

**TRIBUNAL NACIONAL DE
ÉTICA MÉDICA**

GACETA JURISPRUDENCIAL

OBSTETRICIA

ABRIL 2019

No. 34

© 2019 Tribunal Nacional de Ética Médica

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

ISSN 0123-0832

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

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

Artículo 41 Ley 23 de 1982

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

© 2019

**OBSTETRICIA
ABRIL 2019**

No. 34

MAGISTRADOS 2019

Dr. Germán Gamarra Hernández (Presidente)

Dr. Fernando Guzmán Mora

Dr. Hernán Jiménez Almanza

Dr. Ariel Iván Ruiz Parra

Dr. José Miguel Silva Herrera

Asesor Jurídico

Dr. Edgar Saavedra Rojas

Abogada 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

El servicio de **envíos**
de Colombia



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

INDICE

	Pag.
Editorial Dr. Ariel Iván Ruiz Parra Magistrado Tribunal Nacional de Ética Médica	9
Proceso No. 1033 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández Providencia No. 96-14 Eclampsia con hematoma hepático y ACV	19
Proceso No. 1087 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia No.06-15 Hemorragia posparto no sancionable	25
Proceso No.3006 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney Providencia No.36-17 Hemoperitoneo no sospechado	31
Proceso No. 804 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega Providencia No.67-16 Hemorragia posparto sancionable	38

	Pag.
Proceso No. 714 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega Providencia No.88-14 Hematoma retroperitoneal no diagnosticado	43
Proceso No. 2016-1745-03 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Santander Magistrado Ponente: Dr. Ariel Iván Ruiz Parra Providencia No.06-19 Necesidad justificada para practicar histerectomía obstétrica	61
Proceso No. 251 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Magdalena Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas Providencia No.32-16 Error de diagnóstico ecográfico	75
Proceso No.4757 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega Providencia No.85-13 Cesárea antes de tiempo	82
Proceso No. 267 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Magdalena Magistrado Ponente: Dra. Lilian Torregrosa Almonacid Providencia No.60-13 Abruptio placentae con muerte antenatal	87
Proceso No. 875 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Norte de Santander Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez Providencia No.19-16 Muerte de un gemelo	96

	Pag.
Proceso No. 035 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila Magistrado Ponente: Dra. Lilian Torregrosa Almonacid Providencia No.102-13 Expulsivo difícil en parto con antecedente de cesárea	105
Proceso No. 2014-094 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas Providencia No.105-15 Distocia de hombros sin factores de riesgo	114
Proceso No. 1777 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora Providencia No.05-15 Eclampsia atendida en un centro de baja complejidad	120
Proceso No.2956 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández Providencia No.103-15 Trauma perinatal severo	132
Proceso No. 2504 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca Magistrado Ponente: Dra. Lilian Torregrosa Almonacid Providencia No.40-14 Mortalidad perinatal sin registros en historia clínica	141
Proceso No. 4748 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas Providencia No. 84-14 Ictericia neonatal fatal	166

	Pag.
Proceso No.1127 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández Providencia No.16-15 Sufrimiento fetal	176
Proceso No. 824 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Norte de Santander Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez Providencia No.24-15 Parálisis cerebral	181
Artículo Estrategias de resistencia Acerca de la Objeción de Conciencia. Una salida legalmente prevista para enfrentarse a la ley	188

Editorial

Ariel Iván Ruiz Parra MD, MSc.

Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica

Profesor Titular

Departamento de Obstetricia y Ginecología

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Colombia

La gestación, el parto y el puerperio son procesos fisiológicos y naturales. Este concepto, así como la consideración de los supremos derechos de la mujer, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos y el respeto a la autonomía de la gestante, han llevado a las organizaciones internacionales, a las autoridades de salud, al cuerpo médico y al personal de salud a diseñar recomendaciones, protocolos y guías de manejo para la atención del parto humanizado. Una de las pioneras fue la declaración de Fortaleza, Brasil, que fue el resultado de una amplia reunión concitada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en 1985. En esta participaron, además de especialistas en obstetricia y en pediatría, epidemiólogos, economistas, administradores en salud, madres, comadronas, sociólogos y psicólogos. La declaración de Fortaleza contiene recomendaciones generales y específicas; algunas de estas últimas son las siguientes:¹

- Para el bienestar de la madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y el periodo postnatal. El equipo sanitario debe prestar también apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución tienen derecho a decidir sobre la vestimenta, comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- El recién nacido sano debe permanecer con la madre y debe recomendarse la lactancia inmediata.

¹ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Lancet 1985; 2: 435-6.

- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No se justifica que un país tenga más de un 10-15 % de cesáreas.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea.
- La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el desenlace del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos de alto riesgo y en vigilancia de la inducción del parto.
- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No está indicado el rasurado perineal ni el enema antes del parto. Tampoco se debe hacer uso sistemático de la episiotomía.
- Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- La inducción del parto debe tener indicaciones médicas específicas.
- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten para corregir o prevenir alguna complicación).
- No está justificada la amniotomía de rutina.

Es importante tener presente que este tipo de recomendaciones aplica a las gestantes de bajo riesgo y a mujeres en trabajo de parto normal. Nótese que las recomendaciones delimitan el uso de tecnologías e intervenciones médicas y quirúrgicas a las que sean apropiadas para este grupo de gestantes en quienes se espera que el desenlace materno y perinatal sea exitoso.

No obstante, el ejercicio de la obstetricia conlleva a enfrentarse con la presentación de complicaciones en cualquier momento de la gestación o durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, aún en gestantes de bajo riesgo. De hecho, una buena parte de las complicaciones materno-perinatales ocurren en gestantes clasificadas como de bajo riesgo obstétrico, lo cual es una de las grandes limitaciones que tiene el denominado enfoque de riesgo de la atención obstétrica y perinatal. Esta es una histo-

ria común para el cuidado obstétrico intraparto en cualquier hospital, que puede tener consecuencias fatales en un hospital con menores recursos incluyendo personal reducido y capacidad limitada del banco de sangre.²

Las limitaciones del enfoque de riesgo también han sido reconocidas por el propio Tribunal Nacional de Ética Médica cuando expresa:

*“Los esfuerzos que se han hecho en nuestro medio a raíz de la aplicación del Enfoque de Riesgo Materno Fetal desde el año 1.975, han racionalizado la atención materna al poner en operación Los Niveles de Atención. Pero así se trate de Bajo Riesgo no puede desconocerse que hasta un 6% de estas pacientes se presentan complicaciones inesperadas que muchas veces rebasan la habilidad del especialista y afectan de manera dolorosa el buen suceso del parto”.*³

Aunque las emergencias materno-perinatales tienen desenlaces adversos mas frecuentemente en países en desarrollo, en medios rurales y en medios urbanos con bajos recursos en salud, la situación también se presenta en países desarrollados. Así, por ejemplo, en los Estados Unidos desde 1998 hasta 2008, las hospitalizaciones para el parto y el posparto que resultaron en mortalidad materna y morbilidad materna severa se incrementaron en un 66% y 75%, respectivamente⁴. Se debe considerar, además, que una importante proporción de los partos en nuestro medio son atendidos por médicos generales, enfermeras y comadronas que se desempeñan en sitios de bajos recursos.

Entre las complicaciones maternas que pueden ocurrir en cualquier gestante, y durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio en mujeres clasificadas como de bajo riesgo, se encuentran: aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, abrupcio de placenta, ruptura uterina, eclampsia intraparto o posparto, crisis hipertensivas, accidentes cerebrovasculares, embolía de líquido amniótico, retención de tejidos ovulares, atonía uterina, desgarros o hematomas del canal del parto, tromboembolismo pulmonar

² Mann S, McKay K, Brown H. Rural Health Care. The Maternal Health Compact. N Engl J Med 2017; 376: 1304-5.

³ Tribunal Nacional de Ética Médica. Gaceta Jurisprudencial de Junio de 2013. Ginecología y obstetricia.

⁴ Callaghan WM, Creanga AA, Kuklina EV. Severe maternal morbidity among delivery and postpartum hospitalizations in the United States. Obstet Gynecol 2012; 125: 502-15.

y mortalidad materna. Por otro lado, la pérdida de las barreras naturales maternas es un factor de riesgo para la infección puerperal, una de las complicaciones más severas y apremiantes en medicina. Así mismo, entre las complicaciones perinatales que pueden ocurrir en este grupo de pacientes se encuentran: muerte perinatal súbita (por arritmias, cardiopatías, enfermedades metabólicas, circulares o nudos del cordón, o por desprendimiento de placenta), retención de hombro, hipoxia perinatal, accidentes del cordón como el prolapso, la compresión y la prociencia, trauma perinatal y aspiración de líquido amniótico.

En estas circunstancias, aunque el ejercicio de la obstetricia, al igual que el de toda la medicina se enmarca bajo el principio de no hacer daño, aún en centros de alta tecnología, actuando bajo los preceptos de la *lex artis*, y realizando los cuidados más refinados, pueden ocurrir y de hecho ocurren desenlaces maternos y perinatales adversos. De aquí que no sea razonable exigir, como lo hiciera en alguna oportunidad el Consejo de Estado, que el ejercicio de la obstetricia sea de resultados.

En este sentido se ha manifestado el Tribunal Nacional de Ética cuando expresa:⁵

“La Obstetricia, como el ejercicio médico en general, no puede considerarse una obligación de resultados, a pesar de que el fallo del Consejo de Estado considera que en los embarazos de bajo riesgo no existen situaciones que no sean previsibles y susceptibles de ser corregidas por el médico. Esta visión atenta contra la una de las características esenciales del ejercicio de la medicina, la cual es el factor aleatorio que conlleva intrínsecamente su práctica.

Exigirle al médico que domine, maneje, prevea y en últimas corrija el problema que genera el factor aleatorio es un imposible jurídico y físico. Y como claramente lo consagra nuestro ordenamiento jurídico nadie puede obligarse a lo físico y jurisdiccionalmente imposible de cumplir. La medicina no es una ciencia exacta y afirmar lo contrario es un exabrupto. Son múltiples las situaciones en las cuales un embarazo de bajo riesgo conocido se convierte en embarazo de alto riesgo, de hecho, tal como se consigna en los libros, en un 17 % los

⁵ Gaceta Jurisprudencial, Ginecología, Obstetricia y Aborto. Ponente: Magistrado Fernando Guzmán Mora Pg. 157-158.

embarazos de bajo riesgo desarrollan de manera impredecible situaciones de riesgo en el momento del trabajo de parto y parto.

El ejercicio médico en general, y el obstétrico en particular, tienden exclusivamente a que se busque, por todos los medios posibles, la mejoría, el alivio, o la curación del paciente, según sea el caso. Pero en ningún momento esto significa que el médico pueda lograr la mejoría, el alivio o la curación del paciente.”

En el mismo sentido ha expresado este alto Tribunal:⁶

“Como se menciona de manera precisa por los honorables magistrados, doctores Pardo Vargas y Guzmán Mora en la Gaceta Jurisprudencial de Junio de 2013, publicada por el Tribunal Nacional de Ética Médica, la obstetricia, como el ejercicio médico en general, a pesar de estar en manos de médicos especializados, no puede considerarse una obligación de resultados, a pesar que el fallo del Consejo de Estado considera que en los embarazos de bajo riesgo no existen situaciones que no sean previsibles y susceptibles de ser corregidas por el médico. Esta visión atenta contra una de las características esenciales del ejercicio de la medicina, la cual es el factor aleatorio que conlleva intrínsecamente su práctica.

¿Quién puede garantizar que una madre va a llevar a feliz término su maternidad y no presentar situaciones de extrema gravedad...? El ejercicio médico en general y el obstétrico en particular tienden a que se busque por todos los medios posibles, la mejoría, el alivio o la curación del paciente según sea el caso. Pero no siempre se logra. La práctica médica es de tal naturaleza, que derivar de ella la responsabilidad objetiva es atentar y acabar con su misma esencia: la de ser una ciencia inexacta que cuenta con un factor aleatorio, que además, en cada caso particular es distinto y de características especiales.”

⁶ Tribunal Nacional de Ética Médica. Providencia del TNEM del catorce (14) de octubre del año dos mil catorce (2014). Providencia No. 96-2014. Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández.

No obstante lo anterior, es sensato demandar en el ejercicio de la obstetricia múltiples cualidades:

1. Es razonable exigir, y éste es uno de los elementos centrales de la autonomía y de la autorregulación del ejercicio de la medicina, que haya diligencia y se emprendan todos los esfuerzos posibles para tratar de obtener un fruto de la gestación sano y un desenlace materno satisfactorio. Así mismo, respetando la autonomía de la gestante, debe mediar siempre un consentimiento informado y comprendido sobre las intervenciones que han de practicarse en caso necesario, sus ventajas y desventajas, las alternativas terapéuticas y los riesgos individuales. Esto ha sido señalado por el Tribunal Nacional de Ética Médica de la siguiente manera:

“La medicina es por esencia una carrera humanística y de servicio. Sin embargo, el ejercicio de la medicina puede lesionar bienes jurídicos individuales protegidos por la ley. La práctica quirúrgica en particular puede llevar al empeoramiento de las condiciones de salud de un enfermo y a su ulterior deceso, los cuales son justificables solamente a la luz del ejercicio por parte de profesionales idóneos que actúen dentro de normas universalmente establecidas y que procedan con la debida diligencia en el cuidado de los pacientes.”⁷

2. También es exigible que en los casos en los que ocurre un desenlace adverso o un error el galeno demuestre que actuó con diligencia; es decir, que el resultado no ocurrió como consecuencia de negligencia en la atención que se ofreció. Como lo expresa el Magistrado Fernando Guzmán:

“En cuanto a la lex artis. No se puede pedir a ningún médico, como no se puede hacer con ningún otro miembro de la sociedad, el don de la infalibilidad. De lo contrario todas las complicaciones posibles y las muertes probables deberían ser pagadas por los profesionales de la salud, lo cual es absurdo. Lo que se juzga no es en realidad un resultado inadecuado, sino, si ese resultado se origina en un acto negligente que no sigue las reglas del arte del momento, habida cuenta

⁷ Tribunal Nacional de Ética Médica. Providencia del veintinueve (29) abril del año dos mil catorce (2014). Providencia No. 41-2014. Magistrado ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora

de la disponibilidad de medios y las circunstancias del momento en el cual se evalúe el caso.⁸

3. La atención obstétrica debe estar acorde con la *lex artis*. Es indudable que los esfuerzos (los medios que emplea) del equipo de salud deben estar fundamentados en la evidencia aceptada por la comunidad científica. No obstante, los conocimientos y prácticas en salud van perfeccionándose y transformándose continuamente a medida que se obtienen los resultados de investigaciones en ciencias básicas, clínicas y de salud pública. Por lo tanto, la *lex artis* no es estática ya que se enmarca en circunstancias culturales, científicas, tecnológicas y sociales específicas para cada época y lugar. Dice acertadamente el Magistrado Fernando Guzman en relación con la *lex artis*:

“La Lex Artis es experiencia, es estudio, es actualización periódica. Para abordar su esencia debemos ubicarnos en contextos históricos y sociales determinados. En medicina, se aprende de los casos clínicos, de la investigación, del contacto con otros médicos y, sobre todo, de la experiencia críticamente dirigida, la cual llega a ser acumulativa.”⁹

Es por ello que, al evaluar la conducta médica en casos determinados, se hace necesario conocer el estado del arte en el momento en que tienen lugar los actos médicos. El honorable Consejo de Estado ha manifestado al respecto:

“... Es evidente que en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos médicos existe una cierta incertidumbre en cuanto a sus resultados y un riesgo que puede ocasionar un daño que deberá soportar el paciente, pues de ellos no puede hacerse responsable a quienes los realicen o lleven a cabo, puesto que mal podría pensarse que ellos estén garantizando el riesgo o el éxito de la intervención o el tratamiento. Pero lo que sí debe ser cierto y quedar claro es que cuando tales intervenciones o tratamientos no se acomodan a los requisitos de diligencia y cuidado que para el caso y en cada

⁸ Gaceta Jurisprudencial de abril de 2016 No. 25, del Tribunal Nacional de Ética Médica, (Leyes médicas en Investigación).

⁹ Tribunal Nacional de Ética Médica. Providencia veintisiete (27) del año dos mil trece (2013). Providencia No. 63-2013. Magistrado ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora.

época recomiendan la ciencia de la medicina y el arte de la cirugía, es apenas natural que si el juez se encuentra en las pruebas aportadas que esos requisitos faltaron y se produjo el daño, debe inferirse que tuvo como causa esa falta de acomodamiento...¹⁰”

4. La obstetricia es una especialidad que tiene un gran componente de arte y experticia derivada, no solo de los años de preparación, sino de la experiencia. El desarrollo de competencias y habilidades para resolver emergencias obstétricas exige horas de estudio, investigación, prácticas de simulación clínica y, por supuesto, la atención durante la residencia de un número importante de pacientes bajo la supervisión de especialistas experimentados. Incluso después de terminar la residencia los especialistas pueden verse enfrentados a situaciones que no tuvieron la oportunidad de tratar previamente. En este sentido, las maniobras e intervenciones obstétricas -que con frecuencia deben realizarse de manera urgente e inesperada- deben ser practicadas idealmente por especialistas en ginecobstetricia o en su defecto por los facultativos con la mayor experiencia de la institución de salud.

Así mismo, debe procurarse la colaboración de otros colegas cuando las circunstancias lo exijan y lo permitan, para tratar de ofrecer a la paciente las mayores posibilidades de éxito. Los facultativos no deben sentir que esta actitud demerita su estatus; de hecho, es de grandes hombres reconocer sus limitaciones. Obsérvese lo que dice el Tribunal Nacional en un caso específico:

“Finalmente, se aclara por parte de esta superioridad, que en ningún caso se le sanciona al médico por no haber logrado el objetivo de lograr un producto sano durante la atención del parto. Como bien lo anota la defensa y lo ha manifestado este tribunal en anteriores providencias, el ejercicio de la obstetricia no conlleva una obligación de resultados sino de medios. Es necesario precisar que uno de los medios que debió utilizar el médico inculcado fue el de llamar al especialista, máximo si sabía que la clínica contaba con ese recurso para situaciones como la descrita y que corresponde a la atención de un parto distócico¹¹”.

¹⁰ Consejo de Estado. Expediente 5902. 24 de Octubre de 1990. Magistrado ponente: Dr. Gustavo de Greiff Restrepo.

¹¹ Tribunal Nacional de Ética Médica. Providencia del TNEM del veintisiete (27) de octubre del año dos mil quince (2015). Providencia No. 103-2015. Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández.

5. En el ejercicio obstétrico es exigible también, como lo es para todo acto médico, que se haga el registro pormenorizado y exacto de todos los actos médicos y del estado de salud de la gestante y del fruto de la gestación en la historia clínica. Se entiende, claro está, que en circunstancias de urgencia o apremiantes, como las que suelen ocurrir en el ejercicio de la obstetricia, el registro se pueda hacer a posteriori de la atención, aclarando eso si en la propia historia, que se hizo de esta manera. En las historias electrónicas actuales en las que queda registrada la fecha y hora exactas en las que los facultativos acceden al aplicativo, es necesario registrar las horas reales en las que se llevaron a cabo los actos médicos en forma de notas aclaratorias.

De todos estos temas es de los que se ocupa la Gaceta que hoy presenta el Tribunal Nacional de Ética Médica. Este Tribunal ha emitido fallos en procesos relacionados con el ejercicio obstétrico impartiendo justicia, independientemente de los resultados, pero evaluando cuidadosamente si los medios empleados por los facultativos fueron apropiados, acordes con la *lex artis* del momento y empleados con diligencia y experticia, analizando las circunstancias de tiempo y lugar donde ocurrieron los hechos y considerando la posibilidad de que ocurran desenlaces adversos aún en gestantes calificadas como de bajo riesgo. Por ello en esta Gaceta se encuentran circunstancias en las que no hubo y en las que hubo sanciones, tanto en situaciones con desenlaces maternos como perinatales adversos. Es seguro que de la argumentación contenida en cada providencia que se seleccionó se obtendrá un gran aprendizaje para el ejercicio de la obstetricia y una fundamentación jurisprudencial extensa y profunda para evaluar críticamente la actuación médica en pacientes obstétricas. Por supuesto que las “cualidades” que aquí se plantean para el ejercicio de la obstetricia son aplicables a todo acto médico.

El artículo de fondo de esta Gaceta trata el tema de la objeción de conciencia. Su autor es el honorable Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica, profesor de la Pontificia Universidad Javeriana, especialista en urología y bioeticista, Dr. José Miguel Silva Herrera, un experto en la materia, quien, además, ha ideado y puesto en marcha un grupo de bioética clínica, que, al lado de los médicos tratantes y de los pacientes, se encarga de analizar, discutir y solucionar dilemas éticos que ocurren diariamente en el ejercicio clínico real.

En este excelente artículo el Magistrado Silva Herrera define los conceptos de la conciencia moral, discute las dificultades inherentes a la definición de objeción de conciencia diferenciándola claramente de la desobediencia civil, hace una referencia específica y profunda a la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud, presenta una concisa reseña sobre el desarrollo histórico del concepto, discute los ámbitos donde aparecen con mayor frecuencia los argumentos para ejercer la objeción de conciencia y, finalmente, presenta jurisprudencia importante relacionada con el tema. El Magistrado Silva Herrera aclara perfectamente en este artículo cómo la objeción de conciencia no puede hacerse en abstracto; se hace sobre hechos específicos y con anterioridad a que ocurran. Por esta razón, el Magistrado hace una referencia particular a la objeción de conciencia en temas de salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo. También explica por qué la objeción de conciencia no puede ser institucional, sino individual, y por qué los funcionarios del Estado, particularmente aquellos que pertenecen a la rama judicial, al tener la obligación de cumplir la constitución y las leyes, no pueden argüir objeción de conciencia. Como lo expresa el propio autor, los jueces deben fallar en ley, no en conciencia. El artículo, acompañado de bibliografía altamente pertinente, constituye una referencia obligada para todo el talento humano en salud, independientemente del área de desempeño, y contribuye a clarificar el concepto y las áreas de aplicación de la objeción de conciencia.

Bogotá, catorce (14) de Octubre del año dos mil catorce (2014).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1245 DEL CATORCE (14)
DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014)**

REF: Proceso No. 1033, Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío.

Contra: Doctor A.C.F.

Denunciante: Señora M.P.S. de R.

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández

Providencia No. 96-2014

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío, en Sala Plena del 5 de Agosto de 2014, en el proceso 1033 adelantado con base en la queja presentada por la señora **M.P.S. de R.**, resolvió no aceptar los descargos presentados por el doctor A.C.F. al pliego de cargos proferido por dicho tribunal el día 11 de Febrero de 2014, e imponer una sanción consistente en **censura verbal y pública.**

Contra esta decisión, el día 2 de Septiembre de 2014, la abogada Laura Mónica Orozco Betancourt, apoderada del Dr. A.C.F., presenta recurso de apelación, que el tribunal seccional concedió, por lo que envió las diligencias a este Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

El expediente, un cuaderno que contiene 358 folios, fue recibido en este Tribunal Nacional el 25 de Septiembre de 2014; puesto el asunto para reparto en Sala Plena el 30 de Septiembre, correspondió por sorteo al Magistrado Germán Gamarra Hernández.

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

HECHOS

El día 28 de Noviembre de 2012, la señora M.P.S. de R., ante la personería municipal de La Tebaida, Quindío, presentó denuncia contra el personal médico de la ESE Hospital Municipal Pío X, por no encontrarse satisfecha por la atención prestada a su hija, por lo que solicita se inicie investigación. El 3 de Diciembre del 2012 se remite la queja a la Procuraduría Provincial de Armenia y posteriormente, el 10 de Enero de 2013, dicha queja es enviada por parte de la procuraduría al Tribunal de Ética Médica de Risaralda para lo de su competencia.

El Tribunal Seccional, el día 30 de Enero de 2013, asigna la queja al magistrado Juan Diego Villegas Echeverri, quien queda facultado para adelantar el proceso y decretar las pruebas que sean conducentes.

La señora M.P.S. de R., presentó la siguiente queja:

“En el Hospital de La Tebaida inicia el control prenatal la señora A.C.S.N, mi hija de 34 años de edad y con un embarazo de 13 semanas. En un comienzo y de acuerdo con la historia clínica, el día 25 de Junio de 2012, se estableció que el embarazo era de alto riesgo. Después de esta fecha, el hospital a través de sus profesionales, continuaron con el control prenatal y en uno de esos controles se estableció un tipo de infección urinaria y en términos generales los médicos tratantes o el médico tratante no observa ningún otro tipo de complicación en su embarazo. La doctora RINA recibe en el hospital a mi hija, por intermedio de una auxiliar de enfermería dando cuenta que tiene los signos vitales estables, esto fue el 8 de Agosto de 2012; mi hija vuelve el 9 de Agosto y de igual manera dan cuenta que sus signos vitales son estables y que su embarazo es normal a pesar de haber dicho anteriormente que su embarazo era de alto riesgo, la médico tratante para este día es la doctora ISAURA; ese mismo día, la doctora ISAURA ordena que se le practiquen unos exámenes por lo que al parecer en las fechas del 8, 9, 10 e incluso el 11 de Agosto estuvo hospitalizada; el día 17 de septiembre de 2012 mi hija acude al hospital y el diagnóstico del médico es que existe un flujo vaginal amarillo de una semana de evolución y para le fecha tenía 32 semanas y diagnostican infección genital en el embarazo como una enfermedad general y fue atendida por el médico MICHEL GUERRA HERRARA; el día 24 de Octubre de 2012 acude al

hospital a un control prenatal con una gestación de 37 semanas y aparentemente el médico tratante dice que está bien, sin ningún problema. El día 31 de Octubre de 2012 la atiende la doctora ERIKA VERONICA SOTO VARGAS y refiere en el diagnóstico supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación. El día 4 de noviembre de 2012, mi hija ingresa nuevamente al hospital por urgencias y es atendida por el doctor FRANCISCO quién diagnostica que la gestante está normal y la deja en observación; la auxiliar requiere nuevamente la atención del médico y la atiende el doctor C. y es este médico quién remite a mi hija al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS de Armenia, institución donde fue admitida y atendida, entrando posteriormente en coma, sin información precisa del diagnóstico médico, hasta que el día 6 de Noviembre de 2012 a la 1:40 de la mañana fallece en este hospital de la ciudad de Armenia. No me encuentro satisfecha por la atención prestada a mi hija, por lo tanto solicito se inicie dicha investigación”

Dentro del término probatorio, el magistrado asignado para adelantar el proceso, tuvo en cuenta pruebas documentales como: la queja instaurada, la historia clínica y las actas de los Comités de Vigilancia Epidemiológica de los hospitales de La Tebaida y de Armenia en donde fue atendida la paciente. Además se tuvieron en cuenta las pruebas testimoniales de los médicos que atendieron a la paciente durante el control prenatal y durante la atención del parto en los hospitales Pío X de La Tebaida y San Juan de Dios de Armenia.

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío, en sala plena del día 11 de Febrero de 2014, resuelve abrir proceso ético-disciplinario y formular pliego de cargos al doctor A.C.F., por violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1981: “*El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados...*”

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

El presente corresponde a un caso de mortalidad materna asociado a múltiples complicaciones catastróficas de la pre-eclampsia – eclampsia.

La mencionada paciente fue atendida durante su control prenatal en el Hospital Municipal Pío X de La Tebaida, Quindío y cuando tenía 38 semanas de gestación consulta a urgencias de dicho hospital por dolor epigástrico; al ingreso no se anotaron síntomas o signos premonitorios de eclampsia y su

presión arterial era 130/70. De manera súbita, aproximadamente dos horas después de la admisión, presenta presión arterial de 180/100 por lo que el médico de turno decide remitirla de manera urgente al Hospital San Juan de Dios de Armenia, le prescribe líquidos parenterales, oxígeno y alfa metil dopa vía oral; allí se inicia tratamiento para la emergencia hipertensiva. Posteriormente presenta convulsión tónico-clónica generalizada y déficit neurológico progresivo por lo que se realiza cesárea de urgencia obteniendo feto femenino vivo en buen estado; sale para la UCI en donde se diagnostica hematoma cerebral intra parenquimatoso y es valorada por neurocirujano quien le practica creaneotomía para drenaje del hemtoma. Posterior al procedimiento, continúa deterioro de su estado clínico y fallece. Se realiza necropsia donde se concluye que la paciente falleció por ruptura hepática y hemorragia cerebral.

Como se menciona de manera precisa por los honorables magistrados, doctores Pardo Vargas y Guzmán Mora en la Gaceta Jurisprudencial de Junio de 2013, publicada por el Tribunal Nacional de Ética Médica, la obstetricia, como el ejercicio médico en general, a pesar de estar en manos de médicos especializados, no puede considerarse una obligación de resultados, a pesar que el fallo del Consejo de Estado considera que en los embarazos de bajo riesgo no existen situaciones que no sean previsibles y susceptibles de ser corregidas por el médico. Esta visión atenta contra una de las características esenciales del ejercicio de la medicina, la cual es el factor aleatorio que conlleva intrínsecamente su práctica.

¿Quién puede garantizar que una madre va a llevar a feliz término su maternidad y no presentar situaciones de extrema gravedad como la que se ha detallado anteriormente? El ejercicio médico en general y el obstétrico en particular tienden a que se busque por todos los medios posibles, la mejoría, el alivio o la curación del paciente según sea el caso. Pero no siempre se logra. La práctica médica es de tal naturaleza, que derivar de ella la responsabilidad objetiva es atentar y acabar con su misma esencia: la de ser una ciencia inexacta que cuenta con un factor aleatorio, que además, en cada caso particular es distinto y de características especiales.

En el presente caso, la paciente que se mantuvo relativamente bien controlada antes del parto y sin una evidencia clara de alto riesgo, desarrolla de manera súbita una crisis hipertensiva que desencadena una hemorragia intra-cerebral y la muerte.

La queja presentada por la denunciante contra los médicos de la ESE Hospital Municipal Pío X de la Tebaida, por no encontrarse satisfecha por la atención prestada a su hija durante el embarazo, llevó al Tribunal Seccional a abrir pliego de cargos contra el doctor A.C.F., quién atendió la emergencia y no siguió los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y el Hospital de La Tebaida al haber formulado el medicamento alfa metil dopa y no otros que actúan de manera más rápida, lo que a juicio del mencionado tribunal significa que el galeno se apartó de la Lex artis y por consiguiente expuso a su paciente a riesgos injustificados, violando así el artículo 15 de la Ley 23 de 1981. Se cuestiona por parte del tribunal seccional que dicho manejo inicial pudo haber generado una diferencia en el desenlace del caso y aunque no puede asegurarse con certeza que su desenlace habría sido diferente, se perdió la oportunidad de recibir un manejo más adecuado.

En el análisis de los hechos, se observa que ante la situación presentada, el médico demandado procedió de manera diligente y remitió la paciente, al Hospital San Juan de Dios de Armenia, institución de mayor nivel de complejidad, que brindó la atención requerida de manera oportuna, aunque el desenlace fatal no pudo ser evitado. Como el mismo tribunal lo anota, no es posible asegurar que en el presente caso la falta de oportunidad habría desencadenado un desenlace diferente, menos ante una circunstancia como la referida en donde los eventos se produjeron de manera súbita y llevaron a la ruptura hepática y a una hemorragia intra-cerebral, causantes de 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: Revocar, como en efecto revoca, la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica de Risaralda y Quindío en el proceso 1033, por la cual se impuso sanción de censura verbal y pública al doctor A.C.F., y declarar en cambio al doctor A.C.F., inocente de los cargos que se le formularon, 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 esta providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

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

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

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

REF: Proceso 1087 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta

Denunciante: Señor H.Y.P.F.

Contra: Doctores S.C, K.M.B.G, A.M.S., A.G. y R.P.

REF: Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora

Providencia No.06-2015

VISTOS

El 21 de Octubre de 2.014, el Tribunal de Seccional de Ética Médica del Meta decide archivar las diligencias del proceso 1087 promovido por el señor H.Y.P.F, identificado con cédula de ciudadanía número expedida en ..., en contra de los doctores S.C.M., cc de, K.M.B.G., cc ..., A.M.S., cc ..., A.E.G.O., cc ... y R.P., cc ..., por la atención prestada a la señora Y.P.H.G., de 28 años e identificada con cédula de ciudadanía número (qepd) y su producto de embarazo a término de sexo femenino (qepd), por considerar que no existe infracción a la Ética Médica por parte de los mencionados galenos.

El 31 de octubre de 2014, el denunciante interpone recurso de apelación en contra de dicha providencia para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. Asimismo, la defensa de la doctora A.M.S., envía memorial solicitando a la segunda instancia confirmar la decisión del juez acquo. El recurso es concedido por el tribunal seccional el día 26 de noviembre de 2014.

El cuaderno que contiene el proceso se recibe el 9 de diciembre de 2014 y, puesto para reparto el 16 de Diciembre, correspondió por sorteo al Magistrado Doctor FERNANDO GUZMAN MORA, quien procede a resolver la alzada con base en los siguientes:

HECHOS

Los hechos ocurrieron el 6 de octubre de 2012 en la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia en Villavicencio, cuando la paciente Y.P.H.G., ingresó para consulta de control obstétrico, por lo cual fue atendida por la ginecóloga doctora A.M.S., identificada previamente, quien decide inducir el trabajo de parto.

Tenía antecedentes de primer parto con mortinato con múltiples malformaciones congénitas. Además un diagnóstico de toxoplasmosis ocular tratada mediante sulfas que ocasionaron un síndrome de Steven Johnson.

Entró a salas de parto a las 20:45 y mediante parto espontáneo nace feto de sexo femenino con signos de depresión respiratoria y posteriormente alumbramiento placentario. Se practica revisión uterina manual sin encontrar anomalías al tacto, luego de lo cual comienza a presentar abundante hemorragia vaginal que es manejada inicialmente con medicaciones y transfusión sanguínea de urgencia sin resultado clínico positivo, motivo por el cual se decide llevarla de urgencia a salas de cirugía en donde presenta dos episodios de paro cardiorrespiratorio, de los cuales se recupera parcialmente.

