verse limitada pues el interrogatorio en áreas sensibles puede alterar la información necesaria para el análisis clínico. Del mismo modo, puede resultar, cuando menos incómodo, el examen físico cuando se trata de un familiar cercano. Cuando el médico establece tratamientos en sus familiares cercanos tiene la tendencia a rebasar los límites de su experticia o entrenamiento, y cuando aparecen tensiones originadas en la relación por desenlaces inesperados o no deseados se producen rupturas intrafamiliares de muy difícil conciliación. La obtención del consentimiento informado también puede verse afectada pues el temor de ofender al terapeuta familiar puede condicionar límites a la libre decisión del paciente, en especial, cuando estos son menores de edad.”* En el caso in comento, la cercanía bien pudo llevar al desenlace familiar expresado por el galeno endilgado en la versión libre que rindió ante la Personería de Leticia.

Con relación a las condiciones de idoneidad y habilitación en que se realizó la litotricia, ya se mencionó previamente, que tratándose de una paciente compleja por sus comorbilidades, historia familiar y antecedentes de nefrolitiasis, sobrepeso y múltiples intervenciones quirúrgicas en abdomen, algunas de ellas con complicaciones de origen renal, historia que para el

galeno era bien conocida al tratarse de su hermana y de haberla intervenido con anterioridad, indican que el galeno asumió riesgos que fueron más allá de lo previsto a sabiendas que en la ciudad se contaba con especialista más idóneo que él para ello, como el mismo doctor Z. lo dio a entender en los registros realizados en la historia clínica.

El INSTITUTO DE UROLOGÍA Y CIRUGÍA DEL AMAZONAS funcionaba en la misma sede de la IPS INDÍGENA TRAPECIO AMAZÓNICO, pero se trataba de dos instituciones con personería jurídica diferente; el doctor G.Z.P. trabajaba en ambas instituciones, ninguna de las cuales contaba para el momento de los hechos, mayo 14 de 2013, con habilitación por parte de la Secretaría de Salud Departamental del Amazonas para el momento de los hechos, como lo manifestó y documentó el secretario de salud.

El doctor Z., para mayo 14 de 2013, fecha de los hechos sub judice tenía formación y había obtenido y validado los títulos como médico especialista en salud familiar, en auditoría en salud, en gerencia de servicios de salud y en gerencia de empresas; había realizado entrenamiento no formal en ecografía y según documento que aportó, obrante a folios 16 y 17 del cuaderno 3, cursaría en los meses de septiembre a diciembre de 2013 el “I Diplomado en litotricia renal extracorpórea dirigida por ecografía” en la Fundación Universitaria del Área Andina de la ciudad de Bogotá dentro de los programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano que ofertaba la Universidad.

Comparte este Tribunal, lo manifestado por los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca con relación a las inconformidades expresadas por la defensa respecto a las normas aplicables para dicha fecha y/o de la aplicación de las normas relativas al periodo de transición de la legislación, cuya instancia de discusión son las autoridades a quienes va dirigida la aplicación de las normas, a través de las acciones pertinentes, así, como la falta de competencia de los tribunales de ética médica para cuestionar la forma en que la Secretaría de Salud Departamental del Amazonas aplicó las normas sobre la materia en orden a determinar que ni la IPS INDÍGENA TRAPECIO AMAZÓNICO, ni el INSTITUTO DE UROLOGÍA Y CIRUGÍA DEL AMAZONAS estaban habilitados para realizar el procedimiento de litotricia la fecha de los hechos. Los documentos debidamente allegados por las autoridades al Tribunal Seccional gozan

de la presunción de legalidad y su contenido se debe considerar cierto. Si la defensa considera lo contrario, debe realizar las acciones legales correspondientes a tales efectos. Al no contar con las condiciones de habilitación requeridas, faltó el doctor G.Z.P., al artículo 9º de la Ley 23 de 1981: *“El médico mantendrá su consultorio con el decoro y la responsabilidad que requiere el ejercicio profesional.”*; el cual incluye, entre otros requisitos, contar con los certificados de habilitación.

En relación con la historia clínica, se pudo constatar que la señora M.D.Z.P., fue atendida inicialmente en la IPS INDÍGENA TRAPECIO AMAZÓNICO, la ecografía diagnóstica fue realizada por el médico particular G.I.Z.P., y el procedimiento de litotricia fue realizado en el INSTITUTO DE UROLOGÍA Y CIRUGÍA DEL AMAZONAS, todas estas atenciones realizadas por el mismo galeno, el mismo día. La confección de la historia clínica se manejó como si se tratara de una sola persona jurídica, argumentando la defensa, que por tratarse de acciones colectivas realizadas por las instituciones a la paciente con ocasión de la misma patología, esto era lícito, olvidando que cuando una paciente es atendida por varias instituciones cada una debe abrir una historia clínica o solicitar la historia clínica existente, para registrar la atención dispensada en cada institución por las implicaciones médicas, históricas para la paciente, administrativas y legales, entre otras, que ello conlleva. Al registrar, en la forma en que se hizo, la condición de la paciente en historias clínicas de diferentes instituciones, si se hace la evaluación de la historia clínica de cada institución por separado, no se puede evidenciar de forma clara, lógica y completa la atención dispensada a la paciente; se observa que se alteró la secuencialidad, integralidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad en la confección de la historia clínica de cada institución, con lo cual el doctor Z. violó el artículo 35 de la Ley 23 de 1981: *“En las entidades del Sistema Nacional de Salud, la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.”*

A folios 118 y 119 del cuaderno 1 del expediente aparece formato de la historia clínica de atención inicial de urgencias de la señora M.D.Z.P., del 16 de mayo de 2013 donde se consignó el antecedente de la litotricia y aparece la rúbrica del doctor J.B.P., médico general, así como la autorización de servicios de la misma fecha.