Aparte de los medicamentos utilizados de urgencia: oxitocina, methergyn, atropina, adrenalina, compuestos cristaloides y sangre, se practica taponamiento uterino con compresas, continuando abundante sangrado de origen uterino, por lo cual se practica laparotomía exploradora que revela extenso hematoma uterino, ligamentario, prevesical y mesentérico, lo que lleva a practicar histerectomía y salpingo ooforectomía derecha, luego de lo cual continúa con sangrado de cúpula vaginal y ulteriormente extenso sangrado en capa.

La paciente no responde adecuadamente al tratamiento quirúrgico, evolucionando a anuria y choque irreversible asociado a coagulopatía y sangrado persistente que la llevan a la muerte.

Se practica autopsia médico legal, que encuentra residuos de sangrado severísimo, ausencia de útero por histerectomía previa. Se concluye (por no tener el útero en el procedimiento) denecropsia, que se trata de un cuadro de atonía uterina y hemorragia masiva que ocasiona choque hemorrágico y muerte.

La criatura fue remitida a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Villavicencio, en donde fue atendida por espacio de cincuenta días hasta su fallecimiento.

PIEZAS PROCESALES

- HISTORIA CLINICA de la atención de la paciente Y.P.H.G., en la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia en Villavicencio, en donde se confirman los eventos ocurridos sobre la hoy difunta enferma.
- PROTOCOLO DE AUTOPSIA DE LA PACIENTE EN MENCIÓN PRACTICADA por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Seccional Villavicencio que registra los hallazgos postmortem descritos.
- RATIFICACION Y AMPLIACION DE LA QUEJA interpuesta por el señor H.Y.P.F, de condiciones personales conocidas, en donde expresa varias cosas:
 - Descripción de los eventos, en donde indica que su señora tenía orden de atención en hospital de tercer nivel por los antecedentes descritos previamente.
 - Descripción de las vicisitudes con la EPS HUMANA VIVIR desde los 7 meses de embarazo por problemas administrativos con las IPS de Villavicencio debido a falta de pago a las mismas
 - Denuncia acerca de la ausencia de la Médica Ginecóloga en el momento del parto, el cual fue confiado al cuidado de médicos generales.
- VERSIONES LIBRES DE LOS MÉDICOS S.C., K.M.B.G, A.G. y R.P., quienes describen los hechos y la atención prestada a la paciente fallecida en su condición de médicos generales adscritos a los turnos en sala de partos.
- VERSION LIBRE DE LA DOCTORA A.M.S., ginecóloga de turno el día de los hechos que llevaron a la muerte a la paciente H.G.. Ella informa de su presencia permanente durante el transcurso del

parto y de la atención inmediata de las complicaciones presentadas. Adicionalmente justifica la inducción del parto vaginal, indicando las razones que no justificaban una cesárea de urgencia.

EL RECURSO DE APELACIÓN

Dentro de términos legales, el esposo de la paciente fallecida y quejoso, señor H.Y.P.F, interpuso recurso de apelación en contra de la providencia del tribunal de primera instancia, basado en los siguientes argumentos.

a- La ginecóloga doctora A.M.S., dejó en manos de médicos generales la atención de la paciente Y.P.H.G. (qepd), a pesar de saber que se trataba de una paciente de alto riesgo.

b- No se tuvo en cuenta el dictamen pericial del médico GENTIL ESPINOSA CARREÑO, quien concluye que la muerte de la parturienta y su hija eran evitables si hubiesen sido atendidos en un nivel superior de complejidad por parte de lo que él considera “especialistas idóneos”, calificando la atención de inadecuada y afirmando el nexo de causalidad entre dicha atención y la muerte de lo que denomina “binomio madre e hijo”.

En un escrito en calidad de no recurrente, la abogada MAYERLY GARCIA CORREAL, apoderada de la doctora A.M.S.R., envía a esta superioridad unas consideraciones respecto del recurso de apelación impetrado en contra de la providencia que ordena el archivo del proceso por parte del tribunal de primera instancia, en el cual se destacan los siguientes puntos:

- El informe pericial fue aportado por el quejoso directamente al proceso ético disciplinario.
- Este informe fue aportado al proceso en forma indebida por no haberse garantizado el derecho de contradicción.
- Se trató de un dictamen pericial relacionado con resarcimiento patrimonial en proceso de responsabilidad civil.
- Fue emitido por un médico general del cual se desconoce su idoneidad y experiencia de los temas propios de la especialidad de ginecología y obstetricia.
- Dicho informe contiene información que dista de la realidad
- La ginecóloga S.R. nunca desatendió ni descuidó a la paciente en trabajo de parto. Solamente se apoyó en médicos generales adscritos a la sala de

partos de la institución.

- Existe prueba documental de la presencia de la ginecóloga a diferentes horas del curso del parto.
- No existía indicación absoluta de cesárea en el presente caso

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

LA INAPELABILIDAD DEL ARCHIVO DEL PROCESO

En Sala Plena de la sesión 1215 de 18 de marzo de 2014, analizando el Proceso 2222-13 Tribunal de Ética Médica de Antioquia, con ponencia del Magistrado Dr. Francisco Pardo Vargas (Providencia No.25-2014) se determinó lo siguiente:

“..Esta Superioridad concuerda con los considerandos que tuvo el Tribunal Seccional para decretar el Archivo de la investigación y por ello considera improcedente repetirlos. Pero estima necesario hacer algunas precisiones sobre la figura del Archivo que al parecer no han sido suficientemente asimiladas según se ha podido comprobar por la frecuencia con que llegan a esta instancia casos en los cuales se han tomado decisiones que no concuerdan con las disposiciones legales vigentes. Es precisamente lo que se observa en el punto segundo de la resolución de Sala del Tribunal Seccional del 5 de febrero de 2.014 en la cual se invoca lo dispuesto en la Ley 600 de 2.000 que hacía referencia a la interposición de recursos y fue sustituida por la Ley 906 de 2.004 que estableció la figura del Archivo contra la cual no procede ningún Recurso, según el texto de su artículo 79 que reza así: “ARTÍCULO 79 Archivo de las diligencias. Cuando la Fiscalía tenga conocimiento de un hecho respecto del cual constate que no existen motivos o circunstancias fácticas que permitan su caracterización como delito, o indique su posible inexistencia como tal, dispondrá el Archivo de la actuación. Sin embargo, si surgieren nuevos elementos probatorios la indagación se reanudará mientras no se haya extinguido la acción penal”.

En el caso presente se evidencia que no han surgido nuevos elementos probatorios que justifiquen la reapertura del proceso y por lo tanto no han debido concederse los recursos aceptados por el Tribunal Seccional.

En conformidad con los considerandos anteriores el Tribunal Nacional de Ética Médica en uso de sus facultades legales

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Abstenerse de conocer el Recurso de Apelación concedido por el Tribunal de Ética Médica del Meta por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído. **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. FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado- Presidente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado Ponente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaria.

Bogotá, Mayo 9 del año dos mil diecisiete (2017).

**SALA PLENA SESIÓN No.1366 DEL NUEVE (9)
DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

REF: Proceso No. 3006 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca

Denunciante: Procuraduría Regional del Caquetá

Contra: Drs. R.J.T.F. R.J.T.F.

Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney

Providencia No. 36-2017

VISTOS

Por hechos ocurridos el 6 de enero de 2014 relacionados con presuntas irregularidades en la atención médica prestada durante el trabajo de parto a la Señora A.H.M. (q.e.p.d.), madre gestante, el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca formuló cargos contra el Doctor R.J.T.F., médico ginecobstetra por presunta violación de los artículos 12 y 15 de la Ley 23 de 1981 y 9 del Decreto 3380 del mismo año.

Mediante providencia del 25 de octubre de 2016, el Tribunal Seccional resolvió que existían méritos para formular cargos en contra del galeno, providencia que fue notificada al médico implicado y su apoderado el 28 de octubre de 2016.

Rindió diligencia de descargos el 24 de enero de 2017 presentando documento contentivo de los mismos. Se aceptaron los descargos en lo relacionado con el Artículo 12 de la Ley 23 de 1981

Mediante providencia del 7 de febrero de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional no aceptaron los descargos imponiendo sanción de suspensión del ejercicio profesional por el término de dos (2) meses, providencia que fue notificada el 17 de febrero.

Interpuso recursos de Reposición y Apelación el 10 de marzo de 2017 contra la providencia proferida el 7 de febrero de 2017.

Mediante providencia del 28 de marzo de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional no reponen la decisión y conceden el recurso de Apelación ante este Tribunal. El Expediente se recibió en esta Corporación el 18 de abril de 2017 correspondiendo al Magistrado Gabriel Lago Barney el estudio del caso.

HECHOS

La Señora A.H.M. (q.e.p.d.), de 34 años de edad para el momento de los hechos, residía en la ciudad de Florencia, Caquetá, era una madre gestante G2P1 quien había tenido el último parto 9 años antes; durante el embarazo realizó ocho controles prenatales en la CLINICA MEDILÁSER S.A.; institución de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Florencia; durante los controles identificaron infección de vías urinarias por *Escherichia coli*, en las semanas 11 y 16 las cuales fueron tratadas con ácido nalidíxico; durante este tiempo presentó una infección respiratoria aguda alta y una faringitis. Como antecedente presentaba accidente automotor en que requirió sutura en región frontal de la cabeza y una lesión en pie derecho.

La paciente se encontraba en semana 41 de embarazo por lo cual había sido programada para inducción del trabajo de parto el 6 de enero de 2014, la cual se inició con la administración de una dosis de 50 microgramos de misoprostol a las 9:51 de la mañana luego del ingreso a Sala de Partos. La paciente regresó con dilatación de aproximadamente 2 cm por hora. Cuando se encontraba con dilatación de 8 cm le fue realizada amniotomía con salida de líquido claro; presentó periodo expulsivo a las 16:20 horas. Durante el nacimiento se presentó retención de hombro por lo que le fue realizada maniobra de Woods obteniendo recién nacido masculino de 4.090 gramos quien presentó hipoxia neonatal severa. Éste tuvo que ser reanimado por el anestesiólogo, en vista que el pediatra no se encontraba en la Institución; el recién nacido requirió asistencia ventilatoria mecánica. No se aportaron datos sobre su evolución clínica posterior. El alumbramiento fue tipo Schultze completo.

A los 50 minutos posterior al parto, la paciente refirió cefalea, mareo, visión borrosa y epigastrialgia. El Doctor T.F. encontró una paciente con hipotensión, taquicardia, fría, conjuntivas hipocrómicas, con perfusión

de dos segundos, útero tónico, sangrado escaso, que enfermería describió como moderado, y sin déficit neurológico. Inició 1000 c.c. de cristaloides de forma rápida, oxígeno, posición en Trendelenburg; solicitó hemograma, pruebas cruzadas, reservó tres unidades de glóbulos rojos y realizó seguimiento continuo. A los 30 minutos de iniciadas la maniobras persistía con inestabilidad hemodinámica, palidez mucocutánea e hipotensión por lo que inició oxitocina, pasó nuevo bolo de cristaloides y solicitó el concurso del médico de cuidados intensivos con quien consideró se podía tratar de una respuesta neurogénica secundaria a parto distócico. La paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos donde la enfermera que realizó el ingreso a las 17:50 horas anotó: *“Recibo usuaria procedente de sala de partos, en estado delirante, con palidez cutánea generalizada... En muy malas condiciones generales.”* A los cinco minutos del ingreso presentó paro cardiorrespiratorio que requirió reanimación durante una hora, con entubación orotraqueal, acceso de vía central, uso de vasopresores a dosis altas, noradrenalina, vasopresina, dopamina; las ayudas diagnósticas en el momento mostraron una hemoglobina en 5 g/dL y acidosis metabólica severa. Se inició transfusión de glóbulos rojos y plasma, requiriendo varias unidades. Persistió en choque, con pupilas plenas. El Doctor TETTE, le explicó a la familia el pronóstico. A las 19:20 horas presentó un tercer episodio de paro cardiorrespiratorio, examinó el abdomen sin encontrar datos de sangrado intra abdominal, útero involucionado. Para el manejo de la paciente contaba con el apoyo del personal de la unidad de cuidados intensivos. Presentó nuevo paro cardiorrespiratorio sin obtener respuesta. La paciente falleció a las 21:03 horas.

Le realizaron autopsia en el Instituto de Medicina Legal de Florencia, en cuyo informe se anotó: *“Examen interior: cavidad abdominal peritoneo: Hemoperitoneo de aproximadamente 2.500 c.c. desgarro de peritoneo visceral uterino, sin evidencia de lesiones recientes por trauma exógeno. Aparato genitourinario: útero y anexos: útero de 22 x 15 x 6, cauchoso, miometrio aumentado de espesor, no fétido, pared endometrial hemorrágica, con solución de contigüidad que involucra todo el espesor de la pared uterina de 10x5 cm, bordes irregulares y hemorrágicos, ubicado en cara posterolateral derecha del tercio inferior del cuerpo uterino y respeta el cuello.”* En el análisis y la opinión pericial anotó: *“De acuerdo con lo registrado en el acta de inspección del cadáver, la historia clínica, y los hallazgos durante la necropsia se puede inferir que presenta hipovolemia aguda severa, secundaria a ruptura que le produce deceso. Causa básica de muerte. Hipovolemia aguda severa secundaria a ruptura uterina.”*

RESULTANDOS Y CONSIDERACIONES

La hemorragia postparto u obstétrica es la primera causa de mortalidad materna en Colombia con una tasa de 104 muertes por 100.000 nacidos vivos en el año 2000, por lo que el país se comprometió a bajar dicha tasa a 45 muertes para 2015 logrando una reducción a 53.7 por 100.000 nacidos vivos para el 2014, como parte de la estrategia de los objetivos de desarrollo del milenio.

La hemorragia obstétrica o postparto se define como: *“La pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos)”* (Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico. Secretaría de Salud, México, D.F, 2002, p 13).

De las hemorragias asociadas al estado grávido, en el caso en estudio sólo está la posibilidad de la ruptura uterina; dentro de las hemorragias puerperales de origen uterino están la atonía uterina, la inversión uterina, la retención de restos placentarios y el acretismo placentario; todas las cuales fueron descartadas, según el Doctor T.F. en la revisión que realizó a la paciente posterior al alumbramiento; y dentro de las de causa extrauterina, los desgarros genitales y los trastornos de la coagulación. Las complicaciones de la hemorragia obstétrica son el choque hipovolémico y la coagulación intravascular diseminada.

Dentro de las causas de hemorragia está la ruptura uterina que se define como una solución de continuidad que se presenta en un útero grávido, la cual, cuando es completa consiste en: *“un desgarro hemorrágico de la pared uterina, de bordes anfractuados y de dirección variable. La solución de continuidad incluye el peritoneo visceral, miometrio y membranas ovulares. Al comunicar la cavidad uterina con la abdominal el feto puede salir a esta última. Puede asociarse a roturas vesicales, que pueden llegar a interesar al trígono o al uréter terminal; o producir desgarros cervicales y vaginales cuando se prolonga en sentido caudal. Se acompaña con frecuencia de hemorragia materna y de graves complicaciones maternas y fetales.”* (Prog Obstet Ginecol. 2015;58(6):296—299) En el caso que nos ocupa se trató de una ruptura completa (Abarcaba el músculo uterino y el peritoneo visceral).

En el caso sub examine se trataba de una mujer de 34 años sana en segundo embarazo prolongado (41 semanas de gestación) quien fue programada para inducción del trabajo de parto y en quien se inició un dosis de misoprostol en rango terapéutico alto. En control uterino previo, le habían encontrado altura uterina de 37 cm, lo cual debió haber alertado a los galenos que la evaluaron. Durante el trabajo de parto, desde las 14:30 horas aparecen varias notas de enfermería alusivas a dolor abdominal y que fueron interpretadas como una madre poco colaboradora a quien le insistían en que debía respirar bien. Durante el expulsivo, se presentó un segundo factor de riesgo para ruptura uterina como es la retención de hombro, para lo cual se realizó la maniobra de Woods, que si bien es cierto hay mejores maniobras, la experiencia del obstetra, permitió realizar la extracción del fruto de la gestación. No hay registro sobre el tiempo que duró dicha maniobra, pero sí de las malas condiciones en que nació el niño, habida cuenta que en los controles del trabajo de parto anteriores la frecuencia cardíaca fetal se encontraba dentro de parámetros de normalidad, lo cual condujo, muy probablemente a realizar maniobras obstétricas traumáticas. A este segundo factor de riesgo para rotura uterina se sumó el tercero, consistente en el nacimiento de un niño de 4.090 gramos, considerado macrosómico (Mayor de 4.000 gramos).

La agregación de estos factores de riesgo, aunado al deterioro rápido de la paciente 10 minutos después del parto, como consta en las notas de enfermería (Folio 47 Vto.), acompañado de una inestabilidad hemodinámica difícil de corregir obligaban a pensar en un sangrado mas que en una distocia, o por lo menos, ante la pobre respuesta a las medidas de reanimación, el médico obstetra debió realizar estudios para tratar de esclarecer la mala respuesta al tratamiento por medio de una ecografía abdominal, entre otras alternativas.

Lo cierto es que el Doctor T.F. inició un proceso de reanimación que se aproxima a lo previsto en el Protocolo de Código Rojo Obstétrico para hemorragia posparto tomando acciones en la áreas de resucitación, monitoreo y comunicación. El galeno endilgado se apoyó en el médico de cuidados intensivos, administró los líquidos y medicamentos pertinentes, transfundió a la paciente, evaluó el sistema respiratorio, administró oxígeno manteniendo la saturación dentro de niveles aceptables, obtuvo los accesos venosos necesarios, tomó cuadro hemático y gasimetría arterial. Sin embargo, no realizó las acciones correspondientes de intervención, investigación de la causa y control del sangrado, (Guías de Práctica Clínica

para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio; 2013. Guías 11-15 del Ministerio de Salud de Colombia), que en este caso eran necesarias, pudiendo, si no evitar el desenlace, por lo menos identificar la causa por la cual su paciente permanecía inestable y actuar en consecuencia.

Siendo consecuente con la clínica de la paciente y el protocolo que estaba aplicando y, ante la clínica sugestiva de choque hipovolémico agudo, como eran la alteración de la conciencia, ansiedad, los niveles de tensión arterial, la taquicardia, la palidez y la mala respuesta a la intervención hídrica y de reanimación, que hacían sospechar una pérdida de volumen rápida, debió intervenir a la paciente conforme lo recomienda el protocolo, a pesar de su condición clínica, pues era la alternativa más próxima para esclarecer el origen del choque hipovolémico, así no sospechara un sangrado, y controlar su causa, a pesar de no haber clínica sugestiva de ruptura, que como bien debe saber el galeno encartado, no siempre es fácil de determinar.

Así las cosas, este Tribunal considera que el Doctor R.J.T.F., expuso a su paciente a riesgos injustificados, pudiendo anticiparse a estos sin hacerlo. La Sanción impuesta por el Tribunal de primera instancia es proporcional a la falta en que incurrió el galeno.

Llamó la atención de este Tribunal que no se haya investigado la conducta del pediatra que debió estar en sala de partos para el momento del nacimiento y durante la reanimación.

Así las cosas, este Tribunal,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma, la sanción impuesta por los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca de suspensión en el ejercicio profesional por un término de 2 meses. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Compulsar copias al Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca, para que determine si es del caso investigue la conducta del pediatra. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FFDO. ERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado-Presidente; GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado Ponente; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ , Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico, MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, veintitrés (23) de Agosto del año dos mil dieciséis (2016).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1332 DEL VEINTITRES (23)
DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL DIECISÉIS (2016)**

**REF: Proceso No. 804, Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico
Contra: Doctor D.V.S.**

Denunciante: de oficio (Supersalud Atlántico)

Asunto: Sanción superior a seis (6) meses de suspensión

**Magistrado Ponente: Dr. Juan Mendoza Vega
Providencia No. 67-2016**

VISTOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, en decisión fechada el 13 de julio de 2016, dentro del proceso 408 abierto con base en la queja remitida por la Superintendencia Nacional de Salud, seccional Atlántico, resolvió aceptar los descargos rendidos por la doctora D.J.V.G. pero consideró que el otro médico disciplinado, doctor D.V.S., merece sanción de suspensión en el ejercicio profesional por lapso superior a seis meses, por lo que ordenó enviar las diligencias al Tribunal Nacional de Ética Médica para cumplir lo dispuesto en el artículo 84 de la ley 23 de 1981.

Recibido el expediente en el Tribunal Nacional de Ética Médica el 28 de julio de 2016, fue puesto para reparto en sala del 2 de agosto de 2016 y correspondió por sorteo al magistrado Juan Mendoza Vega.

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

HECHOS:

El 16 de septiembre de 2013 recibió el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico la comunicación 2-2013-066738 de la Superintendencia

Nacional de Salud, en la cual se comunicaba el “*evento adverso a la seguridad materna*” ocurrido en la atención a la señora C.M.R., quien falleció en la Clínica San Ignacio de la ciudad de Barranquilla el 5 de septiembre de 2012, cuando era atendida por el proceso de parto al final de su primer embarazo. El tribunal seccional aceptó la queja e inició el proceso correspondiente, en el curso del cual recibió declaración juramentada al señor C.A.T.R., compañero de la señora C.M., así como de la madre de ella, señora E.R.; allegó y estudió copias de las historias clínicas correspondientes a la occisa, copia del informe de autopsia médico-legal; se identificó a los doctores D.J.V.G y D.V.S. como directos participantes en los hechos investigados y se abrió investigación disciplinaria formal en su contra, lo cual se les notificó debidamente para luego llamarlos a rendir versión libre y espontánea.

Recibidas las versiones de los dos disciplinados, quienes asistieron acompañados por el abogado Luigi Carlo Cianci Flórez como su defensor, así como a otro médico que recibió a la señora C.M. cuando llegó a la clínica San Ignacio el día de los hechos pero que no tuvo intervención distinta del examen clínico inicial y el consecuente aviso a los ginecólogos de turno, el tribunal de primera instancia decidió plantear pliego de cargos contra los doctores V. y V.

Encontró el tribunal seccional que la señora M. fue sometida a intervención cesárea en la fecha ya mencionada, que la cirugía transcurrió sin incidentes, tuvo el resultado esperado con el nacimiento de una niña en aceptable estado con Apgar de 10 a los cinco minutos; que alrededor de dos horas más tarde se inició hemorragia vaginal abundante incontrolable con las medidas y los medicamentos aplicados; que no se realizó transfusión de sangre ni de componentes sanguíneos, porque la clínica no disponía de ellos; que se intentó el traslado de la paciente a un centro asistencial de mayor complejidad, para lo cual inclusive se la llevó en ambulancia a varios sitios sin conseguir cama para ella, hasta que finalmente la señora falleció en el servicio de urgencias de una de las clínicas de la EPS Saludcoop, a donde fue ingresada hacia las once de la noche en estado agónico; en esta clínica le iniciaron transfusión sanguínea pero ya no se obtuvo respuesta positiva a la reanimación.

En el pliego de cargos, se concretó el reproche a los dos disciplinados en presuntas faltas contra los artículos 10, 15 y 16 de la ley 23 de 1981. Recibidas en debida forma las diligencias de descargos, el tribunal seccional

consideró que en este caso la actuación de la doctora D.J.V.G., médica idónea y con experiencia como especialista en Ginecología y Obstetricia, fue la adecuada según las normas legales y la *lex artis ad hoc*, por lo que sus descargos “*son razonables y suficientes para desvirtuar el reproche*” y en consecuencia la absolvió de los cargos endilgados. Del doctor D.V.S., consideró que en sus descargos “*discurre en forma farragosa presupuestos sobre la ‘maniobra de salvamento’ como fue embarcarse personalmente con la paciente en una ambulancia y salir en la búsqueda de un mayor nivel de atención que contara con UCI*” pero no tomó la decisión que era la “*conducta más salvadora*” ante una hemorragia incontrolable, es decir, la práctica inmediata de histerectomía abdominal, por lo que sí actuó con negligencia y sometió a la paciente a riesgos injustificados, tan graves que terminaron con la vida de ella, lo cual amerita sanción mayor que legalmente debe ser estudiada e impuesta si es el caso por el Tribunal Nacional de Ética Médica.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Están probadas en el expediente tanto la condición de médico especialista en Ginecología y Obstetricia del doctor D.V.S. como su larga experiencia y su directa participación en los hechos que culminaron con el lamentable deceso de la primigestante C.M.R., de 19 años de edad. El análisis que de su conducta hace en la providencia del 13 de julio de 2016 el tribunal de primera instancia, visible a folios 510 a 529 rectos del expediente 804, es un juicioso raciocinio que demuestra sin lugar a dudas el grave error cometido al posponer el acto quirúrgico que habría detenido la hemorragia uterina masiva, vale decir la histerectomía abdominal, para dedicarse en cambio a vanos esfuerzos por encontrar cama en unidad de cuidado intensivo y trasladar allí a la paciente, sin tener en cuenta que ésta se agravaba y debilitaba velozmente con el paso de las horas y la continua pérdida de sangre, no repuesta con transfusiones; en esta conducta no puede alegarse ignorancia invencible del médico disciplinado, porque se trata de un profesional con formación universitaria en especialidad y además con bastantes años de experiencia en su ejercicio, por lo cual sabe sin duda que ante una hemorragia masiva el deber inmediato, urgente e ineludible de un cirujano es detener esa pérdida, aunque para ello deba enfrentar gran peligro yendo con sus instrumentos hasta los vasos sangrantes para ocluirlos físicamente si medidas mas conservadoras no han dado pronto resultado; para los ginecólogos y obstetras, desde la escuela de medicina se aprende que la histerectomía abdominal ante una hemorragia masiva postparto es procedimiento salvador y de ninguna manera extraño.

El abogado defensor del doctor V.S., en alegato final presentado dentro de términos al Tribunal Nacional de Ética Médica, considera que no se valoraron pruebas favorables al encartado, entre ellas los testimonios calificados de una médica especialista en ginecología y un médico auditor experto en seguridad del paciente y análisis de evento adverso, quienes afirman que la histerectomía en este caso no tendría indicación *“dadas las condiciones y recursos disponibles en aquel momento”*. El médico auditor mencionado es el doctor Urbano Lafaurie Esquea y en su informe (folio 426 recto) se lee: *“En recuperación a pesar la (sic) identificación oportuna del riesgo estos (sic) no se intervinieron para evitar desenlaces mortales con oportunidad, con un atraso de más o menos 1:13 horas”*; en declaración juramentada visible a folios 495 a 497 rectos, dice apoyarse en *“conceptos de pares en ginecología”* para afirmar que *“no era posible realizar la histerectomía”* porque habría aumentado el riesgo de evento adverso. La doctora M.V.U., ginecóloga a quien se refiere el abogado defensor, en su declaración juramentada visible a folios 488 a 490 rectos, reitera su opinión de que en la clínica San Ignacio *“no había garantías para la realización de una histerectomía a una paciente en condiciones hemodinámicas tan precarias”* y que en el caso que se examina se cumplió el protocolo existente en la clínica San Ignacio *“para esta clase de sangrado”*, aunque admite también que *“era pertinente hacer una histerectomía”* pero se habría necesitado reponer nuevas pérdidas de sangre *“unos 500 cc a unos 600 cc”* causadas por la histerectomía.

Como queda dicho, los dos testigos mencionados por la defensa coinciden en dar la histerectomía abdominal como procedimiento pertinente, aunque señalan los riesgos que se enfrentaban por la falta de sangre y hemoderivados para transfusión; dejando de lado la opinión del médico auditor, quien se limita a informar sobre la opinión de otros profesionales consultados probablemente sin conocimiento directo del caso, el dicho de la doctora V. como el del disciplinado no alcanza a desvirtuar el hecho cierto de que se tomó conducta inadecuada ante un riesgo mortal creciente; aunque el disciplinado no fue expectante en el sentido de esperar sin hacer nada, lo que hizo no fue aquello que la paciente requería con extrema urgencia; de este modo, no dio a la paciente un tratamiento que estaba claramente indicado, con lo que la sometió a riesgos injustificados con un desenlace que era previsible, todo lo cual amerita sin duda una sanción mayor. En esta valoración de los hechos no se toman en cuenta los *“nuevos reproches no formulados”* que señala con razón la defensa, y en cuanto a la falla institucional en la clínica San Ignacio, será necesario compulsar copias a

la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia, ya que este Tribunal Nacional no puede en este momento sancionar a quien figura como representante legal de la misma.

En la dosimetría de la sanción, se tiene en cuenta la experiencia del disciplinado en el ejercicio de su especialidad, la gravedad de los hechos así como los antecedentes ético-disciplinarios médicos del disciplinado; la conducta negligente adoptada produjo el irreparable resultado de la muerte de esta paciente. Por tanto, se le impondrá sanción de suspensión en el ejercicio profesional de la medicina por el término de cinco (5) años.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Sancionar, como en efecto sanciona, al doctor D.V.S., identificado con cédula de ciudadanía..... expedida en...., y registro médico... de la Secretaría de Salud del Atlántico, con suspensión en el ejercicio profesional por el lapso de cinco (05) años, por los hechos investigados en el proceso 804 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

ARTÍCULO SEGUNDO: Compulsar copias a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra la presente providencia proceden los recursos de reposición para ante este Tribunal Nacional, y de apelación para ante el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha de notificación. **ARTÍCULO CUARTO:** Una vez en firme el contenido de esta decisión comuníquese al Ministerio de Salud y Protección Social, a los Tribunales Seccionales de Ética Médica y a la Federación Médica Colombiana para que sea fijado en lugares visibles de conformidad con lo establecido en el artículo 53, Decreto 3380 de 1981. **NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE.**

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

Bogotá, nueve (09) Septiembre del año dos mil catorce (2014).

SALA PLENA SESIÓN No. 1240 DEL NUEVE (09) DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014)

**REF: Proceso No.714, Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico
Contra Drs. S.M.S.L. y E.B.G.**

Denunciante: N.Y.F.P

Asunto: Apelación

Magistrado ponente: Dr. Juan Mendoza Vega

Providencia No.88-2014

VISTOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, en Sala Plena del 28 de Mayo de 2014, resolvió absolver al doctor E.B.G., e imponer al doctor S.M.S.L., la sanción de Censura Escrita y Pública dentro del proceso número 714 abierto contra ellos por la queja presentada por la señora N.Y.F.P. La abogada defensora del disciplinado S.M.S.L., interpuso y sustentó recursos de reposición y en subsidio apelación contra la decisión mencionada; por providencia del 13 de Agosto de 2014, el tribunal seccional negó la reposición y concedió la apelación impetrada, por lo que envió las diligencias a este Tribunal Nacional para lo de competencia.

Recibido el expediente el 29 de Agosto de 2014, fue puesto para reparto en Sala del 2 de Septiembre y correspondió por sorteo al magistrado Juan Mendoza Vega.

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

HECHOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico recibió el 19 de Junio de 2012, por medio de oficio de la Secretaría de Salud de Barranquilla, la

queja presentada por la señora N.Y.F.P., contra los médicos que, en la IPS Clínica Centro, de Barranquilla, Atlántico, atendieron a su hija C.C.S.F., a partir del día 18 de Febrero de 2010.

De acuerdo con la queja, la señora S.F., de 25 años de edad, fue llevada a la IPS Clínica Centro el día 18 de Febrero de 2010 en estado de embarazo y buenas condiciones de salud, para practicarle Cesárea electiva más Pomeroy; la intervención se realizó hacia las once de la mañana de dicha fecha y al ser llevada luego la paciente al servicio de hospitalización “manifiesta sentir mucho dolor”, lo cual es informado al médico de la sala por la madre de la señora S.; cuando la quejosa vuelve a la mañana siguiente para visitar a su hija, la encuentra “en malas condiciones de salud”, otras señoras hospitalizadas en la misma sala dicen que “pasó la noche mal” y que “había convulsionado”, un camillero de turno informa que “se la había practicado una ecografía que mostró hematoma”. Al mediodía le entregan a la quejosa “una muestra con la orden para reclamar dos pintas de sangre” en un banco de sangre “ubicado en la carrera 29 B con 79”, donde luego de una hora le informan que no tienen el tipo de sangre solicitado y le sugieren que “si tenía donantes que los llevara”. A las 3 de la tarde le informan a una hermana de la paciente que a ésta le han “practicado histerectomía total”, una hora después “la enfermera jefe del servicio de UCI solicita verbalmente la sangre ya que necesita ser transfundida urgentemente” y a las 6 de la tarde informan que la joven paciente falleció. La quejosa plantea preguntas sobre la demora en informarle la agravación del estado de salud de su hija, la demora en realizarle la transfusión que necesitaba y si se trata de negligencia médica, por lo que pide que se investigue el caso.

El tribunal seccional aceptó la queja y abrió la investigación correspondiente, en el curso de la cual recabó y estudió la historia clínica, así como el acta del Comité de Análisis de Mortalidad Materna de la Clínica Centro y recibió ampliación juramentada de la queja por parte de la señora N.Y.F.P.

Con base en las diligencias de la averiguación preliminar, el tribunal seccional consideró necesario iniciar investigación formal sobre el caso; los médicos involucrados en la atención de esta enferma, doctores S.M.S.L., y E.B.G., fueron debidamente identificados, notificados y se les llamó a rendir versión sin juramento.

Cumplidos los trámites, la Sala Plena del tribunal de primera instancia acogió el informe del magistrado instructor y planteó pliego de cargos a los doctores S.M.S.L. y E.B.G., por presuntas faltas contra los artículos 10 y 16 de la Ley 23 de 1981. Rendidos los descargos correspondientes en debida forma, el tribunal seccional aceptó los descargos del doctor E.B.G., pero consideró que no se desvirtuaron los cargos planteados contra el doctor S.M.S.L., por lo que en Sala Plena del 18 de junio de 2014 decidió imponerle la pena de Censura Escrita y Pública.

Dentro de términos, la abogada Sol Mariana Santana León, en su condición de defensora del doctor S.M.S.L., presentó recursos de reposición y en subsidio apelación contra la decisión mencionada. El tribunal seccional negó la reposición y concedió la apelación impetrada, la que se resuelve mediante la presente providencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Para sustentar el recurso de apelación, arguye la abogada Sol Mariana Santana León que “mi mandante no cometió la falta disciplinaria, es decir, no se llenan los requisitos señalados para tomar esta decisión de acuerdo con el (sic) artículos 10 y 16 de la Ley 23 de 1981” porque “el posible descuido de camilleros y enfermeras al momento de trasladar al paciente de la camilla de la UCI a la cama del piso, lo hacen con sábanas y de mala forma (sic) que pudo llevar a un desgarro de algún vaso importante y ocasionar el sangrado”; agrega que el doctor E.B. “18 horas después encontró anomalías médicas en el paciente, nunca informo ni aviso (sic) a mi mandante quien era el que había intervenido quirúrgicamente a la paciente, esto demuestra que los procedimiento realizado (sic) posteriormente no tuvieron la asistencia de mi mandante”. Para este Tribunal Nacional, tales frases que son las únicas en las cuales se refiere la recurrente a los cargos por los cuales se sancionó al doctor S.M.S.L., de ninguna manera desvirtúan tales cargos porque no demuestran que el disciplinado hubiera dedicado a la paciente, en el postoperatorio inmediato, el tiempo y la atención que su estado requería y que le hubieran permitido encontrar de manera temprana los signos de la hemorragia retroperitoneal que padecía, omisión que configura claramente la falta por la cual se aplicó la sanción recurrida. Aunque es necesario confirmar tal sanción, extraña a éste Tribunal Nacional la benevolencia del reproche frente a la notoria garvedad de la falta.

Por otra parte, dedica la recurrente numerosas páginas a sustentar la petición de que se declare prescrita la acción disciplinaria porque han transcurrido más de tres años desde el día en que sucedieron los hechos motivo de la queja, volviendo a intentar el argumento de que debe aplicarse lo dispuesto en la ley 906 de 2004, aunque el respectivo artículo de esta ley, que es el 531, fue declarado inexecutable por sentencia C-1033 de la Honorable Corte Constitucional, fechada a 5 de Diciembre de 2006 como lo señala muy bien el tribunal de primera instancia al negar el recurso de reposición. El período de prescripción de la acción disciplinaria ha sido fijado por este Tribunal Nacional en cinco (5) años con sólidos argumentos; baste mostrar una de las providencias más recientes al respecto, que lleva el número 92-13 y cuyo magistrado ponente fue el doctor Efraím Otero Ruíz; en ella puede leerse:

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

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

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

La situación del lleno de los vacíos legislativos contenidos en la Ley 23 se han agravado a partir del 1° de enero de 2005, día en que comenzó a regir el sistema acusatorio con sus características de oralidad, concentración e inmediación. La complicación en cuanto a la remisión legislativa para el lleno de los vacíos contenidos en la norma disciplinaria se

agrava, porque la ley 23 fue diseñada bajo el modelo de un código de procedimiento escrito y de tendencia inquisitiva.

La diametral diferencia entre las instituciones procesales entre un procedimiento escrito a uno eminentemente oral lleva a que muchas instituciones de la nueva codificación procesal son inaplicables al sistema escrito que rige para el sistema procesal disciplinario, dificultades, que han obligado a que los Tribunales de Ética hayan resuelto la problemática de los vacíos legislativos, acudiendo al Código Disciplinario Único.

Y por analogía, nos atreveríamos a afirmar que dicha remisión se ha venido haciendo respecto de toda la normatividad penal en general, para efectos de poder resolver por lo menos de manera jurisprudencial algunos vacíos existentes en la ley no solo en lo relacionado con las normas de procedimiento, sino igualmente con las normas del derecho penal material, como ocurre por ejemplo con el vacío existente respecto al período prescriptivo de la acción, que evidentemente por prohibición constitucional no podría concluirse en su imprescriptibilidad y que nos obliga a remitirnos a la legislación disciplinaria ordinaria, por ser la más cercana a las características de éste especial proceso.

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

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

“ **ARTÍCULO 73. CADUCIDAD DE LA QUERRELLA.** La querrela debe presentarse dentro de los seis (6) meses siguientes a la comisión del delito. No obstante, cuando el querellante legítimo por razones de

fuerza mayor o caso fortuito acreditados no hubiere tenido conocimiento de su ocurrencia, el término se contará a partir del momento en que aquellos desaparezcan, sin que en este caso sea superior a seis (6) meses.

Por el contrario, la prescripción es el tiempo que el legislador le señala al Estado para que pueda ejercer el ius puniendi, es decir la potestad persecutoria y sancionatoria del delito y de los delincuentes. Una vez transcurrido dicho tiempo, el Estado pierde la competencia y capacidad para perseguir los delitos y los delincuentes. En tal sentido la prescripción de la acción está concebida en el Código Penal, Ley 599 de 2000:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“ **PRESCRIPCIÓN.** Consolidación de una situación jurídica por efecto del transcurso del tiempo; ya sea convirtiendo un hecho en derecho, como la posesión en propiedad; ya perpetuando una renuncia, abandono, desidia, inactividad o impotencia. || Usucapión o prescripción adquisitiva (v.). Caducidad de derecho o facultad no ejercidos durante largo lapso o prescripción extintiva (v.) || **Cesación de la responsabilidad penal por el transcurso de cierto tiempo sin perseguir el delito o la falta, o ya quebrantada la condena.** || Precepto, orden mandato. || ant. Proemio, prólogo, introducción de un escrito u obra.¹

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

1. Diversidad institucional. La prescripción del delito es institución muy distinta de la prescripción de la pena (v.). Esta última exige que se haya seguido un juicio y pronunciado una condena, tras la cual el sentenciado la elude por no ser habido o desaparecer. Por el contrario, la prescripción del delito se produce cuando no se ha juzgado todavía al culpable; bien por estar el reo en rebeldía, bien por no conocerse quién sea el autor e incluso por ignorar en absoluto la justicia que se ha producido la transgresión jurídica, hasta que llega a su noticia tras el lapso legal que impide el procedimiento o que lo toma ineficaz penalmente².

“ **CADUCIDAD.** Lapso que produce la extinción de una cosa o de un derecho. || Pérdida de la validez de una facultad por haber transcurrido el plazo para ejecutarla. || Efecto que en el vigor de una norma legal o

¹ Diccionario enciclopédico de derecho usual, Guillermo Cabanellas, pág 373, Tomo VI, Editorial Heliasta, Buenos Aires, 1.996.

² Diccionario enciclopédico de derecho usual, Guillermo Cabanellas, pág 376, Tomo VI, Editorial Heliasta, Buenos Aires, 1.996.

consuetudinaria produce el transcurso del tiempo sin aplicarlas, equiparable en cierto modo a una derogación tácita. || Ineficacia de testamento, contrato y otra disposición, a causa de no tener cumplimiento dentro de determinados plazos. || Cesación de derecho a entablar o proseguir una acción o un derecho, en virtud de no haberlos ejercitado dentro de los términos para ello.

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

2. Caducidad y prescripción extintiva. Se trata de dos conceptos jurídicos de deslinde muy complejo, al punto de discrepar fundamentalmente los autores, en su caracterización y en su diferencia. Cortés Giménez, resumiendo puntos de vista de Alas, De Buen, Castán, Ennecerus y otros declara que: “La caducidad o decadencia puede ser convencional o legal; mientras que la prescripción tiene siempre su origen en la última. En la prescripción, el derecho nace con duración indefinida y sólo se pierde cuando haya negligencia en usarlo; en la caducidad nace el derecho simetido a un término fijo de duración, prescindándose de toda consideración de negligencia en el titular. La prescripción opera generalmente a través de una excepción; en cambio la caducidad produce sus efectos de manera directa y automática. Por ello dice Ennecerus que el plazo de caducidad ha de tomarse en cuenta por el Juez, aunque sólo se desprenda su transcurso de la exposición del demandante; la prescripción se aplica únicamente a los derechos llamados potestativos. En la caducidad, a diferencia de lo que ocurre con la prescripción, no se admiten generalmente causas de interrupción o suspensión”. (v. Cláusula de caducidad).³ (Lo destacado no lo es en el texto).

³ Diccionario enciclopédico de derecho usual, Guillermo Cabanellas, pág 14, Tomo II, Editorial Heliasta, Buenos Aires, 1.996.

Siendo dos fenómenos perfectamente distintos, desde la perspectiva del Derecho penal, y siendo el derecho una derivación de éste último, es claro que se debe hablar entonces es de la prescripción de la acción penal, como la pérdida de la facultad o competencia que tiene el Estado de realizar la acción persecutoria y sancionatoria contra los delitos y los delincuentes y no de caducidad de la acción como equivocadamente aluden el peticionario y la normatividad que se aplique por remisión.

Igualmente argumentó ésta Corporación que no se podía aplicar cualquier norma, considerando aplicable de manera general el principio de analogía, sino que era indispensable, que la interpretación analógica se hiciera con normas de la misma naturaleza o características. En tal sentido se plasmó:

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

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

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

La aplicación analógica de la ley, tiene límites y no puede tratarse de aplicar cualquier tipo de ley, sino solo aquellas que traten casos o materias semejantes. La Corporación igualmente consideró que era imposible la remisión al Código Contencioso Administrativo, porque una ley general,

como es ésta codificación no podía prevalecer sobre las previsiones de una ley especial, como lo es la Ley 23. En tal sentido se dispuso:

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

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

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

1) **La disposición relativa a un asunto especial prefiere a la que tenga carácter general;**

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

Si se tiene en cuenta que la normatividades sancionatorias (penal material, procesal penal, disciplinario), son materias especiales, respecto de las normas procedimentales de carácter administrativo, habrá de concluirse que en éste caso particular el vacío existente en la ley debe llenarse con la remisión al Código Disciplinario Único, Ley 734 de 2002, pues reúne una doble connotación, que tiene la misma naturaleza de la Ley 23 de 1981, por regular ambas procesos disciplinarios y en segundo lugar, por ser ambas de naturaleza penal y sancionatoria. La mencionada ley en relación con la prescripción de la acción disciplinaria dispone:

“ **ARTÍCULO 30. TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DISCIPLINARIA.** La acción disciplinaria prescribe en cinco años, contados para las faltas instantáneas desde el día de su consumación y

para las de carácter permanente o continuado desde la realización del último acto.

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

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

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

Las consideraciones precedentes son confirmadas por jurisprudencia del Consejo de Estado, que se citará con posterioridad, en la que se sostiene que el artículo 82 de la Ley 23 de 1981, por ser una norma especial no podía entenderse derogada por el Código Contencioso Administrativo.

Finalmente la Corporación hizo una ponderación de derechos constitucionales aparentemente en conflicto y se hace referencia a los principios de favorabilidad y prevalencia del interés general sobre el particular, concluyendo que en éste específico caso la ponderación debía llevar a la aplicación del principio de prevalencia del interés general sobre el particular y que por tanto era inaplicable el principio de favorabilidad. En tal sentido se consideró:

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

“ ARTICULO 1o. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran **Y EN LA PREVALENCIA DEL INTERÉS GENERAL.** (Lo destacado no lo es en el texto).

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

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

Aceptar la propuesta del peticionario, significaría igualmente aceptar una clara vulneración al principio de igualdad de los ciudadanos ante la ley⁴, porque los médicos tendrían un período prescriptivo de la acción mucho más corto del que tendrían los sometidos al Código Disciplinario Único.

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

Y debe precisarle la Corporación al recurrente, que no es que desconozca cuál es la función de la Corte Constitucional, ni de la naturaleza de sus fallos, sino que se comentó con extrañeza, que no era entendible que si

⁴ ARTICULO 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

era supuestamente una norma “ favorable” que está vigente hace cerca de tres décadas, no hubiera habido un pronunciamiento de nuestra Corte Constitucional bien por vía de constitucionalidad o por vía de tutela, donde algún interesado en la prescripción de tres años, hubiese acudido en busca de protección a esa Corporación. En éste caso el recurrente desnaturaliza y tergiversa el comentario de éste Tribunal.

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

“ DERECHO SANCIONADOR Características

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

PROCESO DISCIPLINARIO ÉTICO MÉDICO Naturaleza administrativa. Finalidad

El proceso disciplinario ético profesional es, pues, una de las especies del derecho administrativo disciplinario que regula el ejercicio de la medicina y determina, entre otros asuntos, los órganos de control y el régimen disciplinario sustancial y procedimental para establecer la responsabilidad por la infracción de las normas éticas de dicha profesión. Es pertinente destacar que la naturaleza de éste proceso es pública y su índole autónoma en relación con otros procesos y acciones. La finalidad del proceso es determinar la responsabilidad y decidir el mérito para aplicar sanciones por violación de las normas ético-disciplinarias reguladoras del ejercicio profesional de la medicina.

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

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

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

Al proveer de forma expresa la ley 23 de 1981 cuál es el estatuto aplicable en caso de vacíos de procedimiento, LA REMISIÓN EXPRESA DE SU ARTÍCULO 82 AL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL CONSTITUYE NORMA ESPECIAL QUE NO PUEDE ENTENDERSE DEROGADA POR LA NORMA GENERAL DEL ARTÍCULO 1° DEL C. C. A. Así, por fuerza legal, es necesario remitirse a los preceptos del Código de Procedimiento Penal. (...) En la actualidad los términos de prescripción de la acción y de la pena aplicables en el proceso disciplinario ético médico son los contemplados en los artículos 83 y 89 del Código Penal vigente, ley 599 de 2000, con la reducción prevista en el artículo 531 del Código de Procedimiento Penal, ley 906 de 2004. El término de prescripción de la acción y de la pena en los procesos disciplinarios ético médicos iniciados antes y después de la vigencia de la ley 906 de 2004 es de cinco años conforme a los artículos 83 y 89 del Código Penal, reducidos en una cuarta parte por aplicación favorable del artículo 531 de la ley en cita. El término de prescripción es único y por lo mismo no procede remitirse a las penas previstas para los distintos delitos.

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

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

PRINCIPIO DE FAVORABILIDAD Aplicable a normas sustanciales y procesales.

Atendiendo el mandato del artículo 29 de la Constitución y su aplicación a las actuaciones administrativas es preciso reiterar que el principio

de favorabilidad se extiende a las normas sustantivas y procesales que beneficien al procesado cuando se está en presencia del tránsito de legislación. Es principio generalmente aceptado que los efectos de la ley en el tiempo se producen hacia el futuro -irretroactividad de la ley-, manera de garantizar la seguridad jurídica de los asociados, de lo cual surge como expresión del debido proceso que nadie podrá ser juzgado sino conforme a las leyes preexistentes que se le imputan. Sin embargo, en materia punitiva el Constituyente también garantiza la aplicación de la ley permisiva o favorable aun cuando sea posterior y además debe resaltarse que la ley procesal es de aplicación inmediata, en consideración a su carácter público. (Lo destacado no lo es en el texto).

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

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

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

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

Pese a que se trata de una norma que rige hace cerca de tres décadas, no existe pronunciamiento de la Corte Constitucional que haya sostenido que el término de prescripción de la acción disciplinaria en el ámbito médico, debe regirse por la disposición contencioso administrativa y no por las normas penales disciplinarias especiales.

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

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

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

“ Es equivocado el planteamiento del Tribunal Nacional por la sencilla razón de que no hay siquiera norma que derogar, dado que la ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) no establece disposición frente al tema de la prescripción, ni mucho menos frente a la caducidad de la acción “.

En ningún momento ésta Corporación afirmó que la Ley 23 contuviese norma sobre la prescripción, y cuando se hizo referencia a la derogatoria tácita, es respecto del artículo 82 de la mencionada Ley, porque consideramos que siendo una ley especial, éste artículo que remite a normatividades penales, no podía entenderse derogado tácitamente por el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011 (norma de carácter general) cuando dispone que las previsiones de esa norma son aplicables a los procesos disciplinarios distintos del Disciplinario único.

De conformidad con las consideraciones precedentes el Tribunal Nacional de Ética Médica, no decretará la prescripción de la acción y mucho menos de la caducidad de la acción, como equivocadamente lo solicita el recurrente, porque ésta institución tiene un significado totalmente diferente dentro del derecho penal y dentro del derecho disciplinario que hace parte de primero de los mencionados....”

Los hechos que motivaron este proceso tuvieron lugar el 18 y 19 de Febrero de 2010, de dicha fecha hasta el presente han transcurrido menos de cinco años. No ha lugar, pues, el recurso en cuanto a declarar la prescripción de la acción disciplinaria en el caso que se analiza.

En cuanto al doctor E.B.G., por cuanto no se presentaron recursos, se declarará ejecutoriada la decisión del Tribunal Seccional que lo absolvió de cargos.

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 sanción de Censura Escrita y Pública impuesta al doctor S.M.S.L., dentro del proceso 714 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, y negar la petición de prescripción del mismo proceso, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Declarar ejecutoriada la decisión de primera instancia en lo concerniente al doctor E.B.G. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, 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. 2016-1745-03 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Santander

Médico investigado: Médicos de la Clínica Magdalena, Dr. G.J.S.V.

Institución: Clínica La Magdalena, Barrancabermeja

Paciente: G.Y.A.

Denunciante: C.E.M.E.

Magistrado Ponente: Dr. Ariel Iván Ruiz Parra

Providencia No. 06-2019

VISTOS

El 24 de febrero de 2016 el Tribunal de Ética Médica de Santander recibe la queja del señor **C.E.M.E.**, en relación con la atención médica ofrecida a su cónyuge, la Sra. **G.YA.**, en la **UNIDAD CLÍNICA MAGDALENA**. El quejoso solicita establecer las causas del deceso del hijo; si los procedimientos realizados a su esposa estuvieron acordes a los protocolos de la medicina aprobados por el Ministerio de Salud; si el personal asistencial y los profesionales de la medicina que atendieron a la paciente, tenían la idoneidad y experiencia suficiente para tratar estos casos; si son profesionales extranjeros establecer la acreditación para ejercer en Colombia; y si la histerectomía se realizó de acuerdo con los protocolos de la medicina y se dio el consentimiento informado.

El 13 de abril de 2016 hizo ratificación y ampliación de la denuncia ante el Tribunal de Ética Médica de Santander el señor **C.E.M.E.** (folios 042 a 044). folio 043).

El 5 de septiembre de 2016 el Tribunal de Ética Médica de Santander emite providencia en la cual ordena dar traslado a la **SUPERINTENDENCIA**

NACIONAL DE SALUD y a la OFICINA DE ACREDITACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL de la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER para que inicien las investigaciones que consideren pertinente...”. (folio 209 y 210) y resuelve “**DECLARAR** que existe mérito para formularle cargos al Doctor **G.J.S.V.** (folio 211).

El 19 de junio de 2017 el Tribunal seccional emite la segunda providencia en la cual se decide: **NO ACEPTAR** los descargos rendidos por el Doctor **G.J.S.V.** y **SANCIONARLO** con **CENSURA ESCRITA Y PÚBLICA** (Folio 262).

El 16 de julio de 2018 es recibido en el Tribunal de Ética Médica de Santander el recurso de apelación en el que el abogado **JUAN SEBASTIÁN SERNA CARDONA**, apoderado del Dr. **G.J.S.V.** (folio 277).

Al Tribunal Nacional de Ética Médica el abogado **JUAN SEBASTIÁN SERNA CARDONA**, apoderado del Dr. **G.J.S.V.**, solicita revocar la providencia recurrida y dejar sin valor los efectos jurídicos la decisión del 19 de junio de 2018 y, de no revocarse aminorar la sanción impuesta al Dr. **G.J.S.V.**

El 4 de diciembre de 2018 en tercera providencia, el Tribunal Seccional de Santander, decide **CONFIRMAR** la decisión proferida en primera instancia el **DIECINUEVE** (19) de **JUNIO** de **DOS MIL DIECIOCHO** (2018) y concede el recurso de apelación. (Folio 295).

El 18 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.

HECHOS

El 24 de febrero de 2016 el Tribunal de Ética Médica de Santander recibe la queja del señor **C.E.M.E.**, en relación con la atención médica ofrecida a su cónyuge, la Sra. **G.Y.A.**, en la **UNIDAD CLÍNICA MAGDALENA**. El quejoso afirma que el 16 de febrero de 2016 a las 11:30 am ingresó al área de urgencias de la **UNIDAD CLÍNICA MAGDALENA**, la señora **G.Y.A.**, con 36 semanas de embarazo aproximadamente presentando dolor;

fue trasladada al segundo piso de la clínica donde la auxiliar de enfermería le practicó monitoría y toma de presión arterial y, las 12:16 pm. la valoró el ginecólogo de turno quien practicó examen físico y monitoría. El Especialista le indicó que el cérvix se encontraba cerrado. Hacia las 2:30 pm le realizaron ecografía en la que informaron fetocardia de 116 latidos por minuto. Según el quejoso, el médico ginecólogo valora nuevamente la paciente a las 5:30 pm indicando que la paciente tiene una infección urinaria y frecuencia cardiaca fetal disminuida por lo que decide hospitalizarla. Según el señor **C.E.M.E.**, preguntaron al ginecólogo por qué no practicaba cesárea a lo que les respondieron que era necesario esperar una semana. A pesar de los medicamentos el dolor de la paciente persistía. Hacia las 7:00 pm la paciente es trasladada al piso de hospitalización donde le suministran nuevamente analgésicos e inician antibióticos para la infección urinaria. Entre las 7:00 pm y las 2:30 am del día siguiente le practicaron Doppler en tres ocasiones y le tomaron muestra para frotis vaginal. Se observaba persistencia del dolor. Hacia las 2:30 am del 17 de febrero de 2016, no se escucha la fetocardia por lo que practican monitoría sin resultados positivos. La paciente es trasladada al consultorio de ginecología para nueva ecografía y de allí es llevada al quirófano para practicar cesárea de urgencia. Señala el quejoso que el anesthesiólogo tarda mas de 10 minutos en llegar al área de cirugía y allí preguntó al especialista qué medicamento sugería administrarle a la paciente, lo que evidenciaría falta de experiencia e idoneidad por parte de los especialistas. Cuando la paciente se recupera de la anestesia recibe la noticia del fallecimiento del bebé. También señala el quejoso que a su esposa le practicaron histerectomía parcial sin consentimiento informado y sin la práctica de los protocolos para este caso en particular.

Revisada la historia clínica de la señora **G.Y.A.**, se encuentra que en nota del servicio de urgencias de ginecología del 16 de febrero de 2016 se registra, como hora de atención, las 12:19 pm (folio 049). Se trata de una paciente de 24 años 11 meses de edad quien consulta por “dolor bajito”. En la enfermedad actual se señala que la paciente “...acude por presentar dolor en hipogastrio de moderada intensidad desde la madrugada de hoy por lo cual se valora”. Al examen físico se registra una tensión arterial de 130/80 y presión arterial media de 96.67 mmHg; los demás signos vitales fueron normales. En el examen abdominal se registra una altura uterina de 31 cm, feto único cefálico derecho, movimientos fetales presentes y frecuencia cardiaca fetal 140 latidos por minuto. No se evidenció sangrado genital ni pérdida de líquido y el cuello uterino se encontraba cerrado.

Se inició manejo con hioscina butil bromuro y líquidos endovenosos. Se solicitaron ecografía obstétrica con perfil biofísico, uroanálisis y monitoría fetal anteparto.

El 16 de febrero de 2016 a las 3:49 pm la Dra. **P.V.R.M.**, practicó ultrasonido obstétrico en el que se encontró frecuencia fetal de 117 latidos por minuto, con perfil biofísico de 6/8 (el parámetro de movimientos respiratorios fue calificado con 0), y peso fetal estimado de 3210 gramos. En la descripción de la placenta se registra localización anterior, madurez grado III con calcificaciones y espesor de 40 mm. Se informó: embarazo de 36 semanas y 36.5 semanas por biometría, bienestar fetal, crecimiento en percentil 90 y feto grande. (Folios 046 y 0 47).

A las 5:21 pm del mismo día el Dr. **G.J.S.V.**, valora nuevamente la paciente con el resultado del uroanálisis y el resultado de la ecografía anteriormente señalada. Hace impresión diagnóstica de infección de vías urinarias, dolor pélvico, antecedente de preeclampsia en embarazo anterior y perfil biofísico fetal 6/8, y decide hospitalizar a la paciente, inicia con ampicilina sulbactam, hioscina y líquidos, solicita hemograma y frotis vaginal y repetir el perfil biofísico al día siguiente posterior al desayuno.

El día 17 de febrero de 2017 a las 3:36 am se registra por parte del Dr. **G.J.S.V.**: “acudo a llamado de jefe de enfermería, llamada 3:27 am refiere nose (SIC) escucha frecuencia cardiaca fetal, por lo que se traslada a consultorio de urgencia con ecógrafo se evidencia bradicardia fetal sostenida 55 lpm, utero (SIC) tónico, genitales sin sangrado, se pasa a cirugía para cesárea de urgencia por bradicardia fetal. Se avisa a anestesiólogo” (folio 053).

De acuerdo con la descripción de procedimientos quirúrgicos de ginecología que se registra en la historia clínica (folio 045), el día 17 de febrero de 2016 a las 3:50, se inicia el procedimiento quirúrgico de la paciente **G.Y.A.G.**, inicialmente planteado como cesárea de urgencia por bradicardia fetal, bajo anestesia general. Durante el procedimiento, practicado por el Dr. **G.J.S.V.**, se encuentra: “útero de color morado en cara anterior y fondo uterino..., líquido meconial fluido, RN masc cefálico sin circular de cordón, que no respiró ni lloró al nacer...” y mas adelante agrega el Dr. **G.J.S.V.**, que “se evidenció DPP del 100%”; la abreviatura hace referencia en este contexto a desprendimiento prematuro de placenta. En la misma nota se especifica que “...en vista de aspecto de útero, hipotónico que no

responde a la administración de oxitocina, misoprostol y masaje uterino se procede a realizar en segundo tiempo histerectomía obstétrica con conservación de anexos, subtotal, bajo técnica habitual...” (folio 045).

La nota de la Dra. **Y.E.C.P.**, especialidad pediatría perinatal y neonatología, registra que el recién nacido masculino nace sin signos vitales y que realiza maniobras de reanimación durante 30 minutos sin obtener respuesta; declara la muerte a las 4:20 am del día 17 de febrero de 2016. (Folio 053).

El 29 de febrero de 2016 el Dr. **JULIO CESAR MANTILLA**, médico patólogo, informa: “CUERPO UTERINO. HISTERECTOMIA SUBTOTAL. INFILTRACION HEMATICA MASIVA DEL MIOMETRIO. (UTERO DE COUVELAIRE). HISTORIA DE DESPRENSIMIENTO MASIVO DE PLACENTA” (SIC) (Folio 093) y “PLACENTA MONOCORIAL MONOAMNIOTICA MADURA CON CAMBIOS MODERADOS DE INSUFICIENCIA VASCULAR y DEPRESION MASIVA DE LA CARA MATERNA SECUNDARIA A HEMATOMA RETROPLACENTARIO DEL 90% (EN LA HISTORIA CLÍNICA SE RELATA DESPRENDIMIENTO TOTAL DE PLACENTA)” (folio 094).

ACTUACIONES PROCESALES

El 2 de marzo de 2016 el Tribunal de Ética Médica de Santander, considerando, entre otros que “...las entidades de salud deben asegurar, como mínimo, que el usuario acceda al examen diagnóstico necesario para determinar la pertinencia de ordenar o no un servicio médico...” (folio 022), resuelve dar apertura de **INVESTIGACIÓN PRELIMINAR** y solicita las pruebas documentales necesarias.

El 13 de abril de 2016 hizo ratificación y ampliación de la denuncia ante el Tribunal de Ética Médica de Santander el señor **C.E.M.E.** (folios 042 a 044). folio 043).

El mismo día se recibió en el Tribunal la versión libre y espontánea de la Dra. **P.V.R.M.**, quien aclaró que el momento en el que realizó la ecografía obstétrica a la paciente **G.Y.A.**, no había signos ecográficos de desprendimiento placentario. (La versión libre está contenida en los folios 102 a 104).

El 21 de junio de 2016 el Tribunal de Ética Médica de Santander solicitó en auto decreto de pruebas al **MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL** acreditar la revalidación del título de pregrado como médico y la convalidación del título de ginecólogo obstetra de la **UNIVERSIDAD HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL – UNIVERSIDAD DE LOS ANDES - Mérida, Venezuela -**, con sus respectivas fechas en caso de respuesta positiva. (Folios 0111 a 0115).

EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL mediante resolución 09073 del 23 de junio de 2015 resolvió en su **ARTÍCULO PRIMERO** “Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de **MÉDICO CIRUJANO**, otorgado el 11 de octubre de 2007, por la **UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA**, a **G.J.S.V.**, ciudadano venezolano, identificado con pasaporte No. 0372911778, como equivalente al título de **MÉDICO**, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992”. (folio 137).

EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL mediante resolución 14160 del 11 de julio de 2016, resolvió en su **ARTÍCULO PRIMERO** “Convalidar y reconocer para los efectos académicos y legales en Colombia, el título de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, otorgado el 31 de diciembre de 2014, por el **HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL, VENEZUELA**, a **G.J.S.V.**... como equivalente al título de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OSBTETRICIA**, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992”. Esta resolución fue allegada por el abogado **JUAN SEBASTIÁN SERNA CARDONA**, apoderado del Dr. **G.J.S.V.**, al Tribunal de Ética Médica de Santander, el día 26 de julio de 2016.

El 30 de agosto de 2016 el Magistrado Instructor del Ética Médica de Santander concluye que los Dres. **G.J.V.**, **Y.B.L.** y **P.V.R.** “no faltaron en ningún momento a la Ley de ética médica ni se apartaron de ella, siguiendo los protocolos recomendados para estos casos; el consentimiento informado para la cesárea de urgencia y posterior histerectomía no fue firmado pues era una urgencia vital, aun cuando (SIC) la paciente accedió a la cirugía de modo verbal y se le informó de los riesgos fetales, la acusación sobre la posible tardanza del anestesiólogo no se pudo comprobar y él llega en un tiempo prudencial de 15 minutos a la sala de cirugía”. Agrega el Magistrado Instructor que “Pero que el Dr. **G.J.S.V.**, estuviera traba-

jando en la Unidad Médica La Magdalena cuando sucedieron los hechos es incontrovertible y cree este magistrado instructor que falló a la ley 23 de 1981 en su artículo 46 que dice: Para ejercer la profesión de médico se requiere a) refrendar el título respectivo ante el Ministerio de Educación Nacional (b) Registrar el título ante el ministerio de salud (SIC). Y en su artículo 48 dice El médico egresado de universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión en el país, revalidará su título de conformidad a la ley” (folio 166).

El 18 de octubre de 2017 se lleva a cabo la diligencia de descargos del Dr. **G.J.S.V.**, ante el Tribunal seccional. Se señala que el argumento central del Dr. **G.J.S.V.** es que “...para la fecha de los hechos febrero de 2016 me encontraba inmerso en un error que hacía imposible conocer la licitud de mi conducta, no sabía que para ejercer mis conocimientos como especialista debía convalidar mi título, consideraba erradamente que con la Resolución 9073 del 23 de junio de 2015 yo ya podía ejercer mis conocimientos médicos, entre los que se encontraban la ginecología y obstetricia.” (Folio 234).

El 16 de julio de 2018 es recibido en el Tribunal de Ética Médica de Santander el recurso de apelación en el que el abogado **JUAN SEBASTIÁN SERNA CARDONA**, apoderado del Dr. **G.J.S.V.**, señalando, entre otros, que “Según la Corte Constitucional y el Consejo de Estado, en nuestro país únicamente existen dos áreas médicas en las que existen exigencia de títulos de especialización, la anestesiología y la radiología, las demás son de libre ejercicio por no estar legislativamente regulada. (folio 277).

Al Tribunal Nacional de Ética Médica el abogado **JUAN SEBASTIÁN SERNA CARDONA**, apoderado del Dr. **G.J.S.V.**, solicita revocar la providencia recurrida y dejar sin valor los efectos jurídicos la decisión del 19 de junio de 2018 y, de no revocarse aminorar la sanción impuesta al Dr. **G.J.S.V.**

El 4 de diciembre de 2018 en tercera providencia, el Tribunal Seccional de Santander, decide **CONFIRMAR** la decisión proferida en primera instancia el **DIECINUEVE** (19) de JUNIO de **DOS MIL DIECIOCHO** (2018) y concede el recurso de apelación. (Folio 295).

El 18 de diciembre de 2018 se recibe el expediente en el Tribunal Nacional de Ética Médica.

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

La revisión de la historia clínica, atendiendo cuidadosamente a las horas registradas durante la atención de la señora **G.Y.A**, permiten concluir que no hubo negligencia en la prestación del servicio, no se evidencia retraso significativo en la atención, y que se solicitaron y practicaron los estudios paraclínicos y de apoyo diagnóstico apropiados para el caso, tales como, monitorías, ecografías obstétricas, examen parcial de orina, frotis de flujo vaginal y Doppler para fetocardia. Igualmente, la paciente es hospitalizada y se inicia antibioticoterapia para infección de vías urinarias siguiendo guías de manejo estándar para estos casos.

Se presentó como evento agudo un *abruptio placentae* del 100%, según la descripción quirúrgica, y del 90%, según el informe *anatomopatológico*, que causó sufrimiento fetal agudo y muerte intrauterina. Es bien sabido que el *abruptio placentae* puede ocurrir en ausencia de factores de riesgo conocidos tales como hipertensión crónica, síndrome de preeclampsia-eclampsia, alteraciones vasculares, consumo de cigarrillo, evacuación abrupta del líquido amniótico, etc. Está descrito también la dificultad del diagnóstico clínico en los casos en los que no hay hipertensión uterina o sangrado genital, así como la sensibilidad de la ecografía, especialmente en las etapas iniciales del proceso. Un *abruptio placentae* de la magnitud que ocurrió en la paciente se asocia con sufrimiento y muerte fetal.