Luego de la formulación de cargos, el médico investigado aportó, en su diligencia descargos, copia de la misma historia, de la misma paciente y

fecha, apreciando a folio 183 del cuaderno 3, que ésta es igual en su contenido y forma a la que obra a folio 108 del cuaderno 1 del expediente. Sin embargo, el folio 184 del cuaderno 3 del expediente difiere del folio 109 del cuaderno 1, principalmente en que se consignó dentro del plan el punto 7: *“Remitir con resultados de inmediato a II nivel Hospital San Rafael Leticia para valoración urgente por cirugía general. Solicitar esto al Dr. J.B. médico de turno urgencias IPS”* Se mantuvo apendicitis como impresión diagnóstica; firma como responsable el doctor Z.

De acuerdo con los documentos aportados y relacionados previamente, tenemos que el 16 de mayo de 2013, la señora Z. consultó a la IPS INDÍGENA TRAPÉCIO AMAZÓNICO y fue ingresada al servicio por el doctor J.J.B.P., quien ordenó una ecografía de abdomen total, la cual fue realizada por el doctor Z., quien a su vez ordenó la remisión de la paciente a un hospital de II nivel. Sin embargo, quien realizó la evolución de la paciente y remisión fue el doctor J.M.P.

En declaración juramentada el doctor B.P. manifestó que el no recibió a la señora G.Z.P., en el servicio de urgencias de la IPS INDÍGENA TRAPÉCIO AMAZÓNICO el 16 de mayo de 2013, que quien la recibió fue el doctor G.Z.P., y la remitió a observación donde él se encontraba (folios 235 a 237 del cuaderno 3 del expediente) Es evidente la contradicción.

El médico Z. al momento de remitir a la paciente al Hospital no registró la complicación derivada de la litotricia en la historia clínica de la paciente, así como tampoco el verdadero motivo de remisión, vulnerando lo contemplado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981: *“La historia es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente...”*

Por las inconsistencias que se presentaron en las historias y declaraciones juramentadas relacionados con la atención que recibió la señora G.Z.P., el 16 de mayo de 2013, en razón de la complicación que presentó, en que aparece el doctor J.B.P., indicando que fue él el que recibió a la paciente en el IPS INDÍGENA TRAPÉCIO AMAZÓNICO, la examinó, solicitó exámenes y ordenó la realización de la ecografía de abdomen total, contradiciendo lo manifestado en su declaración bajo juramento, en que manifestó que ésta fue recibida por el doctor Z. y remitida a observación, donde se encontraba el doctor B. Es más, según la misma historia clínica quien se encontraba en observación era el doctor J.M.P., pues aparece que él fue quien evolucionó a la paciente e hizo la remisión al hospital de II nivel.

Por un presunto delito de falso testimonio o falsedad en documento privado, fueron compulsadas copia a la Fiscalía General de la Nación, para que aclare esta contradicción.

De conformidad con las argumentaciones precedentes, se confirmará la decisión de los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca.

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

### RESUELVA

**ARTÍCULO PRIMERO:** Confirmar, como en efecto confirma, la decisión de sanción de suspensión del ejercicio profesional por el término de dos meses y quince días al Doctor G.I.Z.P., por la violación de los artículos 9, 15, 16, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta decisión no procede el recuso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, septiembre veintiséis (26) del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1385 DEL VEINTISEIS (26) DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

**REF: Proceso No. 921 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico**

**Denunciante: Doctor E.M.B.R. Subgerente científico de la E.S.E Hospital Materno infantil. Soledad Atlántico.**

**Contra: El Doctor: J.M.R.D.**

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez  
Providencia No. 76-2017**

**VISTOS:**

Mediante providencia del 20 de febrero de 2017 el Tribunal Seccional eleva pliego de cargos al doctor J.M.R.D., posible violación de los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1981 y la Resolución No. 1995 de 1999, artículos 2,3,4 y 5.

- El 28 de febrero de 2017 el Tribunal Seccional nombra defensora de oficio al médico implicado ante su no comparecencia a rendir versión libre a pesar de varias citaciones efectuadas por el Tribunal Seccional.

- El 29 de marzo de 2017, la defensora de oficio hace entrega del escrito de descargos.

- Mediante providencia del 14 de junio de 2017, el Tribunal Seccional no acepta los descargos e impone sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el término de treinta (30) días al doctor J.M.R.D.

- El 17 de julio de 2017, la defensora de oficio, interpone recursos de Reposición y subsidiario de Apelación contra la providencia del 14 de junio de 2017.

- Mediante providencia del 16 de agosto de 2017 el Tribunal Seccional no repone su decisión y concede el recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

- El 30 de agosto de 2017 se recibe en esta Corporación el expediente, que consta de un cuaderno con 180 folios. Es puesto a reparto el día 5 de septiembre de 2017 y correspondió por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez.

### **LA QUEJA**

Por medio de escrito fechado el día 09 de junio de 2015, y firmado por el Doctor E.B.R. Sub gerente científico de la E.S.E Hospital Materno infantil. Soledad Atlántico, se recibe en el TRIBUNAL SECCIONAL DE ETICA MEDICA DEL ATLANTICO la siguiente solicitud de investigación: “La presente con el fin de solicitar investigar el comportamiento del doctor J.R. identificado con cc....., por no realizar el diligenciamiento de una historia clínica a la paciente T. de J.M., identificada con número de c.c....., con 73 años de edad diagnóstico Crisis Hipertensiva, la cual ingresó a las 8:30 am y le dio salida a las 11.50 am quien fue atendida en el centro de salud de la ciudadela metropolitana de Soledad del Hospital Materno Infantil el 1 de mayo del presente año. Así mismo me permito anexar 4 informes de auditorías en el que se identificó deficiencias en el manejo de pacientes atendidos en nuestra institución por este profesional que mantuvo en alto riesgo la salud de los afectados” (folio 2)

### **RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS**

Analizando el motivo de la queja y revisando las auditorías realizadas a las historias clínicas de cuatro pacientes atendidos en la E.S.E Hospital Materno infantil de Soledad Atlántico por EL DOCTOR: J.M.R.D. en fechas muy cercanas a la atención de la paciente T. de J.M., consideró necesario el tribunal seccional abrir investigación preliminar y llamar a ratificar su queja al Dr. E.M.B.R y llamar igualmente al Dr. J.M.R.D para que rindiera versión libre de los hechos.

Durante la investigación preliminar se estableció fuera de toda duda la mala calidad de las historias clínicas realizadas por el Dr. R.D., se evidencia además que este no es un hecho aislado, sino que hay una actitud y un comportamiento habitual del Dr. R. para realizar historias clínicas deficientes y prácticamente ilegibles, además de no ajustarse a los protocolos institucionales en la atención de los pacientes, lo que ocasionó la terminación unilateral de su contrato de prestación de servicios de la E.S.E Hospital Materno infantil. Soledad Atlántico.

Expresiones como: “que no entiende cual es el problema si la paciente no tenía nada de importancia y no pasó nada”, no pueden ser de recibo para justificar la no elaboración de una historia clínica. El hecho de que no hubiera pasado nada, no excusa la obligación que tiene el médico con el mismo, con la institución donde trabaja y con su paciente, de elaborar una historia clínica, cada vez que atiende a un paciente, no importa lo simple o lo complejo del caso, pues es precisamente durante la obtención de la historia clínica que el médico se va dando cuenta del estado de salud de su paciente, y puede ir confirmando o descartando hipótesis diagnósticas.

Ahora bien: es claro que las copias de las historias clínicas enviadas como soporte de la queja obrantes a folios 3 a 53 son evidencia suficiente de la mala calidad de las mismas, esto fue puesto de presente en los informes de la auditoría, realizada por la institución, y constituye una clara violación al artículo 34 de la ley 23 de 1981. “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 ciudadano solo puede ser investigado, perseguido, juzgado y sancionado por conductas ilícitas clara y precisamente contempladas en una Ley de la Republica. Del anterior principio se deriva de manera lógica que no se pueden imputar cargos a una persona por la presunta violación de un acto administrativo, en el caso concreto una Resolución; porque la creación de conductas que tienen reproche solo pueden ser determinadas por la ley.

En la providencia No. 75-2017 del 19 de septiembre de 2017, en relación con este mismo tema se sostuvo:

*"... El reproche penal o disciplinario es reserva de ley, lo que nos indica que solo el legislador puede consagrar conductas ilícitas, - delitos o contravenciones -, porque es el legislador el único que puede concretar mediante normas el ejercicio del ius puniendi del Estado.*

*El principio de legalidad es uno de los postulados fundamentales del debido proceso constitucional, que nos indica desde la perspectiva del derecho penal material, cuales son las conductas prohibidas o que generan reproche social. Este principio de legalidad se concreta mediante leyes que son expedidas por el Congreso de la República, que es la única rama del poder de Estado que puede tomar este tipo de determinaciones.*

*En las condiciones precedentes es claro que el ejecutivo no puede crear conductas ilícitas porque ello es competencia exclusiva del Congreso de la República. En las condiciones anteriores mal se podría formular acusación contra un ciudadano en un proceso disciplinario por haber violado un acto administrativo, en este caso una Resolución, porque este tipo de determinaciones solo pueden ser el resultado de lo previsto en una Ley de la república.*

*De la anterior manera se llama la atención al Tribunal de primera instancia en cuanto a que irregularmente formula cargos por transgredirse la Resolución No. 1995 de 1999, que regula lo relacionado con la historia clínica.*

*Si se trata de defectos en la elaboración de la historia clínica la formulación de cargos debe hacerse por la vulneración de los artículos 34 y 35 de la Ley 23 de 1981. Lo anterior no es obstáculo para que en las consideraciones de una providencia de esta naturaleza se aconseje que la historia clínica deba ser elaborada siguiendo los patrones recomendados en los protocolos hospitalarios o en la mencionada Resolución 1995 del 8 de julio de 1999, que en sus artículos: 2, 3, 4 y 5, dice:*

*Artículo 2 "Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.*

*Artículo 3" 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.*

*Artículo 4: “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.*

*Artículo 5:” La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma”.*

El hecho de confeccionar la historia clínica a mano, demanda del médico claridad y secuencia en la narrativa de los hechos y una letra legible, teniendo en cuenta que la historia clínica es propiedad del paciente en cuanto

contiene información sobre su salud, y este debe tener la posibilidad de consultarla sin necesidad de interprete. (Providencia N° 02-2017 Tribunal Nacional de Ética Médica, magistrado ponente Dr. Gabriel Lago)

No puede este Tribunal Nacional de Ética Médica dejar pasar por alto el hecho de que en cuatro oportunidades se citó, de conformidad con la ley, al Doctor J.M.R.D., y que el citado médico no se presentó en ninguna de ellas, obligando al tribunal seccional, para seguir el debido proceso, y conforme al Artículo 29 de la Constitución Nacional que dice: “El debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas. Nadie podrá ser juzgado sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa, ante juez o tribunal competente y con observancia de la plenitud de las formas propias de cada juicio. En materia penal, la ley permisiva o favorable, aun cuando sea posterior, se aplicará de preferencia a la restrictiva o desfavorable. Toda persona se presume inocente mientras no se la haya declarado judicialmente culpable. Quien sea sindicado tiene derecho a la defensa y a la asistencia de un abogado escogido por él, o de oficio, durante la investigación y el juzgamiento; a un debido proceso público sin dilaciones injustificadas; a presentar pruebas y a controvertir las que se alleguen en su contra; a impugnar la sentencia condenatoria, y a no ser juzgado dos veces por el mismo hecho. Es nula, de pleno derecho, la prueba obtenida con violación del debido proceso.”), a declararlo persona ausente y nombrarle un defensor de oficio. (folios 100,101 y 101A)