Una vez establecido el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo la paciente fue trasladada al quirófano y se le solicitó consentimiento verbal. En el acto operatorio se establece el diagnóstico de *abruptio placentae* del 100% y se encuentra una complicación descrita ampliamente en la literatura relacionada con el *abruptio placentae*, el útero de *Couvelaire*, secundario a la infiltración hemática del *miometrio*, que ocurre principalmente cuando el *abruptio placentae* es extenso. Esta situación es una causa de atonía uterina que, como ocurrió en el caso motivo de análisis, no responde apropiadamente al tratamiento médico con uterotónicos. Se requirió practicar histerectomía de urgencia para detener la hemorragia y se practicó apropiadamente una histerectomía subtotal, la cual disminuye el tiempo quirúrgico, la hemorragia y los accidentes quirúrgicos por lesión de órganos vecinos del tracto urinario.

La práctica de una histerectomía subtotal de urgencia denota diligencia y prudencia por parte del cirujano y el hecho de haber solicitado la ayuda de otra especialista para practicarla no denota impericia; por el contrario, en situaciones en las que está en riesgo la vida de un paciente, la ayuda especializada mejora el pronóstico. Además de lo anterior, en la versión libre de la Dra. **Y.B.L.M.** ante el Tribunal Seccional, se encuentra que el grupo ha acordado la colaboración entre los especialistas de la institución en este tipo de situaciones (folios 099 a 101), lo que constituye una buena práctica médica.

Por otro lado, no es posible demostrar con base en la historia clínica que hubo demora en la llegada del anestesiólogo al quirófano ante el llamado de urgencia. Por otro lado, el diálogo entre el anestesiólogo y el cirujano, en relación con el tipo de anestesia, no puede interpretarse como impericia por parte del anestesiólogo habida cuenta de que se trata de un equipo de atención en salud que debe realizar esfuerzos coordinados para lograr los mejores resultados posibles.

Por lo anterior concuerdo con las conclusiones del Magistrado Instructor, Dr. **MAURICIO DUARTE VERGARA**, cuando afirma en su informe del proceso, contenido en los folios 161 a 166 que los Dres. **G.J.S.V.**, **Y.B.L** y **P.V.R.** “no faltaron en ningún momento a la Ley de ética médica ni se apartaron de ella, siguiendo los protocolos recomendados para estos casos; el consentimiento informado para la cesárea de urgencia y posterior histerectomía no fue firmado pues era una urgencia vital, aun cuando (SIC) la paciente accedió a la cirugía de modo verbal y se le informó de los riesgos fetales, la acusación sobre la posible tardanza del anestesiólogo no se pudo comprobar y él llega en un tiempo prudencial de 15 minutos a la sala de cirugía” (folio 166).

En un segundo aspecto, que hace relación específicamente con el tercer punto de las solicitudes del quejoso, hay evidencia documental de que, para la fecha en la que ocurrieron los hechos (16 y 17 de febrero de 2016), el Dr. **G.J.S.V.**, no tenía convalidado en Colombia su título de especialista en ginecología y obstetricia, ya que la fecha en la cual el **MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL** expidió la resolución 14160, por la cual en su **ARTÍCULO PRIMERO** resolvió “Convalidar y reconocer para los efectos académicos y legales en Colombia, el título de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, otorgado el 31 de diciembre de 2014, por el **HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL, VENEZUELA**,

a **G.J.S.V.**... como equivalente al título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OSBTETRICIA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992”, fue el 11 de julio de 2016. Esta fecha es aproximadamente cinco meses después de la ocurrencia de los hechos. La mencionada Resolución ministerial fue allegada por el abogado **JUAN SEBASTIÁN SERNA CARDONA**, apoderado del Dr. G.J.S.V., al Tribunal de Ética Médica de Santander, el día 26 de julio de 2016.

Por lo tanto, este Tribunal concuerda plenamente con la providencia del 5 de septiembre de 2016 del Tribunal de Ética Médica de Santander en la cual se argumenta que “... si bien el manejo médico dado por el profesional de la medicina investigado se ajustó a la *Lex Artis*, no fue lo mismo, el hecho de haber ejercido una especialidad médica cuando su título de ginecólogo y obstetra no había sido convalidado ante el **MINISTERIO DE EDUCACIÓN**, lo cual vino hacer solo un mes después de ocurridos los hechos – 12 de marzo de 2016 -, siendo para los efectos legales de nuestro País especialista, hasta el 11 de julio del mismo año 2016, y según contrato de trabajo autogestionario suscrito entre Él y **AGM SALUD CTA**, desde el día 15 de agosto de 2015 había sido contrato (SIC) como médico (Cuadernillo 01 Folios 150 -152), es decir, llevaba SEIS (06) MESES, al menos lo probado con esta documental, ejerciendo como médico ginecólogo en la **UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA** – Barrancabermeja -, práctica contractual además ilegal, por lo que se ordenará en la parte resolutive dar traslado a la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** y a la **OFICINA DE ACREDITACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL** de la **SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** para que inicien las investigaciones que consideren pertinente..”. (folio 209 y 210).

En este sentido el Magistrado Instructor, Dr. **MAURICIO DUARTE VERGARA**, tiene razón al afirmar en su informe del proceso, contenido en los folios 161 a 166, que el Dr. **G.J.S.V.** “falló a la ley 23 de 1981 en su artículo 46 que dice: Para ejercer la profesión de médico se requiere a) refrendar el título respectivo ante el Ministerio de Educación Nacional (b) Registrar el título ante el ministerio de salud (SIC). Y en su artículo 48 dice El médico egresado de universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión en el país, revalidará su título de conformidad a la ley” (folio 166).

Es evidente que el trámite de convalidación del título de especialista en obstetricia y ginecología, que había obtenido el Dr. **G.J.S.V.**, el 11 de oc-

tubre de 2007, otorgado por la UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA, fue radicado ante el Ministerio de Educación Nacional el día 3 de marzo de 2016 (radicado número PR-2016-0003278) (folio 111); esta fecha no solo es posterior a los hechos, sino que el solo radicado no garantiza que se vaya a conceder la convalidación para ejercer la especialidad en Colombia. Al respecto, ya se ha pronunciado el Tribunal Nacional de Ética Médica en su providencia del 19 de febrero de 2013 del **Proceso No. 2011-024**, correspondiente al Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila al afirmar:

“...es claro que no todas las solicitudes de convalidación corresponden a programas académicos de posgrado reconocidos y por lo tanto no culminan necesariamente en la homologación del título, requisito que condicionaría la licitud de la práctica de tales especialidades en territorio colombiano” (páginas 9 y 10).

No son aceptables los argumentos planteados por el Dr. **G.J.S.V.**, en la diligencia de descargos ante el Tribunal de Ética Médica de Santander, el 18 de octubre de 2017, cuando señala que “...para la fecha de los hechos febrero de 2016 me encontraba inmerso en un error que hacía imposible conocer la licitud de mi conducta, no sabía que para ejercer mis conocimientos como especialista debía convalidar mi título, en relación con el posible error ya que de hecho había convalidado previamente el título de Médico Cirujano obtenido en Venezuela...”. Es precisamente este hecho el que denota que tenía conocimiento previo de los requisitos para ejercer en Colombia, ya que, como consecuencia de su solicitud y del acervo documental, **EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL** mediante resolución 09073 del 23 de junio de 2015 resolvió en su **ARTÍCULO PRIMERO** “Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MÉDICO CIRUJANO, otorgado el 11 de octubre de 2007, por la UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA, a G.J.S.V., ciudadano venezolano, identificado con pasaporte No. 0372911778, como equivalente al título de MÉDICO, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992”. (folio 137).

Finalmente, tampoco es aceptable el argumento presentado ante el Tribunal de Ética Médica de Santander, en el recurso de apelación del 16 de julio de 2018, por el abogado **JUAN SEBASTIÁN SERNA CARDONA**, apoderado del Dr. Vega, quien señala, entre otros, que “Según la Corte

Constitucional y el Consejo de Estado, en nuestro país únicamente existen dos áreas médicas en las que existen exigencia de títulos de especialización, la anestesiología y la radiología, las demás son de libre ejercicio por no estar legislativamente regulada. Como se puede observar existen debates sobre la exigencia de títulos de especialidad para su ejercicio..” (folio 277). Si este argumento fuera completamente válido, un médico general podría practicar, además de cesáreas e histerectomías subtotales, intervenciones quirúrgicas sobre sistema nervioso central y el sistema cardiovascular, porque, en Colombia, la neurocirugía y la cirugía cardiovascular “son de libre ejercicio por no estar legislativamente reguladas”. Es indudable que el Ministerio de Salud ha procurado reglamentar, propender y vigilar que la calidad de la atención en salud se haga siguiendo altos estándares y, a su vez, el Ministerio de Educación Nacional ha hecho lo propio en relación con la calidad de la educación superior en Colombia.

Al respecto, el Tribunal Nacional de Ética Médica, también se pronunció en la misma providencia del 19 de febrero de 2013 correspondiente al **Proceso No. 2011-024**, del Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, con ponencia de la **Magistrada Dra. LILIAN TORREGROSA ALMONACID**, en los siguientes términos:

“No pueden ser las consideraciones individuales de cada médico sobre su idoneidad profesional, o sobre sus capacidades técnicas y científicas, las únicas tenidas en cuenta al momento de definir la práctica de una especialidad médica, pues por su naturaleza misma, el ejercicio de cada área de la medicina conlleva importantes riesgos para la sociedad. El mismo artículo 26 de la Constitución Política de Colombia claramente lo ordena

“ La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social.”¹

“De manera que el ejercicio de una especialidad médica en el país, debe supeditarse al cumplimiento de unos requisitos establecidos por la Ley, todo, con fundamento en el artículo 26 de la Constitución, que

¹ Constitución Política de Colombia. Segunda Edición. Hernán Alejandro Olano García. Ediciones Doctrina y ley Ltda.

obedece a la función social implícita en el ejercicio profesional de la medicina y que claramente ha sido expuesta en la Sentencia C-964/99 donde se aclara el concepto del RIESGO SOCIAL en el ejercicio de la profesión”

“En primer término, el riesgo social que genera la actividad social debe ser claro y afectar, o poner en peligro, el interés general y derechos fundamentales; pero eso no es suficiente; es además necesario que ese riesgo pueda ser disminuido de manera sustantiva gracias a una formación académica específica. En efecto, no tiene sentido que la ley profesionalice ciertos oficios e imponga, como requisito para su ejercicio, un título de idoneidad, si los riesgos de esa actividad no pueden ser claramente reducidos gracias a una formación, pues, de no ser así, la exigencia del título sería inadecuada e innecesaria.

Por ende, sólo puede limitarse el derecho a ejercer un oficio y exigirse un título de idoneidad, cuando la actividad genera (i) un riesgo de magnitud considerable, (ii) que es susceptible de control o de disminución a través de una formación académica específica”.

“Adicionalmente, la Corte Constitucional ha sostenido también que el artículo 26 de la Carta expresamente faculta al Legislador para exigir títulos de idoneidad que autoricen el ejercicio legítimo de las profesiones, como quiera que aquellos son indispensables para acreditar la preparación académica y científica que exija la ley tanto en relación con la profesión misma, como en lo relativo a sus especialidades.

“Es claro que la exigencia de títulos de idoneidad, apunta al ejercicio de la profesión, porque es una manera de hacer pública la aptitud adquirida merced a la formación académica. Y, en general, todo ejercicio de una profesión tiene que ver con los demás, no solamente con quien la ejerce”.²

“Por consiguiente, es constitucional que el Legislador exija el certificado”.

Por las consideraciones precedentes el Tribunal Nacional de Ética Médica, en ejercicio de sus funciones.

² Sentencia No. C-377/94, del 25 de agosto de 1994, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: CONFIRMAR la decisión proferida por el Tribunal de Ética Médica de Santander en providencia del Diecinueve (19) de junio de 2018 en su artículo **SEGUNDO**. En consecuencia, sanciónese al Dr. **G.J.S.V.**, con **CENSURA ESCRITA Y PÚBLICA**, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Dar traslado a la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** para que inicien las investigaciones que consideren pertinentes. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **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 Y CLAUDIA LUCÍA SEGURA ACEVEDO, Abogada Secretaria.

Bogotá, diecinueve (19) de Abril del año dos mil dieciséis (2016).

**SALA PLENA SESIÓN No.1314 DEL DIECINUEVE (19)
DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS (2016)**

**REF: Proceso 251 Tribunal de Ética Médica del Magdalena, Cesar,
Guajira y Distrito de Santa Marta**

Denunciantes: C.E.H.G y F.A.M.

Contra: Doctores A.J.F.V y A. de J.P.N.

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas

Providencia No. 32-2016

VISTOS

Por un presunto error diagnóstico que puso en peligro la vida intrauterina de su hijo, la pareja compuesta por C.H. y F.A.M., presentó queja ante la Superintendencia de Salud de Santa Marta, entidad que invocando traslado por competencia la envió al Tribunal de Ética Médica del Magdalena, Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta. Recibida por esa corporación, mediante Acta de reparto del 28 de junio de 2.011 se abrió investigación preliminar y se asignó el Magistrado Instructor quien ordenó las diligencias pertinentes para iniciar el proceso ético disciplinario correspondiente. En el curso del mismo se recibieron las versiones injuradas de los médicos implicados y se recaudó la historia clínica de la quejosa todo lo cual permitió al Magistrado Instructor rendir informe de conclusiones por el cual se eleva cargos a los doctores A.J.F.V y A. de J.P.N., quienes rindieron diligencia de descargos el 2 de octubre de 2.013. Mediante providencia del 25 de noviembre de 2.015 el Tribunal Seccional no aceptó los descargos rendidos por los implicados y les impuso sanción escrita y pública por violación de los artículos 10, 15,33 y 34 de la ley 23 de 1.981. El 16 de diciembre de 2.015 el apoderado de los imputados interpone recurso de apelación contra la citada providencia, que es concedida por el Tribunal Seccional. Recibida por el Tribunal Nacional de Ética Médica el 12 de febrero de 2.016, el caso es asignado por sorteo al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

HECHOS

El día 7 de mayo de 2.011 el señor C.H.G. y la señora F.A.M. quien se encontraba en estado de embarazo y presentaba dolor abdominal de 12 horas de evolución, asistieron a consulta atendida por médico general en la Clínica Santa Marta de SaludCoop. Al no encontrarse un cuadro de emergencia obstétrica se le solicitó una ecografía transvaginal que fue realizada el día siguiente (diciembre 8 de 2.011) por el doctor Á.J.F.V., quien encuentra un saco gestacional sin poderse “identificar actividad embriocardia o cardíaca del embrión” por lo cual diagnosticó aborto retenido y remite la paciente “para que fuera nuevamente valorada en el servicio de urgencias de ginecología”. Allí fue atendida por el ginecólogo A. de J. P.N. quien basado en el informe ecográfico y al encontrar un cérvix cerrado y ausencia de secreciones endouterinas, confirmó el diagnóstico de aborto retenido y formuló Misoprostol para facilitar el expulsión del embrión. Sin embargo, antes de comprar el medicamento, en la noche de ese mismo día el señor H.G., por consejo de familiares y amigos decidió solicitar nueva ecografía en la Clínica de la Mujer de la ciudad de Santa Marta, procedimiento que fue realizado por el doctor Armando Saumet quien diagnosticó : “útero grávido en cuyo interior se visualiza saco gestacional tónico, bien implantado, con reacción coriódécidual satisfactoria, conteniendo embrión con latido cardíaco positivo: embarazo de cinco (5) semanas, seis (6) días por ecografía” (F8). Ante este resultado el señor H.G., puso en conocimiento de las directivas de Saludcoop la discrepancia de los diagnósticos ecográficos, siéndole autorizada otra ecografía que fue realizada por la ginecóloga Katia Meyer en la Clínica del Prado reportando: “saco gestacional normo implantado, bien definido, homogéneo con embrión único vivo en su interior al momento del estudio. Embarazo de 7 semanas un día. Embrión único vivo“(F 10). Por todo lo anterior el señor H.G., en comunicación del 12 de mayo de 2.011 presentó queja ante la Superintendencia de Salud contra los médicos que atendieron en la Clínica SaludCoop de Santa Marta a su esposa.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

El resultado de la ecografía transvaginal practicada el 8 de mayo por el médico Á.J.F.V. a la señora F.A.M., al revelar un embrión sin actividad cardíaca y por lo tanto sin posibilidades de supervivencia, indujo al ginecólogo A.P.N. a recomendar la terminación del embarazo formulando la medicación indicada para el efecto. Vino entonces el inesperado consejo de familiares y amigos del señor H., quien decidió solicitar nueva ecografía el

9 de mayo en la cual se pudo constatar un embrión con latido cardíaco positivo; y para rematar otra ecografía autorizada por SaludCoop el 9 de mayo realizada en la Clínica del Prado por la doctora Katia Meyer quien reportó EMBRION UNICO VIVO.

Expuestos así brevemente los acontecimientos sucedidos a la señora A.M. los días 8 y 9 de mayo de 2.011, que se inician con un diagnóstico ecográfico de feto muerto y la consecuente indicación de evacuar el útero grávido, hasta que tres ecografías sucesivas confirmaron un embrión con la latidos cardíacos positivos, hacen que para cualquier observador con una perspectiva ex - post de los hechos concluya que los médicos F.V. y P.N. expusieron sus pacientes a riesgos injustificados y por ello se hicieron acreedores de una sanción disciplinaria. Pero la responsabilidad inherente a esta Corporación de segunda instancia obliga a analizar con absoluta imparcialidad las actuaciones de los médicos implicados, en la siguiente forma:

1. Caso del médico Á.F.V.

El informe emitido por el doctor F.V. con feto inviable por ausencia de latidos cardíacos, fue la base de la conducta tomada posteriormente por el ginecólogo P.N. que llevó a indicar la conveniencia de terminar el embarazo expidiendo para tal fin la medicación indicada. Como el categórico concepto del ecografista no dejaba duda sobre la ausencia de actividad cardíaca y por lo tanto se trataba de un aborto retenido (F5) debe precisarse sobre este punto que las imágenes ecográficas del desarrollo del embrión tienen un tiempo determinado de aparición: a las 5 semanas aparece el saco gestacional, a las 6 semanas la vesícula vitelina y a las 7 semanas la actividad cardíaca. En el presente caso, en la ecografía en cuestión realizada el 8 de mayo, se describía un embrión con longitud cefalocaudal correspondiente a 6 semanas y 5 días tiempo en el cual aún no ha aparecido la embrocardia.

Debe entonces aclararse si en este error se infringió alguno de tales preceptos para estimar la gravedad de la CULPA. I) Fue imperita la conducta del doctor F.V. este caso? Sus antecedentes profesionales de más de 20 años dedicados a la ecografía y la utilización de un equipo de última tecnología que le permitió investigar la actividad vascular del embrión, son suficientes para colegir que en la actuación del implicado no faltó capacidad, habilidad, experiencia y conocimiento para realizar el examen requerido. II) Hubo negligencia en el Acto Médico en

cuestión? Consta en el expediente que el procedimiento ecográfico fue atendido el mismo día en que fuera solicitado y el hecho de que como complemento de la ecografía simple, al no encontrar actividad cardíaca en el embrión, hubiese utilizado de manera complementaria transductor endocavitario (Modo B,) Doppler pulsado y Doppler color para darle más precisión al examen, indican que el médico demandado no solamente atendió con presteza a la paciente sino que empleó al máximo la capacidad del equipo en busca de mejor seguridad en el diagnóstico III) Por último, puede considerarse como imprudente la conducta del médico implicado al enviar un informe que resultó ampliamente controvertido por otras tres ecografías?. Aquí es preciso insistir en la confusión del doctor F. ya anotada en renglones precedentes, cuando describe un embrión con longitud cefalocaudal correspondiente a 6 semanas 5 días de gestación y espera encontrar la embriocardia que sólo aparece a las 7 semanas. En tal sentido, no puede negarse que existió un acto imprudente al no aclarar esta confusión practicando una nueva ecografía, lo cual no quiere decir que no se esté de acuerdo con que haya protocolos que exijan una segunda ecografía de rutina. Pero por otro lado no puede ignorarse que terminado el examen ecográfico el doctor F. “le comunicó al acompañante que si quería hacerse otro estudio podrían hacerlo y los remití al servicio de obstetricia para que su médico tratante definiera su conducta” (F 142). Estas afirmaciones constituyen un atenuante liberando al disciplinado de haber abandonado a los quejosos y debe tenerse en cuenta en la gradación de la Culpa como leve.

2. Caso del médico A. de J.P.N.

La sanción impuesta por el Tribunal Seccional al doctor P.N. consistente en Sanción Escrita y Pública por violación de los artículos 10,15, 33 y 34 de la Ley 23 de 1.981 se basó en la actuación imprudente, imperita y negligente que tuvo en la atención que le prestara a la señora F.A.M. exponiéndola a la interrupción de su embarazo, por lo cual se le formularon cargos y al no aceptarle los descargos generaron la referida sanción disciplinaria. Sin embargo en su diligencia de descargos el doctor P.N expresa lo siguiente: “PRIMERO: señala el Tribunal que debí compartir conceptos con el doctor A.F., antes de tomar una terapia agresiva con el medicamento Citotec, ante lo cual cabe señalar que teniendo claro las condiciones de idoneidad técnica del médico A.F., como ecografista, no tendría por qué dudar de los resultados de sus estudios, más

aún si tenemos en cuenta que este le realizó varios exámenes más allá de la ecografía solicitada por el departamento de ginecobstetricia, por lo tanto para usar un concepto establecido en la jurisprudencia del Tribunal Nacional de Ética Médica, mi conducta considero que está amparada bajo el principio de confianza obtenida por el doctor F., profesional idóneo y de mucha experiencia en su trabajo. Ahora bien, siempre que se me presentan estos casos llamo al colega y le consulto y el doctor F. me indicó que no pudo percibir embriocardia pese a que intento de muchas maneras y tomándose todo el tiempo necesario para estar seguro de los resultados, frente a tal hallazgo sólo nos quedaba pensar en un aborto retenido”.

(F 143). Y en su diligencia de versión libre aclara que antes de indicar la suspensión del embarazo, el disciplinado examinó la paciente encontrando “un cérvix completamente cerrado, sin ningún tipo de pérdidas vaginales”. (F 80), lo cual indica que ejerció una actitud crítica antes de proceder a formular el Misoprostol dándole por lo tanto más relevancia a la persona que a un escueto informe ecográfico, actitud que debe influir en la gradación de la Culpa como leve.

Aunque el ecografista anuncia su experiencia de 20 años, no entiende este Tribunal que el hecho de no detectar fetocardia antes de la séptima semana implique necesariamente muerte fetal.

En cuanto a la violación de los artículos 10, 15,33 y 34 de la ley 23 de 1.981, esta debe desestimarse puesto que de las consideraciones precedentes se puede concluir que los médicos acusados dedicaron tiempo suficiente a la paciente y en ello se está de acuerdo con la petición del recurrente. Pero ello no obsta para que esta superioridad discrepe del concepto expresado por el defensor enunciado en el folio 374 del expediente refiriéndose al Conocimiento del Juez para fallar, en los siguientes términos: “Sin perjuicio de los vastos conocimientos en medicina que ostentan los honorables magistrados del Tribunal Seccional, por ser esta su profesión, no menos cierto es que las decisiones que se tomen los procesos de naturaleza ético disciplinaria, así como los procesos de cualquier otra índole, no deben estar soportados en la aplicación de los conocimientos personales que posee el fallador, sino en el análisis de los hechos médicos relevantes producto de lo que se haya logrado demostrar a través de las pruebas legalmente practicadas. Toda opinión o conocimiento personal debe quedar al

margen en la determinación de estos hechos médicos relevantes. Pues esa es la finalidad de las pruebas”.

La afirmación anterior hecha por la defensa es inaceptable porque el recurrente confunde lo que se entiende en la teoría probatoria como conocimiento privado del Juez.

El conocimiento privado del Juez para que sirva como fundamento de una decisión ha sido rechazado universalmente, y más desde la publicación de la extraordinaria monografía del Alemán FRIEDRICH STEIM, titulada: “EL CONOCIMIENTO PRIVADO DEL JUEZ ”¹

Pero ese rechazo al conocimiento privado del juez es relacionado con los hechos que el juez haya vivido o le haya tocado presenciar, conocimiento íntimo que no podría utilizar como fundamento de una de sus decisiones.

La propuesta de la defensa revela un claro desconocimiento de la problemática relacionada con el conocimiento privado del Juez, porque en ningún momento podría pretenderse que el Juez hiciera abstracción de su propia cultura, de sus propios conocimientos para con ellos elaborar y fundamentar una decisión judicial.

Lo que se le prohíbe insistimos en que se convierta en testigo del proceso que va a fallar, como si el funcionario pudiera ser juez y parte; y se prohíbe ese conocimiento privado porque de poderlo utilizar las partes del proceso no tendrían opción de ejercer el derecho de contradicción y es obvio que la apreciación de su propio testimonio sería de plena aceptación y de posible contradicción por los sujetos procesados.

Por supuesto los argumentos errados que se acaban de criticar no son de recibo ni tendrán implicación en la conducta que adopte este Tribunal.

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

¹ Editorial Universidad de Navarra. Pamplona. 1973

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar parcialmente la resolución del Tribunal de Ética Médica del Magdalena, Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta por medio de la cual se sancionó a los doctores A.J.F.V y A. de J.P.N., con censura escrita y pública por violación de los artículos 10,15, 33 y 34 de la ley 23 de 1.981, y en cambio sancionarlos con Amonestación Privada. **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. JUAN MENDOZA VEGA, Magistrad-Presidente; FANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado Ponente; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS; Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, Octubre veintinueve (29) del año dos mil trece (2013).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1200 DEL VEINTINUEVE
(29) DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

REF: Proceso: No. 4757 Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá

Contra: Doctores F.P.B.D. y G.E.A.T.

Denunciante: Señor J.H.M.S.

Asunto: Apelación

Magistrado ponente: Dr. Juan Mendoza Vega

Providencia No. 85 -2013

VISTOS:

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá, en Sala Plena del 1 de noviembre de 2012, dentro del proceso 4757 resolvió imponer a los doctores F.P.B.D. y G.E.A.T. la sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el término de seis (6) meses.

Los abogados defensores de los disciplinados presentaron, en escritos recibidos en el tribunal seccional el 28 y el 29 de enero de 2013, los recursos de reposición y en subsidio apelación contra la providencia mencionada.

Por decisión de Sala Plena del 22 de agosto de 2013, el tribunal de primera instancia resolvió no reponer su decisión y concedió en cambio la apelación impetrada, por lo que remitió las diligencias a este Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia. Recibidos los cuadernos que contienen tales diligencias el 3 de octubre de 2013, fue puesto el asunto para reparto en Sala Plena del 8 de Octubre y correspondió por sorteo al Magistrado Juan Mendoza Vega.

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

HECHOS:

El 23 de Septiembre de 2010 se recibió en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá, por traslado de la Superintendencia Nacional de Salud, el escrito de queja suscrito por el señor J.H.M.S. contra el médico F.P.B.D. quien, en la Clínica Ciudad Roma de Colsubsidio, de la ciudad de Bogotá, atendió el 21 de Junio de 2010 a la señora F.M.R.M., llevada para atención obstétrica y le practicó intervención cesárea en la cual nació el niño S.M.R. Según la queja, el médico B. atendió a la señora R.M., el 16 de Junio de 2010 por cuadro de cefalea y fiebre pero le controló también el embarazo que venía cursando y programó la cesárea sin tener en cuenta que en la historia clínica de la señora R., figuraban dos ecografías, una del 25 de Febrero y otra del 24 de Marzo de 2010, según las cuales el embarazo de ella tenía apenas 16 semanas en la segunda de las fechas mencionadas; la criatura nació con todos los problemas inherentes a la condición de prematuro y requirió cuidados especiales.

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá aceptó la queja, realizó averiguación preliminar y con base en ella decidió iniciar investigación formal contra los doctores F.P.B.D. y G.E.A.T., a quienes citó para ser oídos en versión libre, por cuanto el primero programó la cesárea pero dicha intervención fue practicada por la doctora A.

Examinada la historia clínica del caso y recibidos los testimonios pertinentes, el tribunal de primera instancia recibió el informe de conclusiones del magistrado instructor y con base en él planteó pliego de cargos contra los dos disciplinados el 6 de Octubre de 2011 y les fijó fecha para presentar los descargos respectivos. Cumplidas tales diligencias con las formalidades legales, el tribunal decidió no aceptar los descargos presentados por los doctores B. y A., en consecuencia les aplicó la sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el término de seis (6) meses. Contra esta decisión se presentaron los recursos de reposición, que fueron negados, y los subsidiarios de apelación que se resuelven mediante la presente providencia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS.

Tanto la calidad de médicos especialistas en Obstetricia de los doctores F.P.B.D. y G.E.A.T. como su participación en los hechos estudiados, se hallan debidamente probados en este proceso.

Al sustentar los recursos en representación del doctor F.P.B.D., la abogada defensora se presenta como apoderada del doctor F.E.B.D. (folio 132 recto); este error, sin embargo, no tiene influencia en el proceso presente por cuanto desde el párrafo siguiente de su escrito la recurrente cita en forma correcta el nombre de su representado. El alegato se centra en sostener que la señora R.M., no dio al disciplinado la información completa y veraz sobre la edad de su gestación, por lo que al médico le fue imposible obrar correctamente, no pudo “dispensar una atención debida” y la “carga legal grava al paciente”, liberando de culpa al médico que “lo que realizó fue fijar una fecha tentativa de cesárea que los profesionales que la valoraron posteriormente debían ratificar”. Tal pretensión de presentar como obligación del enfermo el entregar al médico que lo examina todos los datos relacionados con su situación clínica, cuando es evidente que los conocimientos pertinentes y los medios de examen los tiene el profesional y no la persona que consulta, no puede encontrar acogida por cuanto negaría de entrada la esencia misma del acto médico en cuanto contacto entre una persona preparada científica y técnicamente para ayudar ante situaciones de peligro para la salud y la vida, por un lado, y por el otro una persona en situación de angustia, ignorancia total y parcial sobre el peligro que la aqueja, confianza en el recto obrar de aquel a quien pide ayuda. En el caso concreto, por otra parte, afirmó la paciente (folio 21 recto, cuad. 1) que hizo notar al disciplinado el hecho de tener solamente 27 semanas de embarazo pero sus palabras no encontraron acogida y en cambio causaron una observación desobligante hacia la médica que la venía atendiendo en otro centro asistencial. Los argumentos del recurso no desvirtúan el análisis efectuado por el tribunal de primera instancia ni resultan, pues, de recibo.

En cuanto a la doctora G.E.A.T., su abogado defensor argumenta en su recurso que, por tratarse de una paciente institucional, su representada no tenía la obligación de “haberse percatado de la real edad gestacional de la paciente” F.R.M., antes de practicarle la cesárea para la que estaba programada por otro “profesional idóneo” que la había atendido antes; la doctora A., se habría limitado a hacer lo que otro profesional había indicado. “conforme a los protocolos establecidos y no poner en tela de juicio las decisiones previas emanadas de otros profesionales igualmente especializados en la materia” (folio 137 recto). Los protocolos a que se refiere la frase citada son los vigentes para la fecha de los hechos en las clínicas de la Red IPS Colsubsidio. Sobre esta línea de pensamiento argumenta extensamente el recurrente, tratando de demostrar que la disciplinada no tenía otra obligación que manejar los instrumentos quirúrgicos y ejecutar los pasos técnicos de la cesárea en la

persona de F.R.M., al parecer sin detenerse a mirar la historia clínica, aunque sí registró en tal documento algunos datos pero lo hizo con la clave del otro profesional que cumplía turno con ella, curiosamente el mismo doctor B. cuya conducta se analiza en este mismo proceso. Para este Tribunal Nacional de Ética Médica, la actuación de los profesionales que se convierten casi en autómatas operadores movidos sólo por datos estadísticos, normas rígidas y habilidades técnicas, es uno de los grandes peligros que amenazan a la Medicina en este Siglo XXI; involucrados en los engranajes de sistemas que buscan rendimientos y ganancias, van ellos deshumanizando su actuar y por lo mismo perjudicando en materia grave a sus semejantes, negándoles la calidez y calidad de trato que de verdad necesitan y que no se suplen con solas maniobras de precisión científica. Pero cuando esa actuación automatizada y estrictamente limitada al cumplimiento de guías y esquemas lleva, como en el caso presente, a causar daño grave a personas concretas, el obrar del profesional traspasa los linderos de la ética y riñe con la *lex artis ad hoc*: una cesárea indebidamente anticipada en el tiempo, una criatura sustraída a la protección del vientre de su madre cuando todavía no gozaba de la madurez orgánica indispensable para soportar ese choque orgánico, no son muestra de buen ejercicio médico ni pueden pasar inadvertidas o libres de sanción, menos aún cuando cae en ello una profesional con experiencia; como lo anota con toda claridad el tribunal de primera instancia, la doctora A., tuvo tiempo para revisar los datos de ecografías que figuraban en la historia clínica y que le habrían hecho al menos dudar sobre la pertinencia de la operación que iba a practicar, pero no realizó tan elemental gesto. Los argumentos de este recurrente tampoco desvirtúan los cargos formulados a la disciplinada, aunque alegue que una vez advertida la gran inmadurez del recién nacido tomó ella las disposiciones necesarias para contrarrestar tal situación hasta donde ello era posible.

En cuanto a la severidad de la sanción, este Tribunal Nacional está de acuerdo en que guarda concordancia con la gravedad de las actuaciones negligentes que tuvieron los médicos disciplinados, según aparece en el informativo.

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 Bogotá en el proceso 4757, por la

cual impuso a los doctores F.P.B.D. y G.E.A.T., la sanción de Suspensión en el Ejercicio Profesional por el término de seis (6) meses, por las razones expresadas 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. EFRAÍM OTERO RUÍZ, Presidente-Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; LILIAN TORREGROSA ALMONACID, Magistrada; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, Agosto veintisiete (27) del año dos mil trece (2013).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1191 DEL VEINTISIETE (27)
DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)**

**REF: Proceso No. 267 del Tribunal de Ética Médica del Magdalena,
Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta**

Denunciante: Señora D.P.A.

Contra la doctora M.O.V.

Providencia No. 60-2013

Magistrada ponente: Dra. Lilian Torregrosa Almonacid.

VISTOS

El Tribunal seccional del Magdalena, Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta, en Sala Plena del veinte (20) de marzo de 2013, dentro del proceso número 267, resolvió sancionar a la doctora M.O., con censura escrita pero privada.

La defensa interpuso mediante escrito fechado el 3 de mayo de 2013 recurso de apelación que el Tribunal Seccional concedió en el efecto suspensivo, para ante este Tribunal Nacional de Ética Médica.

El cuaderno con 837 folios que contienen las diligencias del proceso en referencia fueron recibido en este Tribunal Nacional el 26 de junio de 2013 y puesto para reparto en Sala Plena del dos de julio de 2013, le correspondió por sorteo a la magistrada Lilian Torregrosa Almonacid.

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

HECHOS

Con fecha 20 de septiembre de 2011, recibe el Tribunal de Ética Médica del Magdalena, la queja suscrita por la señora D.P.A., en contra de la doctora M.O.V., quien como especialista en Ginecología y Obstetricia le prestó atención médica a partir del día 18 de febrero de 2011 en la Clínica El Prado de la ciudad de Santa Marta.

De acuerdo con el escrito de la queja, la paciente considera que “la médica ginecóloga no dedicó el tiempo necesario para hacer una evaluación necesaria adecuada de mi salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.” (folio 8) y que “con la actitud negligente por parte de la ginecóloga M.O.V., se me cortó y truncó su ciclo normal de una mujer realizada como profesional, y que contaba con todas las condiciones físicas y económicas para tener a su hijo y a los que vinieran, puesto que son estas bases fundamentales para la realización familiar y personal”. (folio 5)

Admitida la queja en sala plena del 21 de septiembre de 2011, se designó magistrado instructor y se adelantaron las diligencias por él ordenadas:

Se recibió ampliación y ratificación de la queja por parte de la Señora D.P.A., la versión libre de la Gineco Obstetra implicada doctora M.O.V., y las declaraciones juramentadas de la señora D.A.I. madre de la quejosa y L.P.A., hermana de la paciente.

Se revisó la historia clínica de la Clínica El Prado correspondiente a la atención médica de la señora D.P.A., y de acuerdo con los registros de la misma, la paciente primigestante con un embarazo de 28 semanas ingresa a urgencias en la madrugada del 18 de febrero de 2011 por un cuadro de dolor lumbar e hipogástrico moderado. Fue valorada en urgencias donde se encontraron signos vitales normales, y al examen abdominal presentaba un útero grávido con fetocardia positiva de 132 latidos por minuto y presencia de actividad uterina irregular. Al tacto vaginal presentaba cuello posterior permeable 2 dedos con signos de sangrado escaso, por lo que se realizó una impresión diagnóstica de Amenaza de parto pretérmino interrogada e infección de vías urinarias. Se ordenan 17 minutos después del ingreso, exámenes de sangre, orina, monitoría fetal anteparto y ecografía obstétrica. Se inicia manejo con líquidos endovenosos y butil bromuro de Hioscina endovenoso y 40 minutos después del ingreso se registra en la historia clínica la valoración

especializada por Gineco Obstetricia donde se encuentran como datos adicionales que la paciente estaba recibiendo como medicamentos cefalexina y fluconazol y se había realizado maduración pulmonar ambulatoria. Al examen físico se encontró “paciente estable, lúcida, afebril, TA 100/60 mm hg FC 88 por minuto, útero gestante AU 31 cms latidos fetales positivos 136 por minuto actividad uterina irregular, tono uterino normal, TV: cuello posterior grueso permeable al dedo, cefálico móvil, membranas integra, pérdida de flujo vaginal blanquecino cremoso”. Se lleva a cabo el diagnóstico de “G1P0 embarazo de 32-33 semanas por amenorrea y ecografías, APP, infección urinaria, vaginosis”. La Dra O.V., ordena “hospitalizar, hidratación, analgésicos, antibioticoterapia, uteroinhibición vía oral, solicito frotis vaginal, pendiente realizar ecografía obstétrica con perfil biofísico, pendiente resultados de cuadro hemático y parcial de orina, se le explica a la paciente y a el familiar en caso de presenta desencadenar trabajo de parto que se trata de un recién nacido prematuro con pronóstico reservado” y registra como órdenes médicas una hora después del ingreso, control de tensión arterial cada 4 horas, reposo en decúbito lateral izquierdo, acetaminofén, cefalotina, diclofenaco sódico, y nifedipino.

A las 5 de la madrugada, ordena la Dra O.V., suspender la vía oral, cambiar el antibiótico a Clindamicina y Ampicilina Sulbactam y vigilar el sangrado vaginal.

Hacia las 7:50 de la mañana, registra en la historia la Ginecóloga que la paciente manifiesta menor dolor pélvico y contracciones uterinas, encuentra hallazgos similares al examen físico inicial con una fetocardia de 138 x minuto al doppler y examen del cérvix sin mayores cambios, registra que “en caso de presenta desencadenar trabajo de parto se le explica a la paciente y a el familiar pronóstico reservado para el recién nacido por ser prematuro” y reserva una cama en la UCI neonatal. Posteriormente, hacia las 12:16 la Ginecóloga tratante registra lo siguiente: “se recibe resultado de ecografía el cual informa embarazo 32.5 semanas con feto único vivo cefálico, placenta anterior de 542 mm grado III, líquido amniótico normal ILA: 137 mm, peso fetal de 2061 gramos, fetocardia fetal de 140 por minuto, perfil biofísico 10/10, pendiente PCR y frotis vaginal”.

A la 1:30 de la tarde, doce horas después del ingreso, aparece el registro siguiente en la evolución médica de la especialista: “útero gestante, tono uterino aumentado, latidos fetales no auscultables con doppler. TV cuello posterior grueso, permeable al dedo en todo su trayecto, cefálico móvil,

bolsas integras, perdida amarronada por genitales externos. Dx Hipertonía uterina secundaria a desprendimiento placentario posibilidad de óbito fetal. Plan pasar para cesárea urgente, reservar tres unidades de glóbulos rojos urgente. Se le explica a la paciente y al familiar sobre la patología y pronóstico desfavorable materno fetal”.

La paciente fue llevada al quirófano donde según la historia clínica “se realizó cesárea abdominal de urgencia y se obtiene producto obitado sexo masculino, peso 2240 gramos, edad gestacional por capurro 32 semanas, se observó desprendimiento placentario en un 100% con abundante sangrado con un coágulos en cavidad endouterina, útero infiltrado hipotónico flácido que no responde a la infusión de uterorretractores ni estímulos (utero couvelaire) se sale de cirugía para informarle y solicitar autorización para realizar histerectomía abdominal ya que mantener el útero en esta condiciones ya que comprometería el pronóstico de vida de la paciente se solicita autorización al familiar para realizar necropsia medica al feto... se envía placenta y útero a patología.”

La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio sin embargo presenta síntomas depresivos reactivos, por lo que recibe apoyo por parte de psicología. Al tercer día de manejo postoperatorio, se registra en la historia que la paciente solicita salida voluntaria, se insiste en completar la transfusión sanguínea ordenada, pero después de finalizar esta intervención, la paciente firma su “declaración de retiro” (folios 10,227,228)

Con base en lo anterior el magistrado instructor presentó su informe de conclusiones y mediante providencia del 9 de mayo de 2012, el tribunal seccional formuló pliego de cargos contra la doctora M.O.V., por presunta violación del artículo Primero, numerales 1,2,3,4,5,9,10 de la ley 23 de 1981, y la citó para diligencia de descargos la cual se llevó a cabo el 17 de octubre del mismo año.

En sus descargos la doctora O.V., llevó a cabo una descripción de los diferentes encuentros con la paciente y su familia a lo largo de la hospitalización, sobre los cuales mencionó en todo momento les informó sobre lo que estaba ocurriendo con la paciente y su embarazo. Manifiesta que a partir de su valoración inicial, cuando planteó a la madre de la señora P. que en su concepto como especialista se debía intentar detener el trabajo de parto prematuro dado que existían riesgos elevados para el recién nacido, esta manifestó su desacuerdo con esta conducta “...observé que a partir de esta

opinión, que percibí contraria a lo que tanto a la paciente como su madre pretendían, tanto la percepción de ellas para mí, como el trato de las mismas cambió, porque ellas tenían un criterio distinto, ellas consideraban que había que extraer el producto, porque entiendo que era lo que otro médico les había indicado y además conocían de algunos casos familiares en que esto había ocurrido, yo sin embargo consideraba que esto no era lo apropiado, así se los hice ver y opté por preservar el embarazo para brindar mejores posibilidades de vida al bebé y así se los hice saber tal y como la misma queja lo indica...”

También manifestó que en una valoración posterior, la madre de la paciente cuestionó su conducta médica en forma agresiva e inapropiada *“empezó a cuestionar el porqué no le hacía cesárea, si ya se le podía realizar, toda vez que el Dr. H. ya le había madurado sus pulmones... me dejaba claro que no estaba de acuerdo con lo sugerido medicamente por mí, yo traté nuevamente de explicarle pero ella mantenía su posición, ante o que consideré prudente pedirle un permiso y retirarme a atender otro paciente antes que se exaltaran más los ánimos...”*

Refiere que el nivel de angustia de los familiares era muy alto, y que comprendiendo este hecho dada la complicada situación en que se encontraba la paciente, respondió siempre en forma prudente y controlada evitando empeorar la dolorosa situación *“cuando explico que hubo un desprendimiento de placenta y que hubo un aumento del tono uterino (hipertonía) entre otras explicaciones, pero en estos momentos la familia estaba muy alterada y tal y como lo señalan en la queja, efectivamente una vez que no percibí los latidos del bebé, decidí salir para actuar en pro de la salud de la paciente y no quedarme a discutir con ellos, y la madre sale detrás de mí a seguir ofendiéndome y amenazarme, por lo que tuve que calmarla e ingresar al quirófano a preparar la cirugía...”*

Con respecto a la información brindada a los familiares, manifiesta que la misma queja hace referencia a múltiples oportunidades en que como tratante se dirigió a ellos para dar explicaciones sobre la evolución de la enferma, por lo que tanto la familia como la paciente tuvieron en todo momento un amplio conocimiento sobre el plan terapéutico. Refiere que al terminar la cirugía, salió del quirófano para hablar con la familia pero ellos se negaron a hablarle, de manera que sólo tuvo la oportunidad de hablar con una prima de la paciente, respecto al consentimiento preoperatorio para la práctica de la cesárea y posteriormente al consentimiento intraoperatorio para la

realización de la histerectomía de urgencia, anota que los dos procesos se llevaron a cabo juiciosamente, el primero con la paciente y el segundo con la madre de la quejosa.

Finalmente la defensa solicitó al tribunal, admitir los testimonios de las enfermeras que participaron en la atención hospitalaria de la paciente; esta solicitud fue acogida y se escuchó la versión juramentada de tres auxiliares de enfermería quienes manifestaron lo siguiente frente al trato de la Dra. O. hacia su paciente:

1. Sobre la actitud que en su presencia tuvo la doctora hacia su paciente:

Karina Sofía Méndez mencionó “...*La doctora estaba tranquila examinándola y comenzó a explicarle cuando no encontraba fetocardia al bebé y empezó a explicarle a la paciente y a la madre de esta. Explico que no le escuchaba la fetocardia al bebé y que iba a pasarla a cesárea....si le explicó el procedimiento que le iba a realizar , los riesgos y las complicaciones que podía tener durante el procedimiento quirúrgico...siempre fue amable, tranquila y clara en sus explicaciones...*”

Angélica María Coquies mencionó “Estuve presente durante algunas de las intervenciones que hizo la Dra. M. , ese mismo día en la ronda que hizo la doctora la cual revisa la paciente D.P. y le toma un monitoreo el cual responde satisfactoriamente en donde la paciente escucha a su bebe y la doctora le explica que se encontraba bien, en ningún momento fue agresiva ni grosera al momento de hablarle a la paciente...al día siguiente después del postoperatorio, a pesar de que los familiares y la paciente no querían recibir la visita de la doctora, la Dra. M.O., se acerca a la habitación de la paciente para revisar su evolución y le explica la evolución de la misma y le explica que es su deber y obligación valorarla y procede a valorarla. En ese momento la mama de la paciente le pide al personal de enfermería y a la Dra. M.O., que no se le diga el procedimiento realizado, la operación que se le había realizado a su hija. Aun así la doctora la revisa y es muy cordial con la paciente y mantiene siempre un buen trato hacia ellos.”

Josefa Campo mencionó “cuando ella sale de cirugía y la médico de planta le informa que a la paciente D., no se le escucha la fetocardia del bebe, es cuando ella procede a explicarle a la paciente que se había dado un desprendimiento de la placenta y que había que someterla a cirugía y le explico el procedimiento y los riesgos que se corrían, todo formalmente. ...explico todos los riesgos que se corrían y la preparamos enseguida para

cirugía. Yo estaba presente cuando la doctora sale a la puerta y llama a la mamá de la paciente D. y le explica que la paciente D. terminó en histerectomía que había que salvarle la vida a ella...la doctora O. sale de la cirugía y le comenta a la mamá de D. que había terminado en histerectomía porque se presentó mucho sangrado y estaba expuesta la vida de la paciente y había que salvarla, que había hasta lo imposible. La doctora se lo dijo de una forma como con mucho dolor, pena, porque fue un caso que se le salió de las manos, sinceramente ella no pudo hacer nada..."

Ante la pregunta "Percibió alguna actitud agresiva de la Dra. O. hacia la paciente?" las respuestas fueron las siguientes:

Karina Sofía Méndez "No...Siempre fue atenta, amable y clara"

Angélica María Coquies "No, en ningún momento observé y escuché ninguna actitud ni agresiva ni irrespetuosa de la doctora M.O. hacia la paciente, siempre fue una actitud cordial, respetuosa y profesional hacia la paciente D.P."

Josefa Campo "En ningún momento la doctora tuvo actitud grosera ni verbal ni con gestos, ni para la paciente ni para los familiares de la misma."

Admitidas las anteriores pruebas, procedió el Tribunal de primera instancia, el 20 de marzo de 2013 a proferir fallo sancionatorio frente al artículo Primero, numerales 1,2,3,4,5,9,10 de la ley 23 de 1981 por lo cual impuso la sanción de censura escrita pero privada.

En escrito recibido en el Tribunal seccional del Magdalena, Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta el 07 de mayo de 2013, el apoderado de la disciplinada, abogado Álvaro Augusto Villarreal, interpuso recurso de apelación en el que solicitó revocar la sentencia proferida y es ésta la providencia motivo del recurso de apelación que ahora se resuelve.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En los considerandos del fallo que motivó el Recurso, el Tribunal Seccional resalta que a la doctora M.O.V., le faltó trato digno, humanitario y de apoyo moral hacia la paciente; sin embargo encuentra esta superioridad después de analizar con detenimiento las circunstancias que rodearon el caso, que esta profesional de la medicina atendió en forma permanente a la paciente, le prodigó todos los cuidados médicos necesarios y en forma prudente manejó la información respecto a los acontecimientos que complicaron el

embarazo. No existe prueba, fuera de las acusaciones de la paciente y sus familiares, de que su trato hacia la señora Peñalver Almanza fue reprochable, y las declaraciones juramentadas de tres enfermeras que participaron en diferentes períodos de la atención intrahospitalaria de la quejosa sostienen que en ningún momento la doctora O. actuó de manera agresiva o inapropiada hacia su paciente. Estos testimonios deben considerarse confiables, pues provienen de diferentes testigos que observaron directamente los encuentros entre la doctora O. y su paciente.

Con respecto al consentimiento informado, considera este Tribunal Nacional, que la historia clínica evidencia en múltiples apartes, que el paciente y su familia fueron constante y ampliamente informados sobre las difíciles circunstancias del paciente y sobre la necesidad de realizar cada una de las intervenciones. En esta caso la historia clínica constituye una forma de demostrar que la especialista cumplió con el deber de informar.

Es preciso mencionar también, que la relación médico paciente puede verse afectada por causas externas a ella, y constituye un verdadero reto para el médico sortear las dificultades que genera dar malas noticias a un paciente o informar sobre complicaciones o desenlaces negativos que psicológicamente afectan de manera importante al enfermo y su familia.

En una situación de emergencia como la que aquí se analiza, dolorosa y angustiada para la paciente y su familia, es justamente labor del buen médico saber enfrentarla en forma prudente y anteponer el bienestar de la paciente en su juicio clínico, dejando a un lado las dificultades con la familia, aún cuando sus decisiones médicas sean cuestionadas por ellos mismos. Cuando se presentan situaciones similares, pero fuera del contexto de una urgencia, el médico puede resolver esta difícil situación transfiriendo el cuidado de su paciente a otro especialista, con el fin de que se establezca una nueva relación libre de desconfianza y se eviten confrontaciones que no favorezcan la salud de la paciente. No hay que olvidar que la relación médico paciente es una relación entre dos seres humanos, y cuando uno de ellos (en este caso el paciente) se ve afectado por situaciones adversas que le causan intensa angustia, desesperanza, temor o dolor su percepción frente a lo que ocurre dentro de esta relación puede cambiar, así como su interpretación de los hechos.

Lamenta profundamente este Tribunal el fatal desenlace para el hijo de la señora D.P.A., que surgió como complicación del embarazo y no se puede

atribuir a descuido en la atención médica, y considera que aún en la difícil situación emocional que rodeó el caso, la atención de la doctora O.V., se ajustó a los principios éticos y científicos que rigen la profesión y de acuerdo a las consideraciones precedentes no da mérito para condenarla a una sanción.

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Magdalena, Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta de sancionar con CENSURA ESCRITA Y PUBLICA a la Dra. M.O.V., por violación del artículo 1 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Absolver a la doctora M.O.V., de los cargos imputados por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Magdalena, Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta Providencia no procede Recurso alguno. **ARTÍCULO CUARTO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para su Archivo. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, ocho (08) de Marzo del año dos mil dieciséis (2016).

**SALA PLENA SESIÓN No.1309 DEL OCHO (08)
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS (2016)**

Ref: Proceso No 875 del Tribunal Seccional de Ética Medica de Norte de Santander

Denunciante: Señora M.Y.G.O.,

Denunciados: DRA. M.N.S.R. y DRA. A. del PR.T.

Magistrado Ponente: Dr Francisco Javier Henao Perez

Providencia No. 19-2016

VISTOS:

-Queja presentada por la paciente M.Y.G.O., por presuntas fallas en la atención médica de su embarazo gemelar y radicada en el tribunal seccional de Ética medica de Norte de Santander, con fecha del 18 de Febrero de 2013.

- Providencia del 9 de Febrero de 2016 del tribunal seccional donde decide archivar las diligencias por no encontrar transgresión al código de Ética médica

-Recurso de Reposición y subsidiario de apelación contra la decisión del 9 de Febrero de 2016.

Mediante providencia del 29 de febrero de 2016, el tribunal seccional no repone la decisión y concede el recurso de apelación para ante el tribunal Nacional de ética Médica.

El expediente que consta de un cuaderno con 238 folios, es recibido en esta corporación el 29 de Febrero de 2016, y puesto a reparto, su estudio correspondió por sorteo al magistrado Francisco Javier Henao Pérez.

HECHOS:

Se trata del caso de una paciente de 25 años de edad para el momento de los hechos, que cursaba con un embarazo gemelar, biamniótico, monocoriónico que consulta a la clínica San José de la ciudad de Cúcuta, el día 27 de febrero de 2011 a las 8:59 PM. por presentar un cuadro de aproximadamente tres días de evolución consistente en leucorrea verdosa, no pruriginosa, no fétida, en moderada cantidad, asociada a leve dolor epigástrico, sin sangrado u otra sintomatología (Folio 80). Al examen físico se encuentra afebril, con signos vitales normales, con eritema en la región vulvar, se comprueba la leucorrea y no se observa salida de líquido amniótico con la maniobra de Valsalva. Al examen abdominal se aprecian dos fetos, con frecuencias cardíacas de 138, y 142 respectivamente y con movimientos fetales activos. Trae una ecografía realizada 6 días antes que muestra “embarazo múltiple monocoriónico biamniótico con fetos vivos en número de dos Normales. Con biometría fetal promedio para 23 semanas 6 días en el feto 1, y para 24 semanas 1 día para el feto 2. No se evidencian malformaciones fetales mayores.”

Se solicita un examen parcial de orina que es normal y un frotis vaginal con leucocitos de 12-15, por lo que se formula clotrimazol y se ordena tratamiento ambulatorio.

Al día siguiente consulta nuevamente por presentar salida de líquido por vagina, de características mucosanguinolentas. Al examen vaginal se encontraba un cuello borrado 95% y dilatado 7 cm, y salida de líquido amniótico por vagina. 10 minutos después es vista por ginecología, quien encuentra a la paciente en trabajo de parto periodo expulsivo y ordena trasladar a la sala de partos.

A las 6 Pm del día 28 de febrero de 2011 hay, a folio 87 una nota firmada por la doctora M.S.R. Donde refiere que entre las 5.30 Pm y las 6PM ocurre el parto de dos recién nacidas de sexo femenino con 5 minutos de intervalo, y de la placenta, y además ordena turno en ginecología para revisión de la cavidad uterina., la cual se completa a las 6.30 PM.

La evolución obstétrica de la paciente fue normal y se dio de alta de la clínica el día 1 de Marzo de 2011 a las 8:04 AM. En cuanto al gemelo uno se refiere: Nace una niña con apgar de 3 al minuto, 5 a los cinco minutos y 8 a los 10 minutos. Con múltiple riesgo por su prematurez, infeccioso

por vaginitis materna, cursa con ictericia, hemorragia pulmonar respuesta inflamatoria sistémica, sepsis grave, que presenta paro cardiorrespiratorio y fallece., cuatro días después. No hay datos de autopsia.

Respecto a la segunda gemela, luego de una tormentosa reanimación en UCI neonatal, con soporte inotrópico, soporte ventilatorio, manejo de hipoglicemia, antibioticoterapia e inmunomoduladores, 11 días de hospitalización y diagnóstico de hidrocefalia y ductus persistente, es remitida a la clínica cardiovascular de Bucaramanga. Donde permanece durante tres meses en cuidado crítico después de cerrarle el ductus, y hacer los tratamientos necesarios, finalmente es dada de alta, con secuelas de retraso psicomotor, displasia broncopulmonar e hipoacusia neurosensorial.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

A pesar de los esfuerzos que se han realizado en Colombia para racionalizar la atención materno fetal, no puede desconocerse que hasta el 6% de los embarazos de Bajo riesgo, se presentan con complicaciones inesperadas, que afectan de manera dolorosa el buen suceso del parto. Entre estas figuran las urgencias no esperadas, las distocias, el sufrimiento fetal agudo, la hemorragia posparto, las anomalías del cordón Umbilical, los problemas clínicos no esperados y la infección pos parto. (Francisco Pardo, Fernando Guzmán : Gaceta Jurisprudencial Junio de 2013, Pg. 9-11).

Si esto es para los embarazos de bajo riesgo, que no decir para los embarazos de alto riesgo, y en el caso específico que nos ocupa, el de embarazo gemelar, que para poner en contexto, tiene 5.9 veces más de posibilidad de tener un parto pretérmino, y entre un 20 y un 50% de posibilidades de producir fetos prematuros, que como se sabe es una de las principales causas de mortalidad en esta situación.

La Obstetricia, como el ejercicio médico en general, no puede considerarse una obligación de resultados, a pesar de que el fallo del Consejo de Estado considera que en los embarazos de bajo riesgo no existen situaciones que no sean previsibles y susceptibles de ser corregidas por el médico. Esta visión atenta contra la una de las características esenciales del ejercicio de la medicina, la cual es el factor aleatorio que conlleva intrínsecamente su práctica.

Exigirle al médico que domine, maneje, prevea y en últimas corrija el problema que genera el factor aleatorio es un imposible jurídico y físico.

Y como claramente lo consagra nuestro ordenamiento jurídico nadie puede obligarse a lo física y jurídicamente imposible de cumplir. La medicina no es una ciencia exacta y afirmar lo contrario es un exabrupto. Son múltiples las situaciones en las cuales un embarazo de bajo riesgo conocido se convierte en embarazo de alto riesgo, de hecho tal como se consigna en los libros, en un 17 % los embarazos de bajo riesgo desarrollan de manera impredecible situaciones de riesgo en el momento del trabajo de parto y parto.

El ejercicio médico en general, y el obstétrico en particular, tienden exclusivamente a que se busque, por todos los medios posibles, la mejoría, el alivio, o la curación del paciente, según sea el caso. Pero en ningún momento esto significa que el médico pueda lograr la mejoría, el alivio o la curación del paciente. (Gaceta Jurisprudencial, Ginecología, Obstetricia y Aborto. Ponente: Magistrado Fernando Guzmán Mora Pg. 157-158).

Ahora Bien: La paciente M.Y.G.O., fue vista por primera vez por la médica Dra. A. del P.R.T., en el servicio de urgencias de la clínica San José de la ciudad de Cúcuta el día 27 de febrero de 2011 a las 8:59PM., en donde encontró un embarazo gemelar con fetos vivos y bienestar fetal diagnosticado por la fetocardia y por una ecografía realizada 6 días antes, encuentra eso si una vulvovaginitis, con leucorrea, por lo cual tras descartar una posible infección urinaria le ordena clotrimazol, la envía a la casa y le advierte: “Imagínese que el líquido amniótico es como tener un vaso de agua que se echa encima y la moja totalmente, ahí se debe preocuparse y se viene rápido”(sic) folio4.

La doctora R.T., médica de urgencias actuó, conforme a la práctica usual en medicina, es decir a la Lex Artis, comprobó que los dos fetos tenían una frecuencia cardíaca adecuada, presentaban movimientos fetales, y no había salida de líquido amniótico por la vagina, existía una vulvovaginitis para la que formuló un tratamiento, y le dio las indicaciones pertinentes para asistir a consulta de urgencias en caso necesario.

El día siguiente la paciente asistió nuevamente al servicio de urgencias a las 17:20 PM, esta vez por salida de líquido sanguinolento por vagina, y dolor abdominal “tipo contracciones” (sic) Folio 82 al ser examinada por el médico de turno encuentra abdomen globoso, fetocardia positiva, salida de líquido mucoserosanguinolento, y al tacto vaginal una dilatación de 7cm en el cuello uterino y un borramiento del 95%. Por lo que solicita interconsulta a Ginecología.

La Dra. M.N.S.R., acude 10 minutos después y encuentra una paciente en período de parto expulsivo y la pasa inmediatamente a la sala de partos donde se obtienen dos fetos de sexo femenino. Y posteriormente realiza revisión de la cavidad uterina, con evolución satisfactoria de la Madre y salida al siguiente día.

No puede haber entonces asomo de duda que las dos médicas en cumplimiento de sus obligaciones durante el turno actuaron acorde con los preceptos de la *lex artis* y no contravinieron ninguno de los artículos de la ley 23 de 1981.

Ahora bien: asiste razón a la quejosa que se presentaron fallas de orden administrativo, autorización de procedimientos, seguimiento médico pero estos no tiene relación con el comportamiento Ético y profesional demostrado por las médicas que la atendieron cuando ella consultó al Servicio de Urgencias de la institución en que laboraban. La investigación de las condiciones de planta física, equipamiento, contratación laboral, contratación de la EPS con la IPS, son temas de gran importancia para el cuidado de la salud de los pacientes, pero no son materia de investigación por parte de los Tribunales de Ética.

A pesar de que han pasado más de cinco años desde la ocurrencia de los hechos, y por lo tanto aplica el fenómeno de la prescripción, en aras de la favorabilidad procesal para el acusado se fallará a su favor.

Al respecto en providencia No. 71-2011, este Tribunal ha sostenido:

“...II- Llama la atención que los hechos tuvieron ocurrencia el 14 de febrero de 2006. Esto quiere decir que han pasado cinco años en el proceso y por lo tanto aplica el fenómeno de la prescripción. Sin embargo, en aras de la favorabilidad procesal para el acusado, se opta por decretar providencia inhibitoria.

La Corte Suprema de Justicia por medio de su Sala de Casación Penal sostuvo en el pasado que producida la prescripción el Juez no podía tomar otra determinación que la preclusión de la investigación. Pese a ese antecedente judicial esta Corporación, discrepó respetuosamente al sostener que por la jerarquía de las normas de un lado la Constitucional que consagra el principio de favorabilidad y de otro la legal que dispone la prescripción se debe dar aplicación jerárquica a la Norma Superior.

En tal sentido se pronunció esta Corporación el 27 de agosto de 2002 con ponencia del doctor Hernando Groot Liévano al sostener:

“... Pese a lo anterior y que la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal, de manera reiterada ha sostenido que en este tipo de casos lo razonable es que se decrete la prescripción de la acción, esta Corporación discrepa respetuosamente de tal criterio, porque frente a las dos opciones: la prescripción y la absolución, es obvio que es mucho más favorable para los intereses de los disciplinados que se dicte una decisión absolutoria o similar puesto que esto deja en limpio su conducta sin que existe la más mínima duda sobre su inocencia. No así con la prescripción en la que pese a decretarse, siempre quedará una sombra de duda sobre la conducta realizada porque habrá la posibilidad que se afirme que de no haber operado el fenómeno de la prescripción hubiera existido opciones que pudiera haber sido sancionado.

Frente a las dos eventualidades que se plantean como hipótesis, estima la Sala que por aplicación del principio constitucional de favorabilidad debe acudir a la decisión absolutoria y no a la prescriptiva puesto que la primera evidentemente constituye un factor favorable indesconocible...”

Afortunadamente ese alto Tribunal ha modificado su jurisprudencia y hoy en decisiones reiteradas ha sostenido que frente a la disyuntiva de prescripción absolutoria la justicia se debe pronunciar en favor de la absolución. Este planteamiento fue sostenido por la Corte Suprema de Justicia en sentencia de casación No. 27.980 con ponencia del Magistrado Doctor Sigifredo Espinosa Pérez, del ocho de agosto de 2007 sostuvo:

“...si se entienden en concreto los derechos fundamentales arraigados en la norma constitucional, particularmente, su artículo 1º, que dice fundada la República en el respeto por la dignidad humana, y el desarrollo que se materializa en la protección a la honra y el buen nombre, no puede decirse de entrada que la decisión de ordenar la prescripción en cualquier estado del proceso en la cual se advierta, respeta a cabalidad unos tan profundos preceptos constitucionales.

“Necesariamente, estima la Corte, el análisis debe operar respecto del caso concreto, para ver de significar cuál es la decisión que mejor consulta los intereses y derechos del presunto favorecido.

“Porque si, como tradicionalmente se ha entendido, es la prescripción una especie de sanción al Estado, por ocasión de la morosidad en la tramitación, que indefectiblemente redundará a favor de la persona objeto de investigación penal, tanto que es ella exclusivamente quien puede renunciar al beneficio, no parece lógico que, entonces, pretextándose la imposibilidad de continuar con el proceso, en advenimiento de una bastante relativa incompetencia, se opte por la decisión objetiva que menos consulta esos derechos buscados a proteger; dejando expósita la honra y dignidad de quien, como aquí sucede, ha sido declarado inocente de uno de los delitos imputados por las dos instancias ordinarias encargadas de juzgar su caso...”

....

“...No parece a la Corte, acorde con lo anotado, que la decisión de decretar la cesación de procedimiento por prescripción, deba surgir automática a la verificación objetiva del paso del tiempo, haciéndose menester una evaluación previa que parta por auscultar la protección de los legítimos derechos del procesado, si se tiene claro que otra opción, dígase la absolución, tiene mejor fortuna en ese cometido.

“En términos generales, es preciso relevarlo, ante el doble camino de absolver o decretar la prescripción, el juez debe optar por la solución que de manera más acabada restituya los derechos conculcados, o cuando menos limitados o puestos en tela de juicio, del acusado, y ella, no cabe duda, es el mecanismo absolutorio que, desde luego, no opera en cualquier momento, sino en los casos específicos en los que el asunto, por obra de la tramitación adelantada, ya ha cubierto las diferentes etapas investigativa y de enjuiciamiento, hallándose a despacho para la decisión de fondo.

“Esto, porque no se trata de desvertebrar el proceso debido y la estructura antecedente consecuente del mismo, sino de facultar al fallador para que, enfrentado al parangón antes destacado, con plena autonomía para decretar la prescripción o emitir la sentencia que se le demanda, escoja con absoluta competencia, la más adecuada de las soluciones. Esto, por cuanto, si bien puede significarse que al estado, con el advenimiento del plazo prescriptivo, se le ha agotado la posibilidad de ejercer la acción penal, no ocurre igual con la obligación, en cuanto se erige el juez como garante de los derechos de las personas involucradas en el proceso, de restablecer unas dichas garantías.

“Sólo así puede significarse que el funcionario cumple adecuadamente con el principio rector consignado en el artículo 9° del C. de P.P., en cuanto reza:

*“**Actuación procesal.** La actuación procesal se desarrollará teniendo en cuenta el respeto a los derechos fundamentales de los sujetos procesales y la necesidad de lograr la eficacia de la administración de justicia en los términos de este código”*

“Y si, además el artículo primero de los códigos Penal y de Procedimiento Penal, destaca como valor primordial el del respeto a la dignidad humana y ambas codificaciones remiten como fuente directa de aplicación, a las normas que integran el bloque de constitucionalidad, expedito se halla el camino para que, precisamente buscando materializar los derechos fundamentales del vinculado al proceso, se dé plena aplicación al artículo 228 de la Carta, respecto de la prevalencia del derecho sustancial.

“Es claro, eso sí, que cuando el asunto apenas se tramita y no ha alcanzado el estado que permite al funcionario judicial emitir decisión de fondo, ya surge automática y necesaria la obligación prescriptiva, en el entendido que el paso del tiempo ha cobrado su efecto y no es posible que se continúe adelantando el proceso, a menos, desde luego, que el encartado renuncie a la prescripción, caso en el cual sí se hace necesario agotar el debate jurídico, con involucramiento de todas las partes.