Señala también la Corte Constitucional en sentencia T-105/10 “*El derecho de defensa, como parte integral del debido proceso, debe ser garantizado al interior de cualquier actuación judicial o administrativa, sin embargo, éste adquiere una mayor intensidad y relevancia en el campo penal, en razón de los intereses jurídicos en juego como la libertad, máxime si se tiene en cuenta las consecuencias negativas que conlleva para el sindicado una sentencia condenatoria. En ese orden de ideas, se puede concluir que la importancia del derecho a la defensa en el contexto de las garantías procesales, está enfocada en impedir la arbitrariedad de los agentes estatales y evitar la condena injusta, mediante la búsqueda de la verdad, con la activa participación o representación de quien puede ser afectado por las decisiones que se adopten sobre la base de lo actuado.*”

Y en Sentencia T-799A/11 la misma corte constitucional en la que decreta la ausencia de vulneración de los derechos fundamentales en relación con la declaratoria de persona ausente dice:

*“Encuentra esta Sala de Revisión que la garantía general de la implementación de un juicio justo, trae consigo la obligación de garantizar todas aquellas situaciones que se deriven de una desigual participación en un proceso penal. En cuestiones probatorias los distintos tribunales garantes de derechos fundamentales (Corte Constitucional colombiana, CDH y TEDH) han demostrado la necesidad de nivelar en posibilidades de contradicción al acusado, respecto de su acusador. Y han presentado a los funcionarios judiciales como responsables del cumplimiento de esto. Según lo dicho hasta el momento, la estructura del derecho constitucional de defensa en materia penal (art 29 C.N). De conformidad con los casos referenciados, dentro de estas garantías se podrían contar por ejemplo: el acceso de la defensa a la información probatoria con que cuenta el acusador; con el fin de preparar una defensa técnica estratégica; la referencia de todas las pruebas relevantes existentes en el proceso, incluso si la defensa no las alega; y la posibilidad de tomar medidas para la nivelar la participación en el proceso del acusador y el acusado de conformidad con los medios con que cuenta cada uno.*

En Conclusión el Doctor J.M.R.D., declarado persona ausente, contó con todas las garantías procesales establecidas en la constitución nacional.

Bastan las consideraciones anteriores para que este tribunal nacional de Ética Médica, en uso de las atribuciones que le otorga la ley

### RESUELVA

**ARTÍCULO PRIMERO:** Confirmar la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico de sancionar al Doctor J.M.R.D., identificado con la Cedula de Ciudadanía No..., con la suspensión en el ejercicio profesional por el termino de treinta (30) días. Por violación a los artículos 10 y 34 de la ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente decisión no proceden recursos. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, quince (15) de septiembre del año dos mil quince (2015)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1289 DEL QUINCE (15)  
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

**REF: Proceso: 679 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico**

**Contra: doctores J.L.P, E.J.G, H.A.C y R.A.M.**

**Denunciante: Sr. R.E.O.P.**

**Asunto: Recurso de Apelación**

**Providencia No. 82-2015**

**Magistrado Ponente: Francisco Pardo Vargas**

**VISTOS**

El 16 de enero de 2.012 el Tribunal de Ética Médica del Atlántico recibe queja interpuesta por el señor R.E.O.P. contra 15 médicos vinculados a la Clínica General del Norte de Barranquilla a quienes acusa de negligencia en la atención médica que se prestara en dicha institución a su señora madre A.M.P.G. desde el 4 de junio hasta el 16 de noviembre de 2.011. El 31 de enero de 2.012 mediante Acta de la fecha fue asignado Magistrado Instructor y se dio inicio a la investigación preliminar citando a diligencia de ampliación al quejoso y a versión libre e injurada a los médicos acusados. En desarrollo de esta etapa procesal el 13 de agosto de 2.014 el Magistrado Instructor presenta sus conclusiones que son aprobadas por unanimidad resolviéndose que:

- No existen méritos para elevar pliego de cargos a los doctores M.C.C.A.I., H.R.M.M., N.E.O.M., J. de D.N.D., J.E.C.A., H.R.S., H.J.G.C., L.F.E.C., K.J.O.M., E.S.G.A. y P.I.I.G.; por lo tanto se precluirá el proceso que se le viene adelantando a los mencionados galenos.
- Elevar pliego de cargos a los doctores J.L.P.H., E.J.G.S., H.E.A.C. y R.J.A.M.

Recibidos los descargos correspondientes el Tribunal Seccional en Sala del 27 mayo de 2.015 no aceptó los descargos ni las argumentaciones de los abogados defensores y sancionó a los disciplinados quienes instauraron Recurso de Reposición los cuales fueron negados concediéndose los de apelación. El 4 de agosto de 2.015 este Tribunal Nacional recibe el expediente para que se de trámite a los recursos de apelación interpuesto por los abogados de los médicos sancionados; sometido a reparto fue asignado por sorteo al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

## HECHOS

La señora A.M.P.G., de 72 años de edad, asiste el 4 de junio de 2.011 a las 12:30 pm. a la Clínica General del Norte de Barranquilla por presentar dolor torácico no especificado. Fue atendida por el médico de urgencias H.M.M., quien la controló hasta la 7:23 a.m. hora en la cual el dolor había cedido por lo cual se da salida con instrucciones de consultar (F12) y cita de control en consulta externa.