“En todo caso, debe relevar la Corte, precisamente por ocasión de que el encartado entienda mejor otras opciones, ha de darse plena operatividad a la posibilidad de renuncia a la prescripción, contemplada en el artículo 44 del C. de P.P., razón por la cual, a pesar de que la decisión prescriptiva se tome, entre otras circunstancias posibles, en sede del fallo de casación, corre el tiempo de ejecutoria del mismo, para facultar posible la dicha renuncia...”

Bastan las consideraciones anteriores para que el tribunal Nacional de Ética Médica en uso de las atribuciones que le confiere la ley:

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar la decisión del Tribunal seccional de Ética Médica de Norte de Santander, en el sentido de archivar la queja adelantada contra las doctoras, M.N.S.R. identificada con la cedula de extranjería No ... y tarjeta profesional ..., y A. del P.R.T., identificada con cédula ... y tarjeta profesional N° .. de... según la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no proceden recursos. **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; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

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

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

**REF: Proceso No 035 del Tribunal de Ética Médica del Huila
Contra el Dr. F.M.C.
Demandante: Sr. R.R.T.**

**Magistrado ponente: Dra. Lilian Torregrosa Almonacid
Providencia No. 102 -2013**

VISTOS:

Mediante fallo del 16 de octubre de 2013 el Tribunal de Ética Médica del Huila decidió conceder el recurso de apelación contra el fallo del 3 de julio de 2013 mediante el cual sancionó al Dr. F.M.C., Ginecólogo y Obstetra, con suspensión en el ejercicio profesional por espacio de un mes. La apelación fue presentada el 10 de septiembre de 2013 y enviada el 21 de octubre al Tribunal Nacional de Ética Médica. Puesta para reparto en Sala Plena del 22 de octubre, correspondió por sorteo a la Magistrada Lilian Torregrosa Almonacid.

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

HECHOS:

El 05 de mayo de 2012 la Procuraduría Regional del Huila, remitió al Tribunal Nacional de Ética Médica y éste al Tribunal de Ética Médica del Huila queja interpuesta por el señor R.R.T. contra el personal médico del Hospital Departamental de Garzón (Huila) por supuestas fallas en la atención propiciada a su esposa Y.R.T., el día 6 de enero de 2010.

En Sala Plena de 20 de marzo de 2012 el tribunal seccional aceptó la queja, abrió la investigación y en el curso de ella recibió ratificación y ampliación juramentada de la misma por parte de la paciente Y.R.T., oyó en declaración sin juramento a los doctores C.H.P.Z. y F.M.C., Gineco Obstetras que atendieron a la paciente en el momento de los hechos, en declaración juramentada a la Dra. Gloria Edith Ángel (anestesióloga) y al Dr. Héctor Andrés Enríquez Calvache (Pediatra) y estudió la historia clínica de la paciente proveniente de las dos instituciones donde fue atendida.

De acuerdo con los registros de la historia clínica la señora Y.R.T de 22 años de edad, ingresó a la 1:59 pm del 6 de enero de 2012 al Hospital Nuestra Señora de Fátima (Suaza Huila), por embarazo a término e inicio de actividad uterina.

Al ingreso después de una historia clínica completa donde se anotaron como datos positivos “ *AU 33 cm feto único longitudinal cefálico, encajado, dorso izquierdo, movimientos fetales + con FCF 132 LPM, actividad uterina 1/10...vagina eutérmica, cérvix anterior blando corto, dilatación 1 cm, borramiento 70% estación 0, polo cefálico, membranas íntegras abombadas*”, la médica general Emperatriz Vargas registró lo siguiente: “*Segundigestante con emb de 39 sem y cesárea previa hace 3 años quien requiere prueba de trabajo de parto en II nivel, se remite para valoración y manejo por G/O*”.(folio 42).

Durante las cuatro horas y media que permaneció la paciente en el Hospital de Suaza le administraron líquidos endovenosos y Nifedipino sublingual, finalmente fue remitida al Hospital Departamental San Vicente de Paúl en Garzón (Huila), institución a la cual ingresó a las 7:59 pm y fue atendida en urgencias GinecoObstétricas por el Dr. , quien registró en la historia clínica lo siguiente: Paciente G2C1 embarazo de 39 semanas , cuadro de 12 horas de actividad uterina irregular TA 100/70 Fc 80 Frecuencia cardíaca fetal 140 x min Au 31 cm, FUVVC, actividad uterina irregular . GU D2 cm B 90%, E-1 M íntegras. Plan y conducta médica : ARO por cesarea previa hace mas de tres años, con embarazo a término y trabajo de parto fase latente, se hospitaliza para control del trabajo de parto”. Solicita hemoclasificación y monitoría fetal anteparto, y al final de la historia clínica electrónica en la sección de observaciones generales aparece anotación manual que dice “*paciente solicita y desea parto vaginal*”. (folios 139 y 140)

En la misma fecha y a las 23:27 pm aparece nota correspondiente a la evolución médica del Dr. F.M.C., donde se registra “ *Subjetivo: Refiere actividad*

uterina regular. Objetivo: abd FUV C FCF 144 AU 2x10x40 TV D: 3cm B 90% E -1 M Integras. Análisis: paciente en fase latente de trabajo de parto con monitoría fetal reactiva, no signos de inminencia de ruptura uterina. Plan VOM” (folio 161).

Posteriormente durante la madrugada del 7 de enero se encuentra evolución realizada por el médico general Dr. Jorge Enrique Marulanda a la 1:53 am donde se registra que el trabajo de parto se encuentra en fase activa, progresando adecuadamente.

A las 4:22 a.m. nuevamente el GinecoObstetra de *turno* Dr. F.M.C., consigna en la evolución lo siguiente: “ Subjetivo: Refiere actividad uterina regular. Objetivo: No sangrado ni amniorrea, percibe movimientos fetales abd: FUV C FCF 144 AU 2-3x10x50, no signos de inminencia de ruptura uterina D 7 cm B 90% E -1 M Integras no sangrado vaginal. Monitoría fetal reactiva. Análisis Paciente en trabajo de parto fase activa con partograma adecuado, no signos de inminencia de ruptura uterina, continua control clínico, bienestar fetal adecuado. (folio 163)

A las 6:09 a.m. el mismo Obstetra registra “ Subjetivo refiere contracciones uterinas regulares y de buena intensidad. Objetivo: Buenas condiciones hidratada afebril, CP Normal, fetocardia 132x Actividad uterina 3x10x40’’, Tv B 100% D 9-10 M Integras E 0+1 amniotomía LA claro. Progresión adecuada del trabajo de parto, encajamiento fetal adecuado, no signos de inminencia de ruptura uterina, bienestar fetal adecuado. Plan vigilancia y control del trabajo de parto, control de fetocardia permanente”.

A las 7:31 la médica general Olga Lucila Duque consigna nota donde registra lo siguiente “ *Expulsivo prolongado, paciente no colabora con actividad uterina irregular... se decide protocolo de cesárea y pasar a cirugía de urgencia”.* (Al final de esta nota se incluye la firma electrónica del especialista en Ginecobstetricia Carlos Humberto Perdomo Zúñiga) (folio 165).

A las 8:41 de la mañana este mismo Obstetra, consigna lo siguiente “ Recibo paciente en mesa ginecológica en periodo expulsivo del trabajo de parto a las 7:15 a.m. D 10 B 100% E +1 FCF 128 x min con caput succedaneum importante , no alcanzo a determinar variedad por el caput, actividad uterina irregular y no colaboración. Además tiene episiorrafia medio lateral izquierda amplia con sangrado escaso. Se decide pasar a cesárea urgente por expulsivo prolongado. En razón a la urgencia, realizo la nota después de realizada la cesárea de emergencia.”

Aparece posteriormente el registro de la descripción quirúrgica según la cual la paciente se llevó a cesárea segmentaria y Pomeroy hacia las 07:50 a.m. Debido a que el recién nacido presentó complicaciones al momento del nacimiento al presentar APGAR 0/0 y paro cardiorrespiratorio, que respondió a maniobras de reanimación seis minutos después, fue trasladado a la UCI neonatal con pronóstico reservado donde falleció días después.

La madre evolucionó en forma satisfactoria y se autorizó el egreso días después.

El quejoso manifestó en su reclamo inicial (folio 4) que “lo gravoso del asunto fue que la madre remitida de Suaza a Garzón por tratarse de un parto complicado, que según médica de Suaza requería de sesaria (sic), y el Hospital de garzón insistió en el parto normal, estrujándola y forsandola al parto normal, y sobre la mañana del otro día se realizó sesaria (sic), cuando ya se había estropiado demasiado a la madre , falla médica que termino con la muerte del menor.” Y posteriormente en la ampliación del testimonio, la paciente Y.R. afirmó “Yo iba preparada para cesárea, porque había tenido una cesárea tres años antes y supuestamente me tenían que hacer otra vez cesárea. Me rasuraron y me tuvieron ahí una hora mas o menos, cuando me metieron a otro cuarto... yo le dije a la enfermera que tenía demasiado dolor y que era para que hubiera nacido. La enfermera me dijo que el médico había dicho que yo lo podía tener normal. Esa fue la primera vez que supe eso. Yo dije que desde un principio me habían dicho que me iban a hacer cesárea... 6:00 a.m. me llevaron a sala de partos y allá me tuvieron. Me daban los dolores y me pusieron en posición para tener el bebé, me decían puje pero no salía el bebé. ...A lo ultimo me rebelé y dije que no hacía más fuerza y le dije al médico que me hiciera cesárea.. cuando vieron que yo no ayudaba me mandaron a sala de cirugía.” La paciente finalizó su relato mencionando que no recibió explicación alguna sobre el proceso de atención del parto y la razón de no practicar la cesárea al ingreso “ No me dijo que podía tener el parto vaginal ni me explicaron eso, ningún médico, desde el pueblo iba remitida para cesárea...”

Por su parte el acusado Dr. F.M.C, en su versión libre del 10 de julio de 2012 al ser confrontado con la anterior queja, afirmó que explicó riesgos y beneficios del parto vaginal a la paciente y así lo consignó en la historia clínica, y posteriormente realizó un cuidado permanente y adecuado del trabajo de parto. Sin embargo, durante el periodo expulsivo la paciente no colaboró en la realización del pujo requerido, por lo que se indicó la cesárea que fue

realizada por el equipo médico que recibía el turno en ese momento dado que eran las 7 de la mañana.

Con respecto a los cuestionamientos sobre la omisión en la práctica de la cesárea al momento del ingreso, manifestó que por una parte la paciente no tenía indicación clínica de cesárea en ese momento y que el antecedente de cesárea previa no constituía una indicación absoluta de practicarla, aclara también que en ningún aparte de la remisión se consignó que la paciente era remitida para cirugía y esto contradice lo manifestado por el quejoso.

Finalmente aclaró que la nota escrita a mano al final de su historia clínica de ingreso diligenciada en computador, se realizó cuando ya tenía impreso el documento, por lo que debió realizar la anotación manualmente.

Frente al informe de conclusiones presentado por el Magistrado instructor el 12 de septiembre de 2012 se declaró que no existían méritos para formular cargos al Dr. Carlos Humberto Perdomo Zúñiga y se decidió abrir pliego de cargos contra el Dr. F.M.C, por presunta violación de los artículos 10¹ y 15² de la Ley 23 de 1981 concordantes con el artículo 9 del decreto 3380 de 1981.

El especialista presentó oportunamente sus descargos en los cuales reiteró que al momento del ingreso, explicó a la paciente sobre las ventajas de intentar el trabajo de parto vía vaginal dados los mayores riesgos al practicar una cesárea, y que de esta comunicación dejó constancia escrita a mano sobre la historia clínica electrónica que imprimió al finalizar la nota de ingreso al servicio. Por lo anterior reitera que “el parto vaginal realizado a la paciente no obedeció a un capricho médico ni fue una decisión apresurada. Esta obedeció en realidad a la solicitud y consentimiento manifestado por la paciente en un acto de autonomía y libre manifestación de su voluntad”. Posteriormente resaltó que durante su turno nocturno, realizó varias valora-

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

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

² 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 puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

ciones de la paciente de las cuales dejó registro en la historia clínica(a las 20:00, 23:27 horas del 6 de enero y a las 4:22 y 6:09 horas del 7 de enero) y en ningún momento descuidó a la paciente, pues como ocurre normalmente en los turnos de Ginecobstetricia, cuando se encontraba atendiendo otras enfermas (36 pacientes que ingresaron la noche del 6 de enero y 16 durante la madrugada del día 7) e interviniendo quirúrgicamente a seis de ellas (como consta en folio 306), el médico general y enfermeras asignadas a sala de partos, continuaron monitorizando a la paciente y de ello también dejaron permanente registro.

Finalmente solicitó al tribunal la práctica de varias pruebas testimoniales provenientes del personal de turno en sala de partos, médicos generales, pediatra y enfermeras.

El Dr. Jorge Enrique Marulanda médico general de turno a la siguiente pregunta de la Sala *“Informe al despacho si el Dr. F.M.C., informó a la paciente que tendría su hijo por parto vaginal? Contestó: Sí. En ese sentido el Hospital manejaba o maneja unos formatos de consentimiento informado para algunos procedimientos, hasta ese entonces no se incluía dentro de esos formatos el de atención de parto por vía vaginal. Hoy en día a raíz de este caso se adoptó como protocolo de la institución. Sin embargo siempre los especialistas informan a las pacientes de la conducta a seguir y el riesgo, en este caso específico así se hizo”* (folio 374) , la enfermera Maritza del Socorro Sarria en su testimonio mencionó *“ El Dr. F.M.C., valora la paciente y decide que ella puede hacer un parto normal. Le informa que va a quedar en trabajo de parto. Después hace entrega de la historia clínica y nosotras empezamos a cumplir ordenes médicas. Le explicamos a la señora que queda en trabajo de parto, le brindamos educación respecto a su trabajo, se le explica que es un proceso doloroso, cómo debe respirar...”* (folio 381) *“Escuché cuando el doctor informa a la paciente que le va a dar parto normal porque las condiciones de ella lo permiten...”* (382), y finalmente la enfermera Lida Marcela Villanueva en su testimonio refirió *“ La señora venía con la convicción que venía para cesárea, cuando paso a la consulta del Dr. F.M.C., se nos dio la orden que va para trabajo de parto. En el Hospital siempre que una paciente se va a ubicar en trabajo de parto se le informa a la paciente y a la familia... lo que si me consta es que nosotras las auxiliares y la jefe, le informamos a la familia y a la paciente que va a ser ubicada en esa sala y el Dr. F.M.C., es de los ginecólogos que le dice a la paciente o a la familia que decisión toma. Inclusive cuando están los que llevan la remisión, también les dice que va a pasar con la paciente.”*

Analizado el acervo probatorio, procedió el Tribunal seccional, el 13 de agosto de 2013 a proferir fallo sancionatorio, por violación de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981 concordantes con el decreto 3380 de 1981 en su artículo 9 y condenó al Dr. F.M.C., Ginecólogo Obstetra a suspensión en el ejercicio profesional por espacio de un mes. Salvamento de voto de la Magistrada Dra. María del Pilar Peña Tobar.

Frente a esta decisión interpuso oportunamente la defensa recurso de apelación que se resuelve en la presente ocasión.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS:

Después de revisar cuidadosamente la historia clínica las declaraciones y diligencias de descargos del implicado y la totalidad del acervo probatorio, este Tribunal Nacional no comparte las conclusiones del Tribunal seccional en cuanto a que el acusado Dr. F.M.C., infringió las normas establecidas por la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

Al proferir el pliego de cargos y la ulterior sanción, el Tribunal seccional encontró que *“la nota manuscrita de la historia clínica en la que se lee “paciente solicita y desea parto vaginal”, con firma del Dr. F.M.C., no sólo contradice lo expuesto por la señora R.T. desde el inicio de la investigación sino que quebranta la simetría con la que se elabora el resto de las anotaciones de la historia.”* Por lo que la consideró inaceptable como prueba de que la paciente conoció, entendió y aceptó la decisión del médico y lo llevó a concluir que *“el disciplinado no anunció siquiera a la paciente su decisión de parto vaginal”* por lo que faltó a la verdad en su versión libre y diligencia de descargos. Adicionalmente encontró que el médico incumplió el deber de monitorear personalmente a la paciente durante la noche del 6 de enero y madrugada del día 7.

Sin embargo el especialista como consta en la historia clínica, dejó registro escrito de su atención en varias oportunidades durante el turno nocturno del 6 de enero: originalmente en la evaluación clínica inicial que realizó al recibir la paciente hacia las 8:00 pm, donde en forma detallada describió los hallazgos clínicos encontrados, su plan de manejo, y adicionó al final de la historia en nota manuscrita que la paciente aceptaba el parto vaginal, posteriormente a las 11 y 30 de la noche (folio 161) y en dos oportunidades durante la madrugada del 7 de enero (a las 4 y seis de la mañana).

Respecto al consentimiento informado para la prueba de trabajo de parto, de acuerdo con las pruebas testimoniales recaudadas, para el momento de los hechos, en el Hospital de Garzón no existía la norma de utilizar un formato escrito, por lo que la voluntad de las pacientes al respecto se expresaba verbalmente, de manera que el registro llevado a cabo por el Dr. F.M.C., al final de la historia clínica está acorde a esta circunstancia, que no sólo se presenta en esta institución sino en la mayoría de servicios obstétricos donde hasta la fecha no se exige el diligenciamiento de un consentimiento informado para la prueba de trabajo de parto. El acervo probatorio recaudado en opinión de esta sala, no permite concluir que el Obstetra F.M.C., incumplió su deber de informar a la paciente sobre la alternativa de tener su parto por vía vaginal.

Encuentra esta superioridad además, que de acuerdo con los registros que obran en el expediente, las decisiones clínicas tomadas por el Dr. F.M.C., correspondieron al estándar de cuidado para una paciente obstétrica con las características de la señora Y.R.T. al ingreso; el antecedente de cesárea tres años antes no contraindicaba el parto vaginal y no se encontró evidencia de posible sufrimiento fetal o condiciones materno fetales que indicaran una cesárea inmediata durante la evolución en la sala de partos. En ningún momento, como lo registran las múltiples notas de enfermeras, médicos generales y del especialista de turno, se evidenciaron alteraciones tempranas que permitieran predecir el desafortunado desenlace que se presentaría durante la etapa final del trabajo de parto. Tampoco se puede adjudicar a la omisión en la práctica de la cesárea, la fatal complicación sufrida por el producto del embarazo; al respecto, esta superioridad está de acuerdo con los argumentos científicos esgrimidos por la defensa referentes a que el antecedente de cesárea previa no constituye una indicación médica absoluta para practicar cesárea al inicio del trabajo de parto, ni mucho menos contraindica la vía de parto vaginal.

Adicionalmente para el caso que nos ocupa, la paciente ingresó al servicio de Obstetricia del Hospital de Garzón, durante un trabajo de parto en progresión sin complicaciones, y no se encontró ningún signo que advirtiera sobre futuras dificultades; el trabajo de parto, que de acuerdo con la historia clínica fue monitorizado permanentemente por enfermeras y médicos liderados por un Obstetra con experiencia (como ocurre rutinariamente en las salas de parto), transcurrió sin mayores novedades hasta el periodo expulsivo, donde la ausencia de progresión del feto en el canal vaginal, condicionó la decisión de practicar una cesárea urgente. Desafortunadamente como resultado de esta situación, que bien puede presentarse en forma imprevista

durante la etapa final de cualquier trabajo de parto no complicado, el feto presentó complicaciones que lo llevaron a la muerte.

Considera esta sala que el Obstetra de turno Dr. F.M.C., con diligencia comprobada en la historia clínica, tomó las medidas conducentes para brindar a la paciente el mejor cuidado posible de acuerdo con los resultados de su evaluación especializada en el servicio de urgencias Obstétricas, en la que no encontró contraindicación médica para que la paciente continuara con el trabajo de parto y la hospitalizó para estricta supervisión en la sala de partos del Hospital de Garzón, informando sobre ello a la señora R.T. Otra cosa es, que la gravedad del proceso que se desarrolló de manera imprevista durante el periodo expulsivo y que ocasionó el sufrimiento fetal evidenciado al momento de la cesárea fuera tal, que aún las maniobras instauradas por el grupo de especialistas de turno fueran infructuosas para salvar la vida del recién nacido; pero la atención del médico acusado de acuerdo con las consideraciones precedentes no da mérito para condenarlo a una sanción.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar la sanción de suspensión en el ejercicio profesional por espacio de un mes impuesta por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila al doctor F.M.C. y en su lugar absolverlo de todos los cargos formulados. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el proceso al Tribunal de origen, para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.**

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

Bogotá, tres (03) de Noviembre del año dos mil quince (2015).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1296 DEL TRES (03)
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

REF: Proceso: 2014-094 Tribunal de Ética Médica del Huila

Contra: doctores M.A.B y C.G.L.

Denunciante: señora N.R.R.

Asunto: Recurso de apelación

Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas

Providencia No. 105-2015

VISTOS

El Tribunal de Ética Médica del Huila en Sala el 4 de febrero de 2.013 admitió la queja presentada por la señora N.R.R. contra los doctores M.A.B. y C.G.L. por atención médica que le prestaran en su tercer parto el día 2 de noviembre de 2.013, a consecuencia de la cual falleció el recién nacido pocos minutos después de su nacimiento. El magistrado instructor, después de un minucioso estudio de la queja, de las declaraciones en sus diligencias de versión libre de los médicos demandados, y del médico pediatra que atendió al recién nacido, así como la ampliación de la queja y el testimonio que rindieron como testigos el doctor Diego Felipe Polanía ginecobstetra especializado en medicina materno fetal y la enfermera y las cuatro auxiliares de enfermería de la sala de partos, presentó informe de conclusiones en Sala del 12 de noviembre de 2.014 sugiriendo elevar cargos contra los doctores B. y G. y precluyendo la investigación contra el pediatra Denis Blanco, indicación que fue acogida en los mismos términos por la corporación. Realizada la diligencia de descargos en Sala del 19 de agosto de 2.015, el Tribunal Seccional aceptó los argumentos de la defensa y, con el salvamento de voto de dos de los Magistrados, sancionó a los doctores B.M. y G.L. con suspensión en el ejercicio de la medicina de un (1) mes por violación de los artículos 16 de la ley 23 de 1.981 y 10 y 13 del decreto 3380 del mismo año. Concedidos lo recursos de ley fue recibido por esta Superioridad el 5

de octubre de 2.015 y asignado por sorteo para su estudio al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

HECHOS

La señora N.R.R. de 36 años de edad para la época de los hechos, cursando con un embarazo de 38 semanas que había evolucionado normalmente hasta la fecha del 2 de noviembre de 2.013 cuando acudió a la Clínica Medilaser de Neiva por presentar salida espontánea de líquido amniótico desde las 3 am fue atendida a las 3:45 am por el doctor Julián Andrés Bermeo, médico general, quien confirmó ruptura de membranas, ausencia de actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal de 145/minuto; una ecografía obstétrica practicada el día anterior reportaba un feto único vivo, longitudinal, cefálico, con una frecuencia cardíaca de 150/minuto. Al recibir el turno del 2 de noviembre a las 7 am el médico general doctor M.A.B.M. valora el caso a las 10 am. y considera que se trata de un embarazo a término con una ruptura prematura de membranas, con signos de bienestar fetal, iniciando fase activa del trabajo de parto y con una historia obstétrica que indicaba una pelvis favorable para parto vaginal. Inició ocitócicos para mejorar la dinámica uterina y consulta con el especialista de turno doctor C.G. quien encuentra buena progresión en el trabajo de parto avanzando en sus cambios de dilatación y descenso y ordena controles cada hora. A la 1:40 pm. la paciente es trasladada a la sala de partos y al presentarse el período expulsivo este se interrumpe haciendo infructuosas las maniobras del médico B. para extraer el feto, pues repentinamente se presenta un distocia de hombros que al obstruir la vía del parto requiere la intervención inmediata del ginecobstetra C.G. quien rápidamente practica la maniobra de McRoberts y se logra la extracción del feto que nace en muy malas condiciones y a pesar de los esfuerzos del pediatra fallece a los pocos minutos de nacer. Ante este doloroso resultado la madre del bebé instaura demanda en contra de los médicos mencionados.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Por tratarse de un caso cuyo detonante fue una complicación imprevisible de consecuencias desastrosas pues costó la vida de un recién nacido que en el seno materno y antes de culminar su parto mostraba signos evidentes de bienestar fetal, se impone revisar minuciosamente, dentro del material probatorio allegado, los considerandos que llevaron al Tribunal Seccional a sancionar a los médicos que atendieron durante el trabajo de parto a la

quejosa, las declaraciones de los especialistas consultados y los argumentos del recurso presentado como apelación por la abogada defensora de los encartados.

1. Características clínicas de la quejosa y seguimiento del trabajo de parto.

Se trataba de una mujer de 36 años de edad cursando normalmente su tercer embarazo, con controles prenatales satisfactorios, que a las 38.2 semanas presenta ruptura prematura de membranas, sin actividad uterina, y con un feto en buenas condiciones valorado ecográficamente. Es examinada por el médico de turno de la Clínica Medilaser de Neiva quien confirma la amniorrea y encuentra un cuello posterior permeable; ante la ruptura prematura de membranas, con un feto en situación longitudinal y presentación cefálica, con signos de bienestar fetal, previendo el riesgo de una infección ascendente y con el antecedente de dos partos eutócicos que avalan la vía vaginal para un parto exitoso, el doctor B. administra ocitocicos que provocan el inicio de una dinámica uterina útil para el descenso y favorecen los cambios en el cuello uterino. El resultado no se hace esperar y en un lapso de tiempo adecuado se inicia el período expulsivo. Hasta aquí todo anda bien según lo previsto, pero en ese momento aparece súbita e inesperadamente la distocia que interrumpe la normalidad del proceso y es la causante del insuceso que origina la demanda. Pero antes de hacer referencia a la complicación, debe resaltarse que hasta ese momento la actuación de los doctores B.M. y G.L. se ajustó en un todo a los dictados de la Lex Artis según se puede comprobar por la buena respuesta a la administración de los ocitocicos hasta llegar en un tiempo adecuado al período expulsivo. Es oportuno hacer este reconocimiento ante el cuestionamiento, acogido por el Instructor, de haber escogido en este caso el parto vaginal en vez de la cesárea como argumento de la quejosa para inculpar a los médicos subjudice. Pretender enjuiciar a los médicos demandados de haber violado la autonomía de la paciente al descartar la cesárea deseada por esta, y basados en las buenas condiciones del feto y los antecedentes obstétricos de la madre, no preferir el parto vaginal, significaría una tergiversación inexplicable de la Lex Artis y una errónea interpretación del código de ética médica.

2. Características de la complicación.

La distocia de hombros se presenta por impactación del hombro anterior detrás de la sínfisis del pubis materno impidiendo así la expulsión de la presentación y exponiendo el feto a complicaciones que pueden llegar a ocasionar su muerte. Este tipo de distocia se presenta de manera imprevista y por lo tanto su aparición es imprevisible pues si bien se describen factores de riesgo como la macrosomía fetal y el sobrepeso de la madre ausentes en este caso, su baja frecuencia - 0.5% a 1.6% - en los fetos que pesan entre 2.500 y 4.000grms, contribuye a no tenerla presente ante un trabajo de parto tan normal en su evolución como el presentado por la señora R.R. Ante estas circunstancias es oportuno consignar aquí lo anotado en el editorial de la Gaceta Jurisprudencial del Tribunal Nacional de Ética Médica dedicado a ginecología y obstetricia (junio de 2.013) así: “ Dentro de las especialidades médicas es notorio el predominio de quejas referentes a la ginecobstetricia. Esto se debe a que la práctica obstétrica tiene características que la hacen especialmente sensible ante cualquier complicación inesperada, que en casos que vienen evolucionando satisfactoriamente “en segundos se convierten precipitosamente en un verdadero desastre” provocando, explicablemente, una reacción de los familiares que ven cruelmente frustradas las ilusiones que abrigaban con la llegada de un nuevo ser, cuando no la nefasta nueva de la gravedad de la madre o aún más de su fallecimiento.

“Los esfuerzos que se han hecho en nuestro medio a raíz de la aplicación del Enfoque de Riesgo Materno Fetal desde el año 1.975, han racionalizado la atención materna al poner en operación Los Niveles de Atención. Pero así se trate de Bajo Riesgo no puede desconocerse que hasta un 6% de estas pacientes se presentan complicaciones inesperadas que muchas veces rebasan la habilidad del especialista y afectan de manera dolorosa el buen suceso del parto”

3. De la sanción y del recurso.

La sanción impuesta a los médicos demandados fue sustentada en lo que el Tribunal Seccional consideró como pruebas evidentes que indican que “en el actuar médico medió CULPA de los profesionales de la salud en el caso sujeto a estudio cuales son imprudencia e impericia”

(F457v). Ya en el inicio de estos considerandos se puso de presente el oportuno manejo que se le dio a la quejosa estimulando la contractilidad uterina hasta llegar en un tiempo adecuado a la etapa expulsiva del parto, evitando de paso la infección ascendente favorecida por la ruptura prematura de membranas.

El hecho de haber aparecido la distocia de hombros, accidente imprevisible, no demerita la prudencia que caracterizó la conducción del trabajo de parto ni mucho menos la diligencia observada por los médicos en el seguimiento de la paciente y la pericia demostrada por el especialista doctor G. al ejecutar sin demora la maniobra que permitió la expulsión del feto.

Desafortunadamente el breve tiempo transcurrido de esta última etapa, no alcanzó a evitar la rapidez con que apareció la hipoxia fetal con aspiración aguda de líquido amniótico, causantes del sufrimiento fetal que ocasionó la muerte del fruto del embarazo.

Los imponderables que caracterizan esta distocia, que nada hacía prever en el presente caso, hicieron inútiles los esfuerzos de los médicos tratantes, pero ello no significa que su actuación pueda calificarse de culposa. Insistiendo en criticar la conducta del especialista C.G. se cuestiona que hubiese practicado la maniobra de Kristeler, pensando en que se utilizó para lograr el descenso de la cabeza fetal y no para ayudar en el desprendimiento de la presentación antes de que se produjera la distocia.

Con relación a los argumentos presentados en el recurso, debe insistirse que se hizo un prolijo análisis de la actuación de los médicos durante el curso del trabajo de parto coincidiendo con lo ya expuesto por esta Superioridad y apoyándose en los datos consignados en la historia clínica, en los testimonios contundentes de los peritos convocados y por lo expuesto en los salvamentos de voto de los dos magistrados que objetaron el fallo de la primera instancia, todo lo cual lleva a revocar la sanción impuesta a los médicos investigados.

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar la decisión tomada por el Tribunal de Ética Médica del Huila de sancionar con suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de un (1) mes a los doctores M.A.B.M. y C.G.L. por violación de los artículos 16 de la Ley 23 de 1.981 y 10 y 13 del decreto 3380 del mismo año y en cambio absolver de toda culpa a los médicos mencionados. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta decisión no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente respectivo al Tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

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

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

REF: Proceso 1777 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia

Denunciante: Señora A.S.

Contra: Doctor G.D.V.P.

Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora

Providencia No. 05-2015

VISTOS

El 22 de Octubre de 2.014, el Tribunal Seccional de Ética Médica De Antioquia decide sancionar al doctor G.D.V.P., con suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de un mes.

El 20 Noviembre, actuando dentro de términos legales, el médico condenado en primera instancia interpone a través de apoderado judicial, Recurso de Reposición y en subsidio Apelación en contra de la decisión ético disciplinaria.

El 10 de Diciembre el juez de Primera Instancia no repone la decisión y concede la apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Los cinco cuadernos que contienen el proceso se recibieron el 22 de enero de 2015 y, puesto el expediente para reparto el 27 del mismo mes, correspondió por sorteo al Magistrado Doctor FERNANDO GUZMAN MORA, quien procede a resolver la alzada con base en los siguientes:

HECHOS

El 21 de junio de 2010 se recibió en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Antioquia la queja interpuesta por la señora A.M.S.M., ante la Inspección de Policía Municipal de Alejandría (Antioquia) dos días antes.

Se trataba de una paciente menor de edad, residente en una vereda de difícil acceso y con una condición socioeconómica precaria aunado al hecho de ser primigestante.

Refiere la quejosa que el 24 de febrero de 2010 consultó al Hospital del Municipio de Alejandría Presbítero Luis Felipe Arbeláez por encontrarse en estado de embarazo. Allí fue atendida por la doctora S.L., quien la examinó en el área ginecológica, expresándole a la madre de la paciente que “no tenía capacidad para tener la bebe”. Con base en esto la profesional sugirió remitir la paciente a un hospital de nivel superior de complejidad.

El doctor G.D.V.P., con cargo administrativo de médico coordinador opinó lo contrario expresado por la médica S.L y no autorizó la remisión por considerar que la paciente SI podía ser atendida en esa institución regional mencionada.

Le fue administrado Pitocín, pero dada la pobre respuesta la doctora insistió en dicha remisión a la cual se opuso de manera sistemática el médico V.P. En el curso de la evolución la paciente presentó dificultad respiratoria y convulsiones, con lo cual la médica S.L. trató de imponer su decisión de enviar la paciente a un centro mas especializado. El galeno V.P. se opuso de nuevo y detuvo su paso a la ambulancia, enviándola de nuevo a la cama hospitalaria regional e iniciando droga anticonvulsivante , con lo cual solamente obtuvo una respuesta clínica de inconciencia.

Frente a esto el médico V.P. autorizó la remisión a la ciudad de Rionegro, en donde alas 5 AM fue atendida y su producto de la concepción fue extraída por medio de fórceps. Previamente el médico en cuestión había expresado que la criatura se encontraba muerta.

Tanto la madre como la niña lograron sobrevivir en el Hospital Regional de Rionegro, en donde diagnosticaron eclampsia severa y sufrimiento fetal agudo por cuadro de parto expulsivo prolongado.

Posteriormente la criatura falleció y la gestante presentó atonía uterina que requirió histerectomía que se complicó con necrosis tisular a nivel vulvar. En sus declaraciones, abiertamente contradictorias, el médico investigado inicialmente negó de manera rotunda haber atendido la paciente. Además no dejó constancia escrita en la historia clínica de los exámenes clínicos por él efectuados.

Posteriormente aceptó haber participado en la atención de la paciente embarazada y admitió no haber escrito en la historia el resultado de sus tactos vaginales.

En su diligencia de descargos y de manera torpe y grosera, el médico intentó desvirtuar el pliego de cargos en su contra, tratando por todos los medios posibles de involucrar en su irresponsable actuar a la médica S.L.

LA DECISION DE PRIMERA INSTANCIA

Los descargos enunciados por el médico G.D.V.P. y su defensa no fueron desvirtuados y decidió condenar al encartado con **SUSPENSION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO DE UN MES.**

Los principales motivos y argumentos para tomar esta decisión se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Ausencia de consignación escrita en la Historia Clínica de los actos médicos efectuados en la atención de la paciente A.M.S.M.
- Negligencia en relación con la remisión de la paciente en cuestión a un hospital de mayor nivel y recursos, lo cual era necesario en la atención médica de la enferma
- Violación de los artículos 10, 15 y 34 de la Ley 23 de 1981, concordantes con los artículos 1 a 4 de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud Pública

Dentro de términos, el abogado defensor de V.P. elevó recurso de reposición y en subsidio apelación en contra de la providencia sancionatoria, con base en los siguientes argumentos:

- 1- La sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de un mes fue excesiva.
- 2- El médico G.D.V.P., actuó sin intención de causar daño alguno a la paciente A.M.S.M.
- 3- La paciente en mención ya estaba siendo atendida por una médica graduada como lo era la doctora S.L., quien actuó de manera negligente.
- 4- La razón de no anotar sus actos médicos en la Historia Clínica se debió al hecho de encontrarse al lado de la paciente de manera perma-

nente. Además considera que “primero estaba la vida de la paciente más (SIC) que registrar inmediatamente procedimientos en la historia clínica”.

5- El médico V.P. fue diligente con la paciente en el momento de tomar una decisión.

El tribunal seccional decidió no reponer la decisión sancionatoria y concedió el Recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. Los argumentos expresados para rechazar la reposición se resumen así:

- El médico sancionado no tuvo en cuenta las condiciones clínicas evidentes que la hacían PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO, que en el caso presente incluían ser primigestante, menor de edad, de bajo nivel socioeconómico y en embarazo posttérmino.
- La falta de registro de sus actos médicos en la historia clínica, teniendo en cuenta especialmente su cargo de responsabilidad administrativa respecto de la médica S.L., a quien debía dar ejemplo de actuación médica correcta
- Sí existió un vínculo de relación médico paciente con la señora S.M. V.P. Sí obstaculizó la remisión de la paciente a un centro de mayor complejidad.
- La obligación de salvar la vida de los pacientes es inherente a cualquier acto médico y no va en contravía con el registro de los actos médicos orientados a ese fin en la historia clínica.

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE Ética MÉDICA

I-RESPECTO DE LOS PUNTOS QUE SUSTENTAN LA APELACION

1- La sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de un mes fue excesiva

Este Tribunal de Segunda Instancia no comparte esa apreciación de la defensa del ciudadano médico G.D.V.P., por los motivos que se analizarán mas adelante en esta providencia.

Por el contrario, tiene la certeza de haber recibido una sanción demasiado benévola por su actuar negligente, imprudente, culpable, irresponsable, arrogante, despectivo y demostrativo de una ignorancia francamente atrevida en relación con la paciente A.M.S.M.

- Negligente en cuanto a la falta de criterio para evaluar a una paciente con evidente alto riesgo obstétrico debido a múltiples condiciones:
 - a- Minoría de edad
 - b- Primigestación
 - c- Eclampsia
 - d- Bajo nivel socioeconómico (llámese claramente pobreza extrema)
 - e- Embarazo post termino

- Imprudente en el sentido de demorar el traslado a una institución de nivel superior para la atención de esta desafortunada paciente.

- Culpable por la conjunción de negligencia e imprudencia, que culminó en la muerte de la recién nacida y en la pérdida del órgano de la gestación debido a la necesidad de histerectomía en una mujer de corta edad.

- Irresponsable porque es evidente que desde el punto de vista legal su actuar fue típico, antijurídico y culpable desde el punto de vista penal y disciplinario.

- Arrogante, porque se pensó dueño de la verdad revelada al insistir en no remitir la paciente a otra institución en capacidad de atender a una enferma tan grave como la de este proceso, pensando hallarse en terrenos de la verdad y actuando, en consecuencia, de manera impositiva la cual se demostró todo el tiempo, específicamente al obligar a devolver la paciente en su paso hacia la ambulancia, insistiendo en que podía y debía ser atendida en la institución de nivel inferior donde laboraba.

- Despectivo respecto de su colega de menor edad y experiencia, la doctora S.L., a la cual no solamente maltrató con su actitud, con sus palabras y sus declaraciones procesales. Y si bien este no es motivo para determinar su condena, no puede pasarse por alto como una conducta indeseable en quien ostenta el título de médico, especialmente cuando la ofendida es menor, inexperta y mujer.

- Y demostrativo de una ignorancia atrevida, pues no solamente no tuvo en cuenta los graves factores que afectaban a la paciente victima de sus pésimas decisiones iniciales, sino que insistió de manera pertinaz en sostenerse en su error conceptual y ético.

2- El médico G.D.V.P., actuó sin intención de causar daño alguno a la paciente A.M.S.M

Cierto es que no se le acusó de una actuación dolosa respecto del manejo de la paciente S.M. Pero la CULPA GRAVE demostrada en su actuar podría ser de una calidad tan reprochable que se puede asimilar al dolo.

3- La paciente en mención ya estaba siendo atendida por una médica graduada como lo era la doctora S.L., quien actuó de manera negligente.

Es probable que la doctora S.L. haya actuado en forma inadecuada a su categoría de médica graduada y haya mostrado elementos de falta de serenidad en sus actos médicos en relación con la paciente obstétrica complicada. Pero es evidente que la decisión inicial de remitir la paciente sostenida por dicha médica fue la adecuada. Y en dicha decisión mostró mucho mejor criterio que el demostrado por V.P.

Adicionalmente, frente a la descompensación emocional de la médica novata, en lugar de criticarla y humillarla debió apoyarla y educarla con una actitud profesional ejemplar, lo cual no fue demostrado por este individuo con título de médico.

4- La razón de no anotar sus actos médicos en la Historia Clínica se debió al hecho de encontrarse al lado de la paciente de manera permanente. Además considera que “primero estaba la vida de la paciente más (SIC) que registrar inmediatamente procedimientos en la historia clínica.

Peregrino argumento que no es digno de credibilidad por parte de esta superioridad, pues analizando cuidadosamente el proceso se encuentra que no permaneció al lado de la paciente sino cuando ya se encontraba muy complicada como resultado de su negligencia e incapacidad profesional.

Además el registro de los actos médicos en la historia clínica NO ES OPCIONAL ni se encuentra al arbitrio del médico. Es de carácter OBLIGATORIO desde el punto de vista ético, profesional y de naturaleza legal.

5- El médico V.P. fue diligente con la paciente en el momento de tomar una decisión

Esto no lo cree ni acepta nadie al analizar lo ocurrido en esta actuación médica.

Diligencia al no evaluar por completo los factores de gravedad de una paciente de extracción humilde y gran necesidad económica?

Diligencia al no remitir a tiempo la paciente para una atención adecuada en centro de mayor complejidad?

Diligencia al insistir en su errada posición de atender a la enferma en una entidad absolutamente inadecuada para el manejo de una patología tan compleja?

Diligencia al someter a su paciente a riesgos innecesarios con las graves consecuencias de los daños ocasionados?

El ciudadano V.P. es un ejemplo de negligencia evidente en el actuar profesional de un médico.

II- CONSIDERACIONES SOBRE EL ACTO MÉDICO

Estima este Tribunal Nacional que debe sentar una serie de opiniones sobre el acto médico que el galeno V.P. desconoció de manera olímpica en su actuar.

La relación médico paciente, esencia del ejercicio de la Medicina, se produce cada vez que un profesional a quien la estructura social y jurídica de un país ha catalogado como idóneo para ejercer la Medicina, acepta la petición de otro miembro de la sociedad que acude en búsqueda de su opinión, consejo y posible tratamiento.

Como lo expresa la Ley 23 de 1981 (Título I, Capítulo I, Artículo 4):

“La relación médico-paciente es elemento primordial en la practica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico...”

De acuerdo con dicha ley, la relación médico paciente se cumple en los siguientes casos:

1-Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.

2-Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia

3-Por solicitud de terceras personas

4-Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o publica”

Titulo II, Capítulo I, Artículo 5. Ley 23 de 1981

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

A través del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente.

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

Cuatro características principales distinguen al Acto Médico:

La Profesionalidad, pues solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico. La ejecución típica, es decir, su ejecución conforme a la denominada “Lex Artis Ad Hoc” (ver adelante), sujeta a las normas de excelencia de ese momento. El tener por objetivo la curación o rehabilitación del enfermo y la Licitud, o sea su concordancia con las normas legales.

ACTO MÉDICO DIRECTO

Se llaman actos médicos directos aquellos en los cuales mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo. Ellos pueden ser preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. La prevención hace referencia a la recomendación de medidas para evitar la aparición de procesos patológicos.

El diagnóstico es la opinión del médico obtenida de la observación directa o de laboratorio del paciente.

La terapéutica se refiere a las diversas formas de tratamiento para la enfermedad

La rehabilitación es el conjunto de medidas encaminadas a completar la terapéutica para reincorporar al individuo a su entorno personal y social.

ACTO MÉDICO Y ACTO JURIDICO

Cuando el médico actúa como tal, manipula técnicas y conocimientos con miras a un resultado concreto. Este fin buscado por el ejercicio de la medicina tiene implicaciones ante la ley.

Es pues, el acto médico (cualquiera que él sea) una fuente de la que emanan consecuencias jurídicas para el profesional que lo realiza y para el paciente que ha sido objeto de esta actividad. Aunque no la única fuente, como se verá.

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

Esos derechos han sido reconocidos previamente por la ley como derechos subjetivos (es obvio que las personas solamente podemos alegar en nuestro favor aquellos derechos que el ordenamiento legal previamente nos haya concedido). Jurídicamente deben considerarse por separado dos momentos cuando se habla de alegar o invocar un derecho subjetivo: el primero, de consagración abstracta e impersonal; el segundo, de aplicación de esa norma abstracta al caso concreto. Por ejemplo, del consagrado constitucionalmente “toda persona tiene derecho a la vida” puede pasarse, en un evento determinado, al reclamo judicial por parte del médico que ha ganado sus honorarios, o contra el médico por cuya culpa alguien falleció.

El primer momento se denomina derecho objetivo mientras que el segundo se llama derecho subjetivo (prerrogativa consolidada en una persona determinada, en una circunstancia dada).

Como dicen Marty y Raynaud, el problema de las fuentes de las obligaciones no es sino un aspecto del problema de los derechos subjetivos.

Y como el derecho subjetivo encuentra su fuerza en la norma de derecho objetivo, hay que concluir que el derecho subjetivo tiene su fuente en la ley. Solo que el nacimiento de ese derecho subjetivo supone un elemento concreto que en determinado momento desencadene la aplicación de la norma objetiva. En consecuencia y a pesar de su infinita variedad, esas circunstancias generadoras de derechos pueden ser reducidas a dos categorías: el acto jurídico y el hecho jurídico.

Es una clasificación estrecha que deja por fuera otras fuentes de las obligaciones, pero sirve muy bien para resaltar de que manera el acto médico puede ser ese “elemento concreto que en un determinado momento desencadena la aplicación de la norma objetiva”. Las obligaciones del médico, frente al derecho, provienen de su actividad consciente y, por lo tanto, son la contrapartida de los derechos del enfermo que ha acudido en busca de ayuda o atención; derechos y obligaciones que están establecidos en la ley.

Sin embargo, hay que dejar constancia de que esta teoría puede ser un poco rígida, pues el ordenamiento jurídico no solo incluye las normas positivas, sino también las normas de conducta que la moral y las buenas costumbres nos transmiten generacionalmente.

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

Los actos jurídicos, por otra parte, se distinguen de los hechos jurídicos: mientras aquellos buscan un resultado concreto en el derecho (por ejemplo un contrato de prestación de servicios profesionales busca la recuperación de la salud del paciente a cambio de los honorarios médicos), éstos no encuentran sus implicaciones jurídicas en la voluntad o intención con que se realizan (por ejemplo, en un accidente de tránsito, la lesión -hecho producido por el hombre- no ha sido querida sino, antes por el contrario, ha procurado ser evitada).

La responsabilidad jurídica se desprende acá del incumplimiento o violación de una norma, porque así lo ha querido la ley, sin importar lo que se haya propuesto el autor. Con mayor razón, si lo que se desea y obtiene con el hecho es esta violación del derecho; la consecuencia de este hecho antijurídico (querido o no) la define el código penal bajo la denominación de “pena”.

Del acto médico, por lo que se ha visto hasta ahora, pueden desprenderse dos tipos de consecuencias en Derecho: las que resultan del acto jurídico (“responsabilidad” por el acto) y las que resultan del hecho jurídico (“perjuicios” indemnizables por el hecho antijurídico capaz de generar implicaciones en el Derecho - el delito, por ejemplo-).

Ambos tipos de consecuencias están contemplados en la ley (en los códigos civil o penal) y tienen que ver con los derechos subjetivos de las partes que intervienen en el acto médico: profesional de la medicina y paciente (por sí o por sus allegados).

El “acto médico” es un hecho del hombre específicamente capacitado en esta ciencia, que acarrea consecuencias porque se realiza voluntariamente y tiene como “objeto” la vida o la salud de otro hombre (paciente), de manera que el resultado del actuar del médico siempre tendrá que ver con la ley, por incidir sobre un “sujeto de derechos”; por afectar los derechos de otro hombre que se ha puesto en sus manos

OBLIGACIONES Y DEBERES DEL MÉDICO

Las obligaciones del médico, en opinión generalizada de los tratadistas son, con algunas variaciones, las siguientes:

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

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma, la sanción de SUSPENSIÓN EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA por espacio de un mes al médico G.D.V.P., por violación de los artículos 10, 15 y 34 de la Ley 23 de 1981, concordantes con los artículos 1 a 4 de la

Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud Pública. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente decisión no caben recursos **ARTÍCULO TERCERO:** Enviar el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, veintisiete (27) de Octubre del año dos mil quince (2015).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1295 DEL VENTISIETE (27)
DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

REF: Proceso No. 2956, Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca.

Contra: Doctores .A.P.B, L.P.L.D. y E.H.S.D.

Denunciante: Señor J.M.G. y Otra.

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández

Providencia No. 103-2015

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca, en Sala Plena del 11 de Agosto de 2015, resolvió no aceptar los descargos presentados por los médicos V.A.P.V., y E.H.S.D. e imponerles una sanción consistente en **censura escrita pero privada**. Contra esta decisión, el día 28 de agosto de 2015, la apoderada del médico E.H.S.D., presenta recurso de reposición y en subsidio apelación. Mediante providencia del 29 de septiembre de 2015, el tribunal seccional no repone y concede la apelación, por lo que envió las diligencias a este Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de su competencia.

El expediente, dos (2) cuadernos que contienen 272 y 425 folios respectivamente, fue recibido en este Tribunal Nacional el 8 de octubre de 2015; puesto el asunto para reparto en Sala Plena el 13 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 27 de mayo de 2014, se reciben en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca los documentos relacionados con la queja presentada por el señor J.M.G.J. y la señora L.J.S.V. por la atención médica que se le dispensara en Inversiones Médicas “Los Andes” por parte del médico E.H.S.D.

El día 1 de noviembre de 2012, la señora L.J.S.V. es remitida por la Dirección de Sanidad Militar a la “Clínica Los Andes” de la ciudad de Tunja para “Atención integral por la especialidad de Ginecología y Obstetricia”; presentaba embarazo de 40 semanas de gestación por ecografía y se solicitó definir inducción del parto. La paciente se encontró bien, lo mismo que la monitoría fetal por lo que se cita en urgencias el día 5 de noviembre, en caso de no iniciar actividad uterina antes.

Asiste nuevamente a la clínica los días 4 y 5 de noviembre y se realiza monitoreo encontrándose bienestar fetal. Por no haber disponibilidad de camas, se cita para inducción del parto el día 6 de noviembre y ese mismo día se inicia inducción con misoprostol.

El día 7 de noviembre (segundo día de hospitalización), a las 6:19 horas, se encuentra la paciente en buen estado general, estable con actividad uterina irregular, cuello posterior, dilatado 5 cm, borrado 90%. A las 11:15 horas, la médica general L.P.L.D., ordena traslado a sala de partos al encontrarla con actividad uterina regular, dilatación de 9 cm y borramiento de 100%.

En la nota de atención del parto atendido por el Dr. E.H.S.D., a las 13:59 horas se anota diagnóstico de embarazo de 40 semanas, ruptura prematura de membranas de 14 horas, pelvis límite y recién nacido masculino potencialmente infectado. Procedimiento: atención de parto normal, alumbramiento tipo Duncan. Se obtiene recién nacido sexo masculino a las 13:10 con Apgar 6/10 al minuto y 8/10 a los 5 minutos. Se pasa a la unidad neonatal. Ballard de 38 semanas, peso 3300 gramos, talla 54 cm. Cefalohematoma moderado. Requiere intubación oro-traqueal y posteriormente por deterioro de las condiciones del paciente, se decide traslado al Hospital Militar Central, en Bogotá D.C., donde fallece en la unidad de cuidado intensivo neonatal al día siguiente del ingreso.

Se realiza necropsia cuyos principales hallazgos fueron:

1. Mortinato (sic) de sexo masculino sin malformaciones congénitas, 40 semanas por antropometría, 3300 gr, 54 cm, con peso adecuado para la edad gestacional.
2. Trauma obstétrico con parto distócico instrumentado y expulsivo prolongado.
3. Trauma intracraneano con fractura parietal derecha.
4. Hematoma epidural.
5. Hemorragia sub aracnoidea de la convexidad de los hemisferios.

Causa de muerte: Trauma intracraneano con fractura parietal derecha, hemorragia sub aracnoidea y asfixia perinatal aguda.

Los denunciantes reclaman lo siguiente:

1. Siendo la Clínica Inversiones Médicas Los Andes de III nivel de atención, de acuerdo con la Secretaría de Salud de Boyacá, debe contar con todas las especialidades médicas y no entienden por qué no se les brindó atención por un especialista; tampoco se les informó que el especialista no estaba disponible y en tal caso, acudir a otra entidad médica.
2. El médico que atendió el parto no tuvo en cuenta la remisión en la cual se solicitaba la atención de un especialista a fin de determinar si podía tener un parto normal o cesárea.
3. Al no ser valorada por un especialista no se percató de la pelvis estrecha, por lo que se requirió parto instrumentado y se ocasionó desgarro grado III.
4. El médico no tuvo en cuenta el peso y la talla del bebé.
5. Se puede observar la falta de preparación y experiencia en la atención de partos complicados y la utilización de instrumentos que solo debe utilizar un especialista causando las lesiones que llevaron a la muerte de su hijo.

ACTUACIÓN PROCESAL

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca, en Sala Plena del 10 de junio de 2014, aceptó la queja y declara abierto el proceso, correspondiéndole su instrucción al magistrado, Germán Francisco Uriza Gutiérrez. Durante el proceso se obtuvieron las siguientes pruebas:

1. Copia de la historia clínica de Inversiones Médicas de Los Andes S.A.S, correspondiente a la señora L.J.S.V.

2. Copia del protocolo de autopsia 39-2012 practicado al cadáver del hijo de L.J.S.V.
3. Copia de la historia clínica del Hospital Militar Central correspondiente al recién nacido, hijo de L.J.S.V.
4. Copia de la historia clínica del Batallón ASPC No. 1 Cacique Tundama, correspondiente a L.J.S.V.
5. Testimonio rendido por la doctora L.P.L.D., el 20 de noviembre de 2014.
6. Versión libre rendida por el doctor E.H.S.D., el día 4 de diciembre de 2014.
7. Testimonio rendido por la señora Mónica Liceth Natalia Rubiano González, auxiliar de enfermería de la Clínica Los Andes de Tunja, el día 22 de enero de 2015.
8. Testimonio rendido por la señora Julia Patricia Reyes González, auxiliar de enfermería de la Clínica Los Andes de Tunja, el día 22 de enero de 2015.
9. Mediando despacho comisorio al Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico se recibió el testimonio de la doctora Yamileth Ruiz Castro, el día 9 de marzo de 2015.
10. Versión libre rendida por el doctor V.A.P.V., el 12 de marzo de 2015.
11. Copia de la programación de cirugías de la Clínica Los Andes del día 7 de noviembre de 2012.
12. Copia del folio 65 del libro de atención de partos y copia de las intervenciones quirúrgicas del mes de noviembre del año 2012, practicadas en la Clínica Los Andes de Tunja.
13. Declaración rendida por el señor J.M.G.J. y la señora J.S.V., el día 16 de abril de 2015.

Mediante providencia del 12 de mayo de 2015, la Sala Plena del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca, consideró que existía mérito para abrir pliego de cargos contra los médicos V.A.P.V. y E.H.S.D., por posible violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 que dispone:

Artículo 15. *El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados.*

El tribunal seccional en sala plena del 30 de junio y del 14 de julio del 2015, recibió los descargos presentados por los médicos implicados, acompañados por sus respectivos abogados y mediante providencia del 11 de Agosto, resolvió no aceptar los descargos presentados por los médicos V.A.P.V. y

E.H.S.D., e imponerles una sanción consistente en censura escrita pero privada. Contra esta decisión, el día 28 de agosto de 2015, la apoderada del médico E.H.S.D., presenta recurso de reposición y en subsidio apelación que el tribunal seccional no repone y concede la apelación.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

El presente proceso corresponde a un caso de mortalidad neonatal posterior a la atención de un parto distócico. El médico general E.H.S.D., es sancionado por el tribunal seccional al considerar que su actuación fue imprudente, fundamentalmente por dos razones: en primer lugar, por haber atendido el parto complicado de L.J.S.V. y no llamar o mandar llamar al gineco-obstetra para que se hiciera presente y se encargara de la atención de la citada paciente; en segundo lugar, por haber ordenado a las auxiliares de enfermería, practicar la maniobra de Kristeller.

Con relación al primer motivo, la defensa en su recurso, presenta tres argumentos para justificar dicha actitud: 1) Que si bien la paciente cursó con un expulsivo prolongado, el Dr. S. no estuvo con la paciente todo ese tiempo.

2) Que la doctora L.L. ordenó el traslado de la paciente a la sala de partos a las 11:10 am y que el médico S. se presentó a la 1:10 pm, permaneciendo casi dos horas sin apoyo médico.

3) Que el Gineco-obstetra encargado de la prestación del servicio, no valoró a la paciente ni le hizo seguimiento, después de ordenar la inducción con misoprostol, siendo el encargado de controlar el trabajo de parto de la señora S.V.

En la providencia expedida por el tribunal seccional el 11 de agosto de 2015, queda claro que efectivamente el Dr. V.A.P.V. era el especialista responsable de hacer el seguimiento a la paciente y vigilar el trabajo de parto; por tal motivo el tribunal A quo le impuso sanción por violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1981. Este hecho de incumplimiento por parte del especialista, no exonera de responsabilidad al médico S.D., quién asumió el riesgo de atender a la paciente, argumentando que “en sus 30 años de experiencia ha atendido más de 11.000 partos”. Como resultado de dicha experiencia, el médico general implicado, debió reconocer sus limitaciones y llamar al especialista.

Por otra parte, en las declaraciones dadas por las auxiliares de enfermería durante el proceso, se afirma que, en el día de los hechos, el doctor S.D. era el médico encargado de la atención de partos y fue quien ordenó pasar la paciente a la mesa de procedimientos. El tiempo transcurrido en esta fase del expulsivo fue entre 25 y 30 minutos, según afirman las dos auxiliares de enfermería, contrario a lo manifestado por el médico S.D., quién insiste en que este episodio solo duró 10 minutos.

Por otra parte, entre la hora de la orden de traslado de la paciente a la sala de partos, dada por la doctora L. y la atención por parte del médico S.D., transcurrieron aproximadamente dos (2) horas, tiempo en que como lo manifiesta el implicado, la paciente permaneció sin apoyo médico. No es posible imputar responsabilidad alguna a los médicos participantes en la atención de la paciente durante este tiempo, debido a que no existen pruebas de que hubieran sido requeridos por parte del personal auxiliar de la clínica; durante este lapso de tiempo, si se hubiera prestado una adecuada atención, se habrían podido evitar las complicaciones presentadas durante el expulsivo que llevaron al desenlace fatal del recién nacido.

Al revisar la actuación del médico general S.D., ni en la historia clínica, ni tampoco en las declaraciones rendidas por las auxiliares de enfermería que lo acompañaron durante la atención del parto fue posible encontrar pruebas que permitieran establecer que el acusado llamó o mandó llamar al especialista durante la atención de emergencia brindada a la paciente, como lo afirma la defensa en la ampliación del recurso de reposición y en subsidio de apelación al referirse a la IMPOSIBILIDAD DE EXIGIR OTRA CONDUCTA A MI PROHIJADO.

Con relación a la ponderación de riesgos que en esta misma ampliación reclama la defensa, tampoco se le exige al médico que debía esperar al especialista en vez de actuar; simplemente omitió lo primero y decidió asumir los riesgos de actuar por su cuenta. Finalmente, se aclara por parte de esta superioridad, que en ningún caso se le sanciona al médico por no haber logrado el objetivo de lograr un producto sano durante la atención del parto. Como bien lo anota la defensa y lo ha manifestado este tribunal en anteriores providencias, el ejercicio de la obstetricia no conlleva una obligación de resultados sino de medios. Es necesario precisar que uno de los medios que debió utilizar el médico inculcado fue el de llamar al especialista, máximo si sabía que la clínica contaba con ese recurso para situaciones como la descrita y que corresponde a la atención de un parto distócico.

Con base en los argumentos presentados por la defensa y en los descargos presentados por el médico acusado, no fue posible desvirtuar por parte del doctor S.D., la acusación consistente en que no llamó o mandó llamar al especialista, para que se encargara de la atención de un parto complicado, con expulsivo prolongado, asumiendo de esta forma riesgos injustificados por su actuar imprudente, confiado posiblemente, en su “gran experiencia” en la atención de partos.

Con relación a la orden dada a las auxiliares de enfermería de practicar maniobra de Kristeller, considera la defensa que estaba justificada debido a que el feto se encontraba bradicárdico, en una estación de +3 o más abajo y el pujo no era eficiente. Al respecto, revisando la historia clínica de la paciente y la nota sobre la atención del parto realizada por el mismo doctor E.H.S.D. (folio 063), no se anota dicho hallazgo clínico, ni información que indicara sufrimiento fetal.

En las guías de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, citadas por el tribunal seccional en su providencia, se establece que la maniobra de Kristeller tiene alto riesgo de complicaciones y debe evitarse; cuando se practica, debe hacerse por un médico gineco-obstetra y únicamente debe ser utilizada con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación. El médico S.D. actuó de manera imprudente al ordenar a las auxiliares de enfermería practicar la maniobra de Kristeller a la paciente L.J.S.V.

Por las razones anteriormente descritas, este Tribunal Nacional de Ética Médica considera que la actuación del médico E.H.S.D. fue imprudente, y como ya lo ha anotado el tribunal de primera instancia cuando decide negar el recurso de reposición, esta superioridad acoge lo enunciado por el magistrado Fernando Guzmán Mora cuando considera que *“la imprudencia es la falta de previsión de las consecuencias de una acción. Es exceso de acción que coloca al paciente por fuera del riesgo previsto, sea por inobservancia de reglamentos, precipitud, falta de tiempo, dedicación necesaria al paciente, procedimientos temerarios, experimentación ilegal o no aceptación de las propias limitaciones. Es, como algunos lo han denominado, una especie de culpa consciente.”*

Este tribunal nacional no puede dejar pasar inadvertida la gravedad de los hechos que sucedieron durante la atención del parto de la paciente L.J.S.V. en la “Clínica Los Andes” de Tunja, y que llevaron a la muerte del producto

de la gestación a las pocas horas de nacer. La embarazada acudió oportunamente y en muy buenas condiciones a una clínica que en apariencia, cumplía con las condiciones necesarias para la atención obstétrica y que ofrecía los servicios y el personal científico especializados requeridos en estos casos. Se realizó inducción del parto, pero no se le brindó el control adecuado por parte del personal científico de la institución, lo que llevó a la falta de la oportuna atención de un expulsivo prolongado y como se aprecia en la misma historia clínica, se perdió tiempo valioso en la atención del parto. Estos hechos deben ser puestos en conocimiento de las respectivas autoridades con el fin de aplicar los correctivos necesarios para que no vuelvan a suceder; no es aceptable que una clínica de este nivel, ofrezca sus servicios a la comunidad con un solo médico especialista disponible 24 horas al día y siete días a la semana.

Por otra parte, esta superioridad considera que la sanción impuesta, consistente en **censura escrita pero privada**, no guarda proporcionalidad con la gravedad de los hechos ocurridos, en donde existe una falla médica manifiesta, evidenciada en la severidad de los hallazgos de la necropsia que fue descrita como *“trauma intracraneano con fractura parietal derecha, hemorragia sub aracnoidea y asfixia perinatal aguda”*.

En la misma necropsia se informa sobre la existencia de *“trauma obstétrico con parto distócico instrumentado y expulsivo prolongado”*, lo que contrasta con la muy pobre nota de atención del parto realizada por el Dr. E.H.S.D., en donde queda la falsa impresión de que se atendió un parto sin mayores complicaciones.

Aunque el tribunal A quo no pudo evidenciar la existencia de un parto instrumentado tampoco logró descartarla y no se explican de una manera razonable las severas lesiones que se le produjeron al recién nacido durante su alumbramiento, que llevaron a su muerte a las pocas horas de nacido, hechos que por su gravedad y consecuencias ameritaban sanciones más drásticas por parte del tribunal seccional a los médicos implicados y no una sanción tan benévola como la impuesta y que lamentablemente este tribunal debe confirmar.

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 Cundinamarca en el proceso 2956, por la cual se impuso sanción de censura escrita pero privada al doctor E.H.S.D. por violación al artículo 15 de la Ley 23 de 1981, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** COMPULSAR copias a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para su archivo. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

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

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

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

**REF: Proceso No 2504 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca
Contra la Dra. R.A.F.M.**

Demandante: Procuraduría Regional de Florencia

**Magistrado ponente: Dr. Lilian Torregrosa Almonacid
Providencia No. 40-2014**

VISTOS:

Mediante fallo del 4 de febrero de 2014 el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca decidió conceder el recurso de apelación contra el fallo del 26 de noviembre de 2013 mediante el cual sancionó a la Dra. R.A.F.M. médica general del Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán, con amonestación privada. La apelación fue presentada el 21 de enero de 2014 y enviada al Tribunal Nacional de Ética Médica donde se recibió el 26 de febrero de 2014. Puesta para reparto en Sala Plena del 04 de marzo, correspondió por sorteo a la Magistrada Lilian Torregrosa Almonacid

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

HECHOS:

El 20 de enero de 2011 la Procuraduría Regional de Florencia, remitió al Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca queja interpuesta por la señora I.V.M. ante la Personería Municipal de San Vicente del Caguán contra médicos del Hospital San Rafael por supuestas fallas en la atención que le propiciaron a partir del día 7 de marzo de 2010.

En auto del 8 de febrero de 2011 el tribunal seccional aceptó la queja, abrió la investigación y en el curso de ella recibió ratificación y ampliación juramentada de la misma por parte de la señora V.M., escuchó la versión libre de la Dra. R.A.F.M. y oyó en declaración juramentada al doctor Daniel Fernando Almario Botello (médico general); estudió así mismo la historia clínica de la señora V.M. producto de su atención en los Hospitales María Inmaculada de Florencia Caquetá y San Rafael de San Vicente del Caguán.

De acuerdo con los registros de la historia clínica la señora I.V.M. de 42 años de edad, consultó el 7 de marzo de 2010 al Hospital de San Vicente del Caguán por inicio de contracciones uterinas al final de su quinto embarazo. Al ingreso, después de una historia clínica y examen físico completos según los cuales la paciente presentaba al examen genital una dilatación del cuello de 2 cm y borramiento del 20%, se registraron los diagnósticos de Embarazo de 38.5 semanas e inicio del trabajo de parto; por esta razón la señora V.M. fue hospitalizada. Durante las siguientes horas, se encontró que el trabajo de parto no progresaba y no había modificaciones en el tacto vaginal, por lo que al día siguiente (8 de marzo) fue remitida al Hospital María Inmaculada de Florencia Caquetá.

En dicha institución, la evaluación inicial en urgencias mostró una actividad uterina en disminución, signos vitales maternos y fetocardia normales y como hallazgos al examen genital se encontró una dilatación de 2-3 cm con borramiento de 30% y membranas íntegras, hallazgos concordantes con una dilatación cervical estacionaria. Se ordenó una ecografía obstétrica y monitoria fetal que fueron interpretadas por la Dra. R.A.F.M.a las 14:30 de la siguiente manera: “*Monitoria fetal débilmente reactiva, FCF 130, no hay desaceleración. Eco obstet EG 35texto ilegible.... TVD 2 cm B 20 % memb inte. Plan salida con recomendaciones y signos de alarma actividad uterina regular 3/10, disminución de movimientos fetales, sangrado, amniorrea.*”

A folio 189 aparece monitoría fetal sin estrés, no reactiva (categoría 2), con línea de base de 135 LPM, variabilidad disminuida y sin aceleraciones de la FCF, no se registran durante la misma movimientos fetales; y a folio 190 ecografía obstétrica realizada por radiología en la que se describe feto longitudinal, cefálico, dorso izquierdo, movimientos activos y espontáneos. Placenta y líquido amnióticos normales para la edad gestacional del feto, FCF 120 LPM y que concluye embarazo de 35 semanas con peso aproximado de 2732 +- 223 gramos.