El 13 de julio en la UBA CONFAMILIAR fue atendida por la doctora M.C.A.I., quien diagnosticó una gastritis, indicó dieta y medicamentos para artritis. El 15 de septiembre de 2.011 a las 6:43 p.m. la señora Paternina ingresa por segunda vez a la Clínica Central del Norte por intenso dolor en pecho y espalda y vómito persistente; es atendida por el médico de turno N.E.O. quien encuentra paciente álgida pero hemodinámicamente estable y abdomen blando. Solicita electrocardiograma y formula ranitidina y metoclopramida e hidróxido de aluminio dejando la paciente bajo observación. A las 10:14 el médico Jorge Luis Palmera encuentra paciente sin dolor por lo cual le da salida, pero a las 3:10 reingresa a urgencias por vómito intenso, dolor abdominal y debilidad general. En la historia clínica figura un examen físico detallado en el cual resalta un abdomen distendido con timpanismo y doloroso. Una ecografía abdominal revela vesícula biliar distendida, de paredes delgadas, con múltiples imágenes de cálculos en su interior. Alas 4:30 p.m. el doctor L.E.S. encuentra hemograma normal sin leucocitosis, amilasa 240m/l y un ionograma normal. Diagnosticó pancreatitis aguda leve biliar y ordena hospitalizar, suspender vía oral, líquidos endovenosos, ranitidina y buscapina.

El 17 de septiembre a las 9:30 valora la paciente el doctor H.S., hace impresión diagnóstica de pancreatitis aguda leve biliar; continúa con ranitidina y buscapina y ordena retirar sonda nasogástrica al día siguiente. El 18 de septiembre encuentra paciente con mejoría clínica, sin dolor abdominal,

sin vómito y abdomen blando, depresible, peristalsis activa, amilasa 400 u/l, glucosa 57 mg y cuadro hemático sin leucocitosis. Considera que la pancreatitis está en resolución y continúa el mismo tratamiento. El 20 de septiembre el médico H.G.C. encuentra el cuadro clínico con evolución favorable, mejoría del dolor abdominal y TAC contrastado revela colección parieto cólica derecha, ateromatosis de vasos ilíacos con aneurisma infrarenal. Ordena alta médica con recomendaciones de signos de alarma y cita para cirugía general (F26). A folios 274 a 277 aparece historia clínica de doña A.M. firmada por el doctor E.G.A., quien solicita control con cardiología y neumología por posible EPOC. El 4 de noviembre reingresa la paciente a la Clínica General del Norte por dolor abdominal y náuseas encontrándose un cuadro clínico similar a los anteriores, sin signos de irritación peritoneal por lo cual se continuaron los antiespasmódicos y se ordenó salida por el doctor E.G.S. Diez días después, el 14 de noviembre de 2.015 la paciente ingresa nuevamente a la Clínica General del Norte por un cuadro de dolor epigástrico irradiado a hipocondrios, acompañándose de vómito, de cinco días de evolución.

Fue atendida por el doctor L.F.R., médico general, quien revisa los informes de laboratorio y al comprobar la sintomatología dolorosa y la intensidad del vómito solicita valoración por cirugía general y traslado a observación. Acude en interconsulta el cirujano general a las 8:10 pm y encuentra un cuadro de dolor abdominal, tipo cólico en mesogastrio irradiado a hipocondrio derecho y espalda, afebril y con peristalsis; Murphy positivo. Considera el cuadro como colecistitis aguda y ordena hospitalización, nada vía oral, líquidos endovenosos, ranitidina, ampicilina sublac-tan y sonda nasogástrica a drenaje libre. Al día siguiente (noviembre 15) es valorada por el doctor K.O.M. quien encuentra abdomen con defensa muscular y Blumberg positivo; sospecha sepsis abdominal y decide llamar al cirujano doctor A. quien se encuentra operando en otra clínica y ofrece pasar tan pronto se desocupe.

A las 11:46 del mismo día es valorada por el doctor H.E.A.C., médico de turno en urgencias quien encuentra paciente en mal estado general, álgida, quejumbrosa, con intolerancia al decúbito e hipotensa por lo que la traslada a reanimación y ordena gases arteriales. A las 3 p.m. llega el doctor A. para operar a la paciente pero debe esperar dos horas mientras se desocupa el quirófano y a las 5.30 inicia la laparotomía exploratoria con anestesia local por el mal estado general de la paciente (ASA 5) manejada por la anestesióloga Paulina Iguera. En la descripción quirúrgica que aparece a Folio 41, el cirujano anota que “se encontró vesícula biliar edematosa con

cálculos en su interior, intestino delgado y colon ascendente, trasverso e izquierdo con cambios isquémicos irreversibles, ausencia de pulsos en las arterias mesentéricas superior e inferior. Se decide cerrar cavidad en un solo plano”. Finalmente, en horas de la media noche, la paciente presenta un paro cardiorespiratorio y fallece. Ante esta desdichada evolución el hijo de la paciente presenta queja acusando de negligencia a todos los médicos que, así fuera momentáneamente, participaron en la atención médica de su madre. De los quince galenos denunciados, en once de ellos el Tribunal Seccional no encontró méritos para elevarles cargos y por ello este Tribunal Nacional limitará sus considerandos a la actuación de los cuatro médicos sancionados y a los recursos de apelación presentados al respecto.

### RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Múltiples factores se conjugaron en este desafortunado caso que explican el inconformismo del quejoso en el manejo médico que se le prestara a su señora madre con ocasión de las numerosas hospitalizaciones que tuvo en la Clínica General del Norte de Barranquilla y que en la denuncia atribuye su muerte a una negligencia injustificable de los médicos y también a fallas protuberantes en el funcionamiento de la Clínica, en especial en la disponibilidad de los quirófanos.

Llama la atención en este caso la rapidez de respuesta a la medicación que se formulara de acuerdo a la sintomatología que presentaba en sus primeras hospitalizaciones según consta en las notas consignadas que aparecen a folios 11 a 18 y 76 a 82 del expediente. Aunque siempre la queja que obligaba a consultar era dolor torácico y vómito, los diagnósticos emitidos fueron desde gastritis hasta pancreatitis leve de origen biliar y un colelitiasis sustentados en exámenes clínicos y paraclínicos que además descartaban una cardiopatía isquémica.

Ello permitió las breves hospitalizaciones y solo hasta la consulta del 14 de noviembre, motivada por persistencia de la epigastralgia y del vómito desde cinco días antes, el doctor L.F.R., médico general de urgencias, confirmó la intensidad del dolor y del vómito y encontró paciente hemodinámicamente estable, álgida y quejumbrosa, con abdomen blando y depresible, hemograma, lipasa y amilasa normales. Según consta en su diligencia de versión libre (f128); dados los antecedentes de la paciente, y del tiempo de evolución del dolor, el doctor R. ordena su traslado a observación para valoración por el cirujano quien determinará el manejo y la conducta a

seguir. Atendiendo al llamado, el cirujano doctor R. A. valora la paciente inclinándose por una colescistitis aguda ordenando “ecografía abdominal y otros estudios sanguíneos” previos al tratamiento quirúrgico. Al día siguiente (noviembre 15) el médico de turno K.O. valora la paciente a las 10:19 de la mañana y la encuentra con un “abdomen quirúrgico” por lo cual, de acuerdo con el jefe de urgencias doctor J.E.C., trasladan la paciente a reanimación y llama al cirujano A. para informarle le evolución de doña A.M. El doctor A. no puede asistir inmediatamente a la Clínica por encontrarse operando en otra institución cumpliendo acuerdos entre la Clínica General del Norte y COOMEVA, pero da instrucciones para que el cirujano de planta de la Clínica, doctor T.R., se hiciera cargo de la urgencia, pero este también se encuentra en el quirófano atendiendo la programación fijada.

Esta circunstancia hace retrasar la intervención hasta el regreso del doctor A., quien practica laparatomía exploratoria encontrando un cuadro de isquemia mesentérica con cambios irreversibles a nivel del intestino delgado y del colon izquierdo.

Ante este caso de tan inusual evolución cabe preguntarse qué tan fundamentada se encuentra la acusación de negligencia en contra de los médicos que atendieron a la madre del quejoso, recordando que durante los dos meses que transcurrieron entre ingresos y reingresos de la paciente con un cuadro de dolor torácico y de vómito, cuyo diagnóstico, como ya se ha mencionado repetidamente en esta análisis, no se pudo definir a pesar de haberse utilizado todos los recursos diagnósticos disponibles según consta en el acerbo probatorio del caso, es conveniente hacer algunas consideraciones sobre la enfermedad de base que causó la muerte de la señora P.G. La isquemia mesentérica es el resultado final de la interrupción o reducción de la irrigación intestinal. Sin embargo, sus manifestaciones clínicas oscilan desde leves síntomas crónicos a esporádicos catastróficos según el segmento afectado y la rapidez del proceso.

El intestino delgado esta irrigado por la arteria celíaca y la mesentérica superior, y el colon lo está por ramas de la arteria mesentérica superior y por la mesentérica inferior. No debe olvidarse que existe un rica red de vasos anastomóticos y el posible desarrollo de una circulación colateral determinan el cuadro clínico de la insuficiencia arterial aguda o crónica, alargando el curso clínico de la enfermedad y posponiendo la gangrena intestinal con peritonitis difusa, sepsis y shock tal como sucedió en esta

paciente. Otro factor de distracción en este caso lo constituye el hallazgo de una colelitiasis con colecistitis y la sospecha de una pancreatitis, todo lo cual opacó el cuadro de isquemia intestinal.

Por otra parte, la actuación de los 4 médicos sancionados merece un análisis individual para el cual afortunadamente se cuenta con suficiente material probatorio que permite llegar a un juicio basado en hechos objetivos.

1. Caso del doctor J.L.P.H., médico general del área de urgencias. Se le imputan cargos por omitir el registro obligatorio del estado de salud de la paciente al autorizar su egreso de la Clínica el 15 de septiembre de 2.011 a las 10:14 pm. El doctor P., reconoció su error pero insistió en que había anotado el estado de salud de la paciente y la medicación que formuló. El Tribunal Seccional no aceptó los descargos y resolvió sancionarlo con CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA por violación de los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1.981 y 1, 2, 3, 4 y 5 de la Resolución 1.995 de 1.999. Esta Superioridad encuentra acertada la decisión del Tribunal Seccional y por lo tanto la confirmará.

2. Caso del doctor E.J.G.S., médico general a cargo de la atención de los pacientes en el Servicio de Urgencias de la Clínica. El Tribunal Seccional le formuló pliego de cargos al doctor G.S. por no consignar en la historia clínica de la señora A.M.P.G. la evolución de la paciente al ordenarle salida de la Clínica, violando los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1.981 y 1, 2,3,4,y 5 de la resolución 1995 de 1.999. A folio 32 se encuentra hoja de la historia clínica de la paciente en la cual figura la prescripción de Tramadol y como médico tratante el doctor E.J.G.S.. El disciplinado no asistió a la diligencia de descargos y el Tribunal Seccional por resolución de fondo del 29 de mayo de 2.015 lo sancionó con suspensión de quince (15) días en el ejercicio de la medicina. Es evidente que en las notas del egreso el médico implicado no consignó ningún concepto sobre el estado de la paciente, pero no es menos cierto que en la misma historia figura que el médico que recibió a la paciente fue el doctor J. de D.N. y como médico tratante la formuló y dejó instrucciones para revalorarla; al encontrar el doctor G.S. una franca mejoría de la paciente procedió a autorizar su salida pero evidentemente no dejó consignado el hecho. Curiosamente estas circunstancias son similares al caso anteriormente descrito del doctor J.L.P., ya definido por el mismo Tribunal Seccional, en el cual se decidió sancionar al médico implicado con censura escrita pero privada.

Esta Corporación encontró pertinente tal decisión y confirmó la sanción impuesta al encartado. Tratándose como ya se anotó, de un caso similar, no sería lógico que en el caso subjuice esta Superioridad aceptara una sanción más severa y por tal razón revocará la sanción impuesta al doctor G.S., por el Tribunal del Atlántico y le impondrá la misma que en el caso precedente o sea sanción escrita pero privada.

3. Caso del doctor H.E.A.C. médico general que se encontraba de turno en el servicio de urgencias de la Clínica General del Norte de Barranquilla el 15 de noviembre de 2.011 cuando fue requerido para examinar a la señora A.M.P. El doctor A.C. encontró a la paciente en estado crítico, álgida, hipotensa y con signos de sepsis de origen abdominal por lo cual decide el traslado inmediato a la sala de reanimación para monitoreo no invasivo, venoclisis en bolos y control de gases arteriales. Según consta a folio 37, con el jefe de urgencias doctor J.C. se comunica con el cirujano y le explica la gravedad del caso. Consideró el Tribunal Seccional que el doctor A.C. como “coordinador” del servicio de urgencias no cumplió a cabalidad con sus funciones asistenciales y administrativas y por ello lo sancionó con suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de tres (3) meses manifestando que “lo que se reprocha al disciplinado es que por su carácter de coordinador de la sala de reanimación tenía el deber de procurar la atención urgente y oportuna de la paciente que según el registro de la historia clínica del 15 de noviembre de 2.011 estaba en estado crítico, luego era necesario el concurso inmediato del cirujano general para minimizar el riesgo previsible por la gravedad del estado crítico” A esta afirmación la defensa en su recurso pone de presente que el doctor A.C. NUNCA ha sido ni es coordinador de la sala de reanimación en la fecha de los sucesos y por lo tanto no tiene por qué asumir responsabilidades que el cargo implica. Siendo esta la base de la acusación y por ende de la sanción impuesta al encartado se considera de capital importancia aclarar si el doctor A.C. desempeñaba o no en la fecha de los hechos la coordinación mencionada. Al respecto debe tenerse en cuenta la siguientes informaciones: i ) del doctor J.E.C.A., en su diligencia de versión libre dijo “yo soy el coordinador general del servicio y una actividad diaria y rutinaria es la realización de una ronda médica donde en conjunto con los médicos de cada área se supervisa el desarrollo del proceso de atención y las actividades médicas que se dan sobre los pacientes.

La paciente como se dijo se pasó a la sala de reanimación bajo el cuidado del doctor H.A para monitoreos, estudios diagnósticos complementarios y conducta final especializada”. En ningún momento menciona el doctor C. el cargo de coordinador de urgencias y la primera vez que se habla de este es en la queja presentada por el señor R.O.P así: “en vista del deterioro paulatino del estado de la salud de la paciente a las 11:46 a.m. la trasladan de los pasillos al lado de la subestación del cuarto eléctrico a la sala de reanimación a que (sic)sus signos vitales estaban empeorando, en sala de reanimación fue tratada por el coordinador de urgencias doctor H.A.C” (f6). Este título hizo carrera en el proceso hasta el punto de que en la imputación de cargos al doctor A. El Tribunal Seccional lo menciona como coordinador administrativo siendo que sus funciones como médico general eran las de médico asistencial de turno y la prueba de ello es que el día de los hechos el doctor A. Inició su turno a las 7:00 a.m. y lo terminó a la 1 pm. Razón le asiste al defensor cuando sostiene que mi “cliente nunca ha sido ni es coordinador de la sala de reanimación y por lo tanto no tiene por qué asumir responsabilidades que el cargo implica” y añade: “ es así como el Tribunal Seccional del Atlántico debió officiar a la Clínica General del Norte para que sean ellos los que certifiquen y den fe del cargo que ocupaba mi cliente (médico de turno) ese día mas no como coordinador de la sala de reanimación como se afirma una y otra vez” (f48). Al no prosperar las acusaciones de faltas administrativas que podrían conllevar sanciones por negligencia, y existiendo pruebas fehacientes de la oportuna atención médica que el doctor A.C le prestó a la señora A.M.P.G en su turno del 15 de septiembre de 2.011, se cae por su base la argumentación que “lo que se reprocha al indisciplinado es que como Coordinador de la sala de reanimación no tomó las medidas necesarias para agilizar la atención de una paciente en estado crítico”, pues lo que se resalta en el material probatorio del caso es la eficiencia demostrada por el disciplinado al valorar como médico general de turno, trasladarla al sitio indicado y agilizar la presencia del especialista respectivo. Por tal motivo, esta Superioridad no puede aceptar que se sancione al doctor A.C.

4. Caso del doctor R.J.A.M. cirujano general de la Clínica, sancionado con suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de tres (3) meses. Al no aceptar los descargos del disciplinado el Tribunal Seccional concluyó que la conducta del doctor A. fue negligente e imprudente al

demorar injustificadamente la intervención quirúrgica favoreciendo así la agudización de la isquemia mesentérica causante del fallecimiento de la señora P.G. En el recurso de apelación presentado por el abogado Jorge Alberto Ochoa se presentan argumentaciones que esta Superioridad considera de recibo, a saber:

“no es cierto que exista prueba que contraríe o desacredite la historia clínica faltante que aportó el inculpado en sus descargos” y solamente se acepta lo transcrito en la queja soportado en la cual el Tribunal Seccional sólo admite como idóneo lo aportado al expediente el 16 de enero de 2.012 y desechando la historia clínica enviada por inculpado acogiendo a lo resuelto en la resolución 1995 de 1.999 (f662). Al respecto, argumenta con razón el recurrente que “no es jurídicamente admisible desechar la existencia de la atención de otra urgencia médica argüida por el encartado y que justificó su tardanza en el hecho que no aportó prueba material sobre su existencia. No se puede desechar la existencia de la urgencia médica que justifica el retraso en la llegada del doctor R.A a ver a la paciente, por cuanto sobre este hecho el A quo equivocadamente invierte la carga de la prueba al sostener: el disciplinado, por otra parte, para justificar la tardanza en la atención de la fallecida paciente argumentó que cuando llegó la paciente a urgencias en la Clínica General del Norte y fue enterado, como esta probado en el expediente, estaba ocupado en otra clínica o institución de salud, pero de este dicho no acreditó prueba material al respecto”

“Esto sencillamente contraria las garantías básicas del DEBIDO PROCESO, en lo atinente a la CARGA PROBATORIA y que por remisión expresa se sigue con lo establecido en el procedimiento penal, según el cual, la carga de la prueba corre por cuenta del ente instructor no del procesado. Es por esta razón que el legislador colombiano le impuso la obligación al operador judicial de verificar las exculpaciones de los procesados, pues de no hacerlo se tendrán por CIERTAS bajo la sana aplicación del principio constitucional de PRESUNCIÓN DE INOCENCIA”(f664-665).

Aclarado el punto de las historias clínicas, debe analizarse el tema de la tardanza del doctor A. en atender a la paciente, que indujo al quejoso a denunciarlo por negligencia, opinión que fue acogida por Tribunal

Seccional al sancionarlo con suspensión en el ejercicio de la medicina por término de tres (3) meses. Al respecto es preciso anotar que tanto en el acápite de los hechos como en el inicio de estos considerandos se estudió con sumo cuidado el desarrollo de la atención prestada a la señora P.G. los días 14 y 15 de noviembre de 2011 en la Clínica General del Norte de Barranquilla y basado en los datos consignados en el expediente se pudo comprobar que de acuerdo a las declaraciones de los médicos involucrados en el caso doctores J. E.A. jefe de urgencias de la clínica, H.J.G. médico general de urgencias, F.R.C. médico general de urgencias, H.A.C. médico general de urgencias, P.I.G. anesthesióloga, K.J.O. médico general de urgencias y T.R. cirujano de planta de la clínica, todos coinciden en que desde el momento de ingreso de la paciente el día 14 de noviembre de 2011 a las 12:02 p.m. hasta el día 16 del mismo mes a las 0:15 a.m. día en que fallece la señora P.G. esta tuvo una asistencia continua pero presentaba un cuadro clínico bizarro con diagnósticos de colelitiasis, pancreatitis y gastritis, y que esos días se atendió en el servicio de urgencias, en la sala de reanimación y finalmente en el quirófano, pero que circunstancias fortuitas como el compromiso del cirujano de la clínica en estricto cumplimiento de contratos de esa institución con la EPS Coomeva, ya suficientemente analizados retardaron por cerca de tres horas el inicio de la cirugía hecho de más que indujo al quejoso a instaurar su denuncia.

En resumen, puede afirmarse que el doctor A. atendió el llamado del médico de urgencias el 14 de noviembre, examinó la paciente y ordenó exámenes con impresión diagnóstica de colesistitis para prepararla pre quirúrgicamente. Al día siguiente “en horas cercanas al medio día” fue llamado nuevamente por el doctor K.O. por agudización del cuadro clínico. En ese momento el doctor A. se encontraba operando pacientes dentro del convenio de COOMEVA con la Clínica General del Norte por lo cual no pudo trasladarse a la clínica hasta las tres de la tarde pero sólo inició la laparotomía exploratoria a las 5:30 p.m. por estar ocupado el quirófano. Debe resaltarse nuevamente que en la Clínica General del Norte hay siempre un cirujano de planta para emergencias pero en ese momento estaba operando y por ello no pudo suplir al doctor A.

Todos estos hechos se conjuraron en el aplazamiento de la cirugía tiempo en el cual la situación de la paciente y el proceso isquémico se generalizó

al intestino delgado y el colon impidiendo cualquier recurso conservados y obligando al cierre de la pared abdominal en un solo plano.

Es por ello explicable la reacción del quejoso que ante las circunstancias anotadas solo veía un aplazamiento injustificado por parte del cirujano todo ello agravado por el desenlace fatal en horas de la madrugada.

Todas estas circunstancias agravadas por la dificultad diagnóstica característica del cuadro de isquemia mesentérica aguda hasta el punto de que este solo puede establecerse en uno de cada mil ingresos hospitalarios y tiene una tasa de mortalidad del 80%,<sup>1</sup> bien podría implicar a los dieciocho profesionales denunciados y no solo al cirujano que a pesar pudo comprobar las desastrosas complicaciones de esta enfermedad. Por tal motivo esta superioridad considera que en este caso existen suficientes factores atenuantes para absolver de culpa al doctor R.A.M.

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 de Ética Médica de Atlántico, por el cual sanciona al doctor J.L.P.P.H., con sanción de cesura escrita pero privada por violación de los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1981 y los artículos 1,2,3,4 y 5 de la Resolución No. 1999 de 1995. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Revocar la sanción impuesta por el Tribunal de Ética Médica del Atlántico al doctor E.J.G.S., de suspensión de quince (15) días en el ejercicio de la medicina por violación de los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1981 y los artículos 1,2,3,4 y 5 de la Resolución 1999 de 1995 y en cambio sancionarlo con cesura escrita pero privada. **ARTÍCULO TERCERO:** Revocar la sanción impuesta por el Tribunal de Ética Médica del Atlántico al doctor H.E.A.C., de suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de quince (15) días y en cambio absolverlo de toda culpabilidad. **ARTÍCULO CUARTO:** Revocar la sanción impuesta al doctor R.J.A.M., de suspensión en el ejercicio de la medicina por tres (3) meses y en cambio absolverlo de toda culpa. **ARTÍCULO QUINTO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO SEXTO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

---

<sup>1</sup> Repet, med. cir. 2011; 20 (2): 83-92

---

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