Como última anotación en la historia clínica de esta atención, la Dra Morales, a las 19+30 registró: *“Monitoría fetal débilmente reactiva FCF 130 x’ No hay desaceleración, ECO obst EG 35 texto legible... TV = D= 2 cm B= 20% memb inte Plan/ Salida con recomendaciones y sx de alarma (actividad uterina regular 3/10’/230’.) disminución mov fetales, sangrado, amniorrea”*; y ordenó el egreso.

La paciente consultó nuevamente a urgencias del Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán cuatro días después por reinicio de la actividad uterina y disminución de los movimientos fetales y fue atendida por la Dra. Viviana Mora quien diagnosticó embarazo de 39 semanas, hipoactividad fetal y parto y solicitó la remisión a Florencia para nueva valoración especializada. La paciente no aceptó el traslado por lo que se explicaron los riesgos de esta decisión, sin embargo, firmó una declaración de retiro voluntario.

Un día después consultó a urgencias por dolor abdominal y fue atendida por el Dr. Daniel Almario, quien encontró como hallazgos anormales al examen físico taquicardia, palidez, y al tacto vaginal dilatación de 7 cm con borramiento de 90%; diagnosticó un embarazo de 38 semanas, trabajo de parto en fase activa, síndrome anémico y hospitalizó a la paciente anotando que el monitor fetal se encontraba dañado.

En el hospital se realizó el partograma donde se registraron signos vitales maternos y fetocardia normales, actividad uterina regular y progresión de la dilatación; horas después del ingreso se decidió remitir la paciente al Hospital de Florencia por resultados de Hemoglobina de 7 y hematocrito de 25. Antes de completar la remisión, treinta minutos después del anterior registro en la historia clínica, se consigna que la paciente progresa a periodo expulsivo por lo que se traslada a sala de partos y se atiende parto vaginal obteniendo recién nacido de sexo masculino en malas condiciones generales, con APGAR de 3; de acuerdo con esta situación clínica, se reanima durante 45 minutos sin ninguna respuesta y fallece hacia las 22:50.

La señora V.M. evoluciona favorablemente en el postparto, por lo que se autoriza la salida de la institución con recomendaciones por su estado anémico.

En su ratificación y ampliación de queja *bajo juramento la quejosa afirmó que inicialmente había consultado por “dolores de parto y el día lunes 8 de marzo me remitieron al Hospital de Florencia porque se me habían*

quitado los dolores y debían suministrarme droga, ya que tenía cuatro de dilatación...Estando en Florencia me dijeron que debía esperar para hacerme una ecografía y un monitoreo, y que dependiendo de los resultados me colocaban la droga. Con los resultados en mano el médico que estaba en sala de partos a las 11:30 a.m. aproximadamente, me envió para la casa y que esperara que me dieran los dolores normal ...El viernes 12 regresé al Hospital de San Vicente porque ya no sentía el bebé y la doctora volvió a remitirme a Florencia para otro monitoreo y les explique que cuatro días antes había ido a Florencia y les mostré los resultados, ella al verlos me envió nuevamente a Florencia y que si yo no quería ir eso quedaba en mi conciencia y que si seguía enferma volviera ya que tenía que esperar hasta el 17 de marzo y que en esa fecha dependiendo me enviaba a Florencia para que colocaran droga o me hicieran cesárea”

Un día después, regresa al hospital y refiere que “ *el médico Daniel Fernando Almario Botello que me atendió dijo que ya estaba en proceso de parto que tenía siete de dilatación y me hospitalizaron... a las 10:00 pm el médico me dijo que me iba a remitir a Florencia porque tenía la Hemoglobina muy baja y no subía la dilatación... el médico me dijo que ya no me podía remitir porque yo ya iba para sala de parto y me llevaron a sala de parto, estando ahí reventé fuente y me dio el pujo y nació el bebé... ”*

Debido a que el bebé falleció después de los intentos por reanimarlo en la sala de partos, la señora V. solicitó al final de su queja “ *...el Hospital o las personas que me atendieron deben responder por la muerte de mi bebé porque y siempre estuve asistiendo a mis controles y nunca me dijeron que tenía anemia.”*

Por su parte la acusada, Dra. R.A.F.M. se refirió a lo ocurrido durante su atención de la siguiente manera:

“ Yo recibo mi turno a la 1 de la tarde empiezo a revisar las historias, concretamente en este caso tomo la historia, reviso los paraclínicos, llamo a la paciente la examino, le comento el reporte de los paraclínicos, ubico al Ginecólogo y le comento la paciente y entre los dos definimos la salida de la paciente ante la confirmación del bienestar materno y fetal... Al confirmar bienestar fetal, no solo por la monitoría y la ecografía, al ver que la paciente no se encontraba en un trabajo de parto en fase activa, le di la salida con las recomendaciones.”

Cuando es interrogada por la interconsulta al especialista de turno responde que comentó el caso con el Ginecólogo de turno pero no lo registró en la historia clínica”, y al ser cuestionada sobre la constancia en la historia clínica de la interconsulta al Obstetra de turno responde “ *Eso no lo anoté* ” ; ante la pregunta por la interpretación que dio a la monitoría fetal realizada contesta: “ *La interpreté como débilmente reactiva, negativa para sufrimiento fetal, sin actividad uterina* ”.

Frente al informe de conclusiones presentado por el Magistrado instructor el 29 de enero de 2013, la Sala Plena del Tribunal Seccional decidió, en sesión del 12 de febrero, declarar que no existía mérito para formular cargos en contra de los médicos del Hospital San Vicente del Caguán y abrir pliego de cargos contra la Dra. R.A.F.M. por presunta violación del artículo 15¹ de la Ley 23 de 1981 que en su parte pertinente dispone: “ *El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados...* ”

La Dra. F. presentó oportunamente sus descargos en los cuales reiteró que su actuación frente a la paciente se ajustó a la situación clínica de la madre y el feto durante su turno y aclara que el resultado de la monitoría realizada a la señora V.M. puede justificar desde el punto de vista científico “ *la omisión de solicitar una monitoría con estrés* ” de acuerdo con los elementos de juicio que tuvo a su disposición al momento de la atención médica. Señaló además que “ *los paraclínicos no indicaban la necesidad de realizar otras pruebas como la señalada en la imputación de cargos, pues la ecografía no arrojó ninguna alteración y la monitoría fue reactiva que en su momento la calificué como débilmente reactiva pero que de ninguna forma se debía considerar como no reactiva* ”

Finalmente insistió en que la valoración y toma de conductas frente al caso de la señora V.M. se llevó a cabo de manera conjunta con el especialista de turno y prueba de ello fueron las declaraciones de la quejosa al respecto cuando dijo: “ *Con los resultados en mano, el médico que estaba en sala de parto... me envió para la casa* ” y “ *Después de esos exámenes los pasaron al ginecólogo y él dijo que estaban normal... Luego me dieron la salida* ”.

¹ 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 puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

El 11 de junio de 2013 el Tribunal de Cundinamarca decretó el testimonio del médico Gineco- Obstetra que se encontraba de turno el día de los hechos, y éste fue recibido el 4 de octubre de 2013 en la Personería Municipal de Florencia.

Respecto a la solicitud de interconsulta especializada por parte de la médica general encargada de la atención inicial en Obstetricia, el Dr. Héctor Hernán Ramírez Gineco Obstetra, respondió: “ *De acuerdo al cuadro de turno de la fecha me encontraba como Ginecólogo único de turno en el espacio de las 13.00 a 19:00 horas, no recuerdo haber sido interconsultado para la valoración de la paciente I.V.M. y en revisión de la historia clínica de la paciente en mención, nunca fue solicitada la valoración por Ginecología.... Nunca fui interconsultado para la atención de la paciente, las interconsultas son respondidas por escrito en la historia clínica y en esta historia no hay solicitud ni hay valoración por especialista. “Las valoraciones siempre, al igual que las interconsultas se solicitan en nuestro hospital por escritodebían ser solicitadas por escrito y de la misma forma debían ser respondidas por escrito en la historia clínica”*. Aclara que en sus turnos la totalidad de pacientes valoradas cuentan con los registros correspondientes en la historia clínica y que no es correcta la afirmación de la doctora R.A.F.M. respecto a que las interconsultas obstétricas se realizaban verbalmente para el momento de los hechos.

Analizado el acervo probatorio, procedió el Tribunal seccional, el 26 de noviembre de 2013 a proferir fallo sancionatorio, por violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 concordante con el decreto 3380 de 1981, e impuso a la Dra. R.A.F.M. la sanción consistente en amonestación privada. Frente a esta decisión interpuso oportunamente la defensa recursos de reposición y en subsidio de apelación , el primero fue negado el 4 de febrero de 2014 y el segundo se resuelve en la presente ocasión.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS :

En su decisión final, el Tribunal seccional resolvió no aceptar los descargos y consideró como motivo fundamental de su decisión el siguiente: “ *El hallazgo encontrado en la monitoría fetal realizada en el Hospital de Florencia el día 8 de marzo de 2010, cuyo resultado fue una categoría II o no reactiva, ameritaba una conducta complementaria inmediata para verificar el bienestar fetal así la ecografía no mostrara ninguna alteración. Lo prudente, para el nivel de atención en que se encontraba, habría sido*

reforzar el trabajo de parto en ese momento para realizar una monitoría con estrés y verificar el estado del feto. Aunque la doctora R.A.F.M. en su versión libre dice que comentó el caso con el Gineco-Obstetra, en la historia clínica no hay ninguna prueba de ello y aparece como única responsable de la conducta tomada; le dio salida a la paciente, exponiéndola de esta forma a riesgos injustificados...La paciente, que había sido remitida al Hospital María Inmaculada de Florencia para un manejo más especializado, debió haber sido valorada por un Gineco Obstetra... La ausencia de nota en la historia clínica no permite colegir que se hiciera esta interconsulta. Al respecto, el médico Gineco Obstetra que se encontraba de turno manifiesta que nunca fue interconsultado para la valoración de la paciente y que las interconsultas son respondidas por escrito en la historia clínica y en esta historia no hay solicitud ni valoración por especialista...la conducta debida no era la consulta oral de unos exámenes sino la petición de una interconsulta formal.” (folio 0009 del cuaderno 2)

Esta superioridad está de acuerdo con el anterior análisis y el consecuente fallo del Tribunal de Cundinamarca donde claramente se exponen los motivos que llevaron a la sanción impuesta; concuerda además con el Tribunal Seccional, cuando frente a los argumentos de la defensa sobre la ausencia de nexo causal entre la omisión de la Dra. Franco y el fallecimiento del recién nacido, plantea: “*Tal y como se ha sostenido en reiteradas jurisprudencias, el nexo de causalidad entre el resultado dañoso y la conducta médica no es elemento esencial de la infracción a la Ley 23 de 1981*”; aclarando que de manera específica, estas consideraciones fueron tenidas en cuenta al momento de graduar la sanción, así como la ausencia de antecedentes disciplinarios en la hoja de vida de la Dra. Franco Morales.

El obligatorio registro en la historia clínica de la totalidad de actuaciones médicas tiene una justificación muy clara no sólo desde el punto de vista médico y científico, sino desde el punto de vista legal, dado el carácter tan importante que este documento reviste. En anteriores decisiones de esta corporación, se ha reiterado la importancia de los registros documentales en medicina y es así como en Providencia No. 106-2012 del Magistrado ponente : Dr. Fernando Guzmán Mora se expone lo siguiente:

“..... 1. LA HISTORIA CLINICA: ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL ACTO MÉDICO.

La historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación médico paciente. Esta relación, objetivo esencial de la medicina, se encuen-

tra consagrada en la Ley 23 de 1981, la cual expresa en su artículo IV:
“La relación médico-paciente es elemento primordial en la practica medica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y autentico...”

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en la práctica de la historia clínica: Profesionalidad (solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico), pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de practicar una buena historia clínica. Ejecución típica, es decir, su ejecución conforme a la denominada *“Lex Artis Ad Hoc”*), debido a que la medicina siempre se ejerce conforme a las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. El objetivo de ayuda al enfermo, que se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud, pues la misma norma jurídica respalda a la historia como documento indispensable.

IMPORTANCIA Y REPERCUSIONES DE LA HISTORIA CLINICA

1-CONSTITUYE EL REGISTRO DE VARIOS HECHOS DE LA VIDA DE UN SER HUMANO

Por definición, historia es la relación de eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio.

Adicionalmente, se involucran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado.

2-INTENTA ENCUADRAR EL PROBLEMA DEL PACIENTE

De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de involucrar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

3-ORIENTA LA TERAPÉUTICA

El individuo que acude en busca de consejo y alivio a sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión científica y con base en ella disponer un tratamiento

se llama médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico.

En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

4-POSEE UN CONTENIDO CIENTÍFICO INVESTIGATIVO

La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Y con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.

Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a los dispuesto en las leyes, los códigos de ética y la Lex Artis. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos de acuerdo a las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médicas.

Investigar no es administrar sustancias no aceptadas por estudios científicos previos. Esto es experimentación humana sin consentimiento y constituye un delito.

El Código de Ética Médica hace referencia a este punto:

“...2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión...” Artículo 2, Ley 23 de 1981.

5-ADQUIERE CARACTER DOCENTE

Hoy en día el trabajo médico, especialmente el de tipo hospitalario, se lleva a cabo en equipo. El ejercicio exclusivamente individual es cada vez

más escaso. En las escuelas de medicina y en los hospitales, se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes) y de responder por sus errores culposos, claro está, que “pese a su cuidado y autoridad no hubieren podido evitar el hecho” (CC art. 2347 in fine).

La estructura de un hospital universitario se mueve alrededor de la jerarquía académica de sus docentes. Allí trabajan los especialistas por varios motivos, entre los que se cuentan: el volumen de casos que pueden ser atendidos, el tipo de enfermedades que presentan los pacientes que acuden a esa institución, la posibilidad de efectuar investigaciones clínicas específicas por la clase de lesiones que allí se observan, el honor de la docencia, la remuneración, y el amor al trabajo hospitalario.

En la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo.

*“... Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad. Cuandoquiera que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la medicina o a regentar cátedras en las mismas, se someterá a las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional...” Ley 23/81
Y el Decreto 3380:*

“...Artículo 30. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual...”

6-CONSTITUYE IMPORTANTE ELEMENTO ADMINISTRATIVO

Por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada enfermo.

7-TIENE IMPLICACIONES MEDICOLEGALES

Por un lado, es parte del contrato de servicios médicos, cuyo fundamento se basa en varios aspectos.

A-Capacidad de los sujetos. Se origina en el uso completo de las facultades intelectuales, el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas, así como la integridad de las funciones mentales para comunicar esta decisión.

B-Consentimiento. Basado en la manifestación expresa de voluntades y el acuerdo mutuo. El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto (Artículo 1517 del Código Civil). Toda declaración de voluntad debe tener por objeto una o mas cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer.

C-Objeto lícito. Esto quiere decir, ajustado a la ley.

D-Causa lícita. O sea, aquella permitida por la ley, es decir, de acuerdo con el orden público y las buenas costumbres.

Entre el paciente y su médico se establece la típica relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien a su vez se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo.

Esta forma de relación puede ser de varios tipos:

-A través de entidades hospitalarias de servicio publico en donde el médico es un empleado a sueldo

-A través de instituciones como el seguro social

-Mediante entidades privadas que contratan su infraestructura con corporaciones, ofreciendo su cuerpo médico como parte del contrato

-Por medio de empresas de medicina prepagada

Aunque en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno o llamada. Esto no descarta la relación contractual entre el médico y el enfermo, sino que mas bien involucra a un tercero: La institución prestadora de servicios, quien paga al médico por su trabajo y debería garantizar al enfermo la mejor atención posible. La historia clínica es elemento fundamental en cualquiera de las formas de contratación.

En segundo lugar, es la base de demostración de la diligencia médico-hospitalaria. Diligencia es la cualidad por la cual el médico ejerce su acto profesional utilizando los principios de cuidado, exactitud, ciencia y conocimiento, con el objeto de llegar a un diagnóstico preciso de las condiciones de un enfermo, para orientar su terapéutica. Negligencia, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incurria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capa-

cidad intelectual y técnica de preverlo.

La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto:

“... el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con el fin de probar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio a la salud de aquellos incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud...” ((Jurisprudencia y Doctrina. Legis. tomo XVI. 184. P 322. Abril/87).

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

“...Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez...”

El mismo Código, en su artículo 251 expresa:

“...Son documentos, los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo...”

Documento es todo aquel elemento perceptible por los sentidos del oído y la vista que al ser examinado sirva para comprobar la existencia de un hecho o una manifestación del intelecto y que, por lo tanto, puede ser llevado físicamente ante el juez.

De acuerdo con el Profesor J Parra Quijano, en el aspecto procesal y probatorio hay dos tipos de documentos: Solemne (cuando la ley impone que un acto se celebre a través de un documento específico, como la venta de un inmueble o un consentimiento informado); y Probatorio cuando se constituye como objeto permanente de representación como medida de seguridad

(Historia clínica).

Adicionalmente, la historia es parte de la función del médico como auxiliar de la justicia, evento consagrado en la Ley de Ética Médica:

“...6. El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y sólo la verdad...”.

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA

1-SU PRACTICA ES OBLIGATORIA

Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad.

Por otro lado, en casos de complicaciones (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), su ausencia no tiene excusa.

2-ES IRREEMPLAZABLE

La escritura de la historia no puede ser reemplazada por la memoria del médico. Es lógico que no se puedan conocer detalles de cada paciente, ni por el número ni por la complejidad individual de cada ser humano.

3-ES PRIVADA Y PERTENECE AL PACIENTE

Aquí se involucran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información.

1-Confidencialidad

Existe un aspecto relevante y es el de la Historia Clínica como Documento reservado, calidad que se le reconoce sin dudas en Colombia, como lo prueba el ejemplo reciente del 29 de Septiembre de 1993: el Magistrado Carlos Gaviria, de la Corte Constitucional, declaró que los jefes de las FFAA no pueden violar la reserva de la historia clínica de quien pertenece a la institución castrense, pues eso va en contra de derechos elementales de la persona.

La ley 23 ya lo había contemplado en su Título II, Capítulo III, 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”

Asimismo en el artículo 38:

“Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- A) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga;
- B) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;
- C) A los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;
- D) A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley;
- E) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia”

Esta norma tiene a su vez repercusión para efectos procesales, ya que el médico, al igual que otros profesionales, no está obligado a declarar sobre aquello que se le ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su oficio o profesión (Artículo 214 del Código de Procedimiento Civil).

Desafortunadamente, la confidencialidad de la historia clínica está siendo negada por los nuevos sistemas de salud y las tecnologías que ellos utilizan. En principio, tienen acceso a la historia clínica el médico tratante, los interconsultantes, el personal paramédico y el personal en adiestramiento que se admite para el manejo del caso específico. Sin embargo, aunque existen indicaciones específicas sobre formatos de información (Resolución 3905 de Junio de 1994), las EPS disponen de la información a su arbitrio, particularmente a través de sus auditores médicos.

El Decreto 3380 contempla la violación de la confidencialidad en la siguiente forma:

“...Artículo 23. El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.

Artículo 24. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no será responsable por la revelación que ellos hagan...”

2-Secreto profesional

En el juramento Hipocrático se estipula:

“...Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi profesión, lo callare, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos...”

El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.

Según Uribe Cualla , existen tres tipos de Secreto profesional médico:

1-Absoluto. El médico debe callar siempre, todo, bien sea en privado o ante la justicia

2-Relativo. No debe guardarse frente a la justicia, para así colaborar en la búsqueda de la verdad

3-De conciencia. El médico debe divulgar la verdad.

De acuerdo a Uribe Cualla se requieren varias condiciones para que exista violación del secreto profesional:

- Que el infractor tenga una profesión u oficio
- Que el asunto se haya conocido con motivo del ejercicio profesional, aunque no tenga nada de confidencial
- Que cuando el médico con la revelación de lo secreto, no obstante tener la obligación de guardarlo, causa algún perjuicio o haya la posibilidad de causarlo
- Que se haga con plena conciencia (Delito) o inadvertidamente (Falta Moral)

La violación del secreto se contempla en el Código Penal:

“...El que teniendo conocimiento, por razón de su profesión, arte u oficio, de un secreto, lo revelare sin justa causa, incurrirá en arresto de tres meses a un año y suspensión para ejercer tal profesión, arte u oficio por el mismo tiempo...”

3-Información

La información que se presente al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo.

Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario, al presentar el médico una explicación errónea, falsa o malintencionada, no solamente se esta faltando a un principio ético, sino esta vulnerando la libertad de decisión del paciente.

La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido.

A este respecto puede presentarse la discusión sobre si debe informarse la verdad completa, por las repercusiones que tal información pueda tener en el enfermo que no se encuentra preparado para recibirla. Es obvio que en este punto hay que ser muy prudente y cuidadoso, pues de la forma como se presenten las cosas al paciente, pueden depender efectos negativos.

Algunos afirman que el paciente debe conocer toda la verdad, con el objeto de arreglar sus asuntos familiares y económicos en forma definitiva. Otros, por el contrario, piensan que no se debe angustiar al paciente y mas bien someterlo al tratamiento sin que sepa que su pronostico es pésimo.

La Ley 23 de 1981 habla de la responsabilidad en caso de riesgo previsto (Titulo II, Capitulo I, Articulo 16):

“La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no ira mas allá del riesgo previsto.

El médico advertirá de el al paciente o a sus familiares o allegados”

Aunque el médico debe ofrecer siempre alguna esperanza a su paciente, las circunstancias actuales obligan a ofrecer la información en forma clara. De lo contrario, se esta agrediendo el derecho de la persona a conocer la verdad y a proceder según sus necesidades. De cualquier forma, una buena practica consiste en informar siempre a la familia acerca de la situación real del paciente y su enfermedad, con el vocabulario y en la oportunidad que aconsejen la prudencia y el buen juicio del médico, pero teniendo siempre en cuenta la autorización del paciente para presentar dicha información.

4-ES OBJETIVA Y VERAZ

Se basa en hechos ciertos y describe las situaciones como son y no como el médico quisiera que fueran.

Además, debe estar libre de especulaciones. Se aceptan únicamente las disquisiciones diagnósticas y los criterios de las Juntas Médicas. De resto, la historia clínica es descriptiva.

Existen algunas situaciones en las que se enuncian juicios de valor, pero ellas son de alta peligrosidad debido a las implicaciones legales que conlleven.

En la elaboración de la historia clínica el paciente debe expresar su versión de los síntomas y el médico no puede guiarlo hacia un diagnóstico específico.

FUNDAMENTOS DE LA HISTORIA

1-BASE CIENTIFICA Y HUMANA

Si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, es necesario distinguir entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico. El primero simplemente conoce la cosa o el hecho, sin dar el explicación ni razones metódicas. El segundo, en cambio, explica y razona sobre las cosas y los hechos conocidos y los expresa con cuidado para evitar errores.

La Ciencia es pues una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El cuerpo de ideas obtenido después de probar la certeza del conocimiento constituye la ciencia, es decir, el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas y logradas en condiciones reconocidas como válidas.

De otro lado, el método científico es un procedimiento para describir condiciones en que se presentan sucesos específicos. Es la aplicación de la lógica a los hechos observados. A través de ella se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo investigativo. Su interés se centra en determinar características, propiedades, relaciones y procesos en los hechos observados; es verificable; se puede someter a confrontación empírica; es relativo (sus afirmaciones pueden ser reformadas); es sistemático; es comunicable por medio de un lenguaje específico; es descriptivo, explicativo y predictivo.

La tecnología es la aplicación de los conocimientos para resolver problemas humanos. Es el juego de procesos, herramientas, métodos, procedimientos y

equipo que se utilizan para producir bienes y servicios. La tecnología determina el curso de la sociedad. Sin embargo, no debemos ser simples usuarios de tecnología, sino administradores de tecnología, tomando decisiones inteligentes que evalúen el impacto de la tecnología sobre los seres humanos y el medio ambiente. Por esta razón, cuando se habla de la medicina como una ciencia, es preciso considerar a la vez, una tecnología que le proporciona instrumentos y una ética que imprime carácter a su trabajo.

Pero no puede olvidarse la esencia humana de la actividad médica, enunciada en forma clara en el artículo 1 de la Ley 23 de 1981, que dice en uno de sus apartes:

“...1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes...”

2-CONCORDANCIA CON LA LEX ARTIS

La locución latina *Lex Artis*, literalmente ‘ley del arte’ o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trata, ha sido empleada para referirse a aquella evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento. Por lo tanto, se juzga el tipo de actuación y el resultado obtenido, teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente.

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

3-CLARIDAD

Claridad es sinónimo de luz, transparencia y distinción. Constituye una característica de perfección intelectual y formal que se traduce en coherencia

intelectual entre anotado en las páginas de la historia y lo que esté ocurriendo con el enfermo; a esto se suma la utilización de términos adecuados, buena estructura lingüística y justificación de los actos que se originen en las condiciones del paciente

4-LEGIBILIDAD

Uno de los defectos tradicionales de los médicos es la falta de claridad en su escritura. Y esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsulta, sino para quien juzga la actividad médica (Auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc)

La historia clínica debe ser completamente legible. Las abreviaciones deben, en lo posible, evitarse. Las firmas deben ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello.

“...Artículo 36. En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad...”

5-INTEGRIDAD Y ESTRUCTURACION INTERNA

No puede omitirse ninguna de sus partes constitutivas. Debe existir orden y coherencia entre las diferentes partes de la historia clínica. No solamente debe ser completa, sino estructurada entre sus partes.

PARTES DE LA HISTORIA CLINICA

1-INTERROGATORIO

Es el punto esencial de contacto entre el médico y el paciente. Se basa en confianza, respeto y sinceridad de ambas partes.

Los cuatro primeros elementos son la presentación mutua, la toma de los datos generales, el registro del motivo de consulta y la enfermedad actual como el paciente mismo las describe.

2-EXAMEN FISICO INICIAL

Está constituido por la percepción sensorial del médico y sus elementos constitutivos siguen siendo la inspección (apreciación visual), palpación (tacto), percusión (oído) y auscultación (oído).

3-DIAGNOSTICO DE INGRESO

La importancia del diagnóstico radica en varios aspectos: Aclara lo que no se conoce con el fin de evaluar la gravedad del asunto; orienta el camino terapéutico a seguir; organiza la secuencia de eventos encaminada a buscar la curación o el alivio; integra el concurso de recursos técnicos y humanos para tales fines; controla el resultado de la intervención médica; es la base para efectuar pronósticos; en fin, es la esencia misma del acto médico.

El diagnóstico es una hipótesis de trabajo. Para ello debe recordarse que las hipótesis son proposiciones que pueden ser puestas a prueba para ser verificadas y determinar su validez. Deben ser conceptualmente claras, objetivas, específicas y susceptibles de prueba con técnicas disponibles.

En medicina, las hipótesis diagnósticas son proposiciones lógicamente formuladas que afirman la existencia de una relación entre dos o mas factores o entidades y que deben ser sometidas a prueba para ser aceptadas como validas.

El proceso diagnóstico pasa por las siguientes etapas:

- 1-Etapa anatómica
- 2-Etapa de diagnóstico funcional
- 3-Ubicación en estereotipos sindromáticos
- 4-Integración fisiopatológica
- 5-Confirmación para-clínica
- 6-Investigación etiológica
- 7-Confirmación anatomopatológica

Desde otro punto de vista, los tipos de diagnóstico son:

- Topográfico. Se intenta determinar la región afectada por la enfermedad
- Anatómico. Se ubica el órgano lesionado
- Sindromático. Se integran los signos y se tratan de agrupar dentro de una determinada enfermedad o síndrome
- De impresión. O de presunción. Cuando no se puede ubicar el problema dentro de los esquemas que el médico tiene en mente. Es en esencia tentativo o hipotético y no compromete en forma definitiva el criterio del médico.
- Fisiopatológico. Inferencia del mecanismo de producción de la enfermedad
- Diferencial. Mediante comparación con enfermedades que tienen

algunos signos y síntomas similares.

-Por exclusión o descarte, cuando se desechan otros diagnósticos posibles y probables, mediante pruebas clínicas o paraclínicas.

-Etiológico. Al encontrar la causa de la enfermedad

-Anatomopatológico. Sustentado mediante inspección directa de los órganos y examen microscópico de los mismos

4-EXAMENES PARACLINICOS

Son aquellos que se obtienen por medio de la tecnología, e incluyen el laboratorio clínico, las imágenes diagnósticas y las pruebas funcionales, entre otros.

Ellos sirven para confirmar una sospecha clínica. En ningún momento son búsquedas al azar. Aunque existen algunos exámenes de laboratorio básicos, cada una de las pruebas paraclínicas debe analizarse, justificarse y evaluarse cuidadosamente, pues todas son costosas.

Obviamente que no puede llegarse al extremo de pretender eliminarlas de plano, pues sería negar el avance mismo de la medicina en los últimos siglos. Pero solicitar una enorme cantidad de exámenes sin haber examinado bien al enfermo luego de un excelente interrogatorio, niega la esencia misma del acto médico, pues el contacto del profesional con el paciente es irremplazable.

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

Parágrafo. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen...” Ley 23/81

“...Artículo 7. Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados:

- a) Los prescritos sin un previo examen general.
- b) Los que no corresponden a la situación clínico patológica del paciente...”

Decreto 3380 de 1981

5-PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS INVASIVOS

Entran dentro de la categoría de elementos de confirmación o descarte de una sospecha clínica justificada. Todos tienen algún tipo de riesgo y su costo es elevado. Por lo anterior, deben ir acompañados del consentimiento informado

6-EVOLUCIÓN

Registra el desarrollo de las condiciones del enfermo en el curso de los siguientes días, semanas, meses o años de tratamiento.

Las notas de evolución deben ser cuidadosas y transcribirse luego de analizar lo ocurrido en días anteriores.

7-PROCEDIMIENTOS INVASIVOS TERAPEUTICOS

Debido a que forman parte del armamentario médico y constituyen franco riesgo, siempre se acompañan del documento de consentimiento.

Ese consentimiento debe ser exento de vicio: error, fuerza o dolo (Artículo 1508 del Código Civil). En caso contrario, el acto estará viciado de nulidad y no producirá ningún efecto o producirá otro distinto al que normalmente se persigue con este obrar.

Las condiciones mínimas para que pueda existir un acto de consentimiento médico son, de acuerdo con varias legislaciones:

Capacidad. Pleno uso de las facultades intelectuales y el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas

Posesión del derecho. Es la titularidad del derecho, bien o interés sobre el cual el sujeto consiente el acto médico.

Libertad. Atentan contra esta condición la coacción de cualquier tipo (Física, moral, intelectual, económica, etc) y la falsa información o engaño por parte de cualquiera de los sujetos.

Información. Es el conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido. La decisión que tome el enfermo es absolutamente personal e individual.

8-DESCRIPCION

En los procedimientos invasivos, particularmente de tipo quirúrgico, se describen paso a paso las circunstancias que llevan a los hechos, las decisiones

tomadas y los efectos producidos. Ellas son la justificación del acto terapéutico invasivo y por lo tanto deben ser meticolosas.

9-INFORME DE COMPLICACIONES

Debe distinguirse entre los diversos tipos de eventos que ocurren en los pacientes:

Iatrogenia: Puede catalogarse como un daño (directo o indirecto) ocasionado por el médico en forma inevitable, cumpliéndose la norma de atención. (Ejemplo: oxigenoterapia y fibrosis pulmonar; quimioterapia e infección, etc). Puede asimilarse en muchos eventos al caso fortuito.

Accidente: Evento súbito, repentino e imprevisto en el cual no existe tampoco violación de la norma de atención. Se puede asimilar, si se siguió la *lex artis*, a la fuerza mayor.

Complicación: Es un evento tardío o inmediato también con el nexo de causalidad directo o indirecto de la actuación del médico con producción de un resultado no satisfactorio y que debió estar enmarcado dentro de la teoría del riesgo previsto

Complicación culposa: Similar al anterior pero no encuadrada dentro del riesgo previsto y debida a negligencia, impericia o imprudencia del médico. “...Artículo 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados...” Ley 23/81

Asimismo, el Decreto 3380 declara:

“...Artículo 12. El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.

Artículo 13. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico pueda comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico...”

10-DOCUMENTOS ESPECIALES

Hacen referencia a eventos poco frecuentes de la relación médico paciente, e incluyen entre otros: Abandono de tratamiento, abandono de hospital, algunas quejas especiales, autorización de donaciones, autorización de abandono de procedimientos en caso de enfermedad terminal, etc.

11-AUTOPSIA

La auditoría médica más implacable es el departamento de anatomía patológica, que esencialmente evalúa el error y el actuar médicos.

La autopsia clínica hospitalaria es sumamente complicada, pues el patólogo debe tener conocimiento completo de la historia clínica, formación científica profunda, habilidad para encontrar las causas de la enfermedad y estructuración profesional suficiente para poder explicar las causas de muerte. Los resultados de la autopsia deben incluirse en casos de fallecimiento hospitalario.

12-RESUMEN DE HISTORIA

Debe ser claro, objetivo, concreto y ajustado a la verdad de los eventos en su totalidad. De su estructura depende la credibilidad del acto médico ante los pacientes y de los profesionales de la salud ante la sociedad.

CONCLUSIONES

La historia clínica es el documento médico por excelencia. Gran cantidad del tiempo de quien se educa en las facultades de medicina transcurre alrededor del diseño de una buena historia clínica de quienes se encuentran bajo su cuidado.

Las implicaciones de este documento son de todo tipo, especialmente médico legal, en un momento en que el ejercicio médico se ha tornado complicado, presionado y, en muchos aspectos, verdaderamente angustioso.

La elaboración de una buena historia clínica es indispensable para los médicos de cualquier nivel jerárquico....”

No se puede admitir entonces, que los argumentos esgrimidos de manera informal en términos como los siguientes: “es que las costumbres se relajan en algunas instituciones” o “allí no se realizan entregas de turno formales”, etc... constituyan verdaderas justificaciones para que el médico quede eximido de su responsabilidad profesional cuando realiza actividades que no se encuentran debidamente registradas en la historia del paciente. Es en el médico general que “comenta informalmente” los pacientes a un especialista y no lleva a cabo el proceso de interconsulta ni al menos registra en la historia clínica la solicitud de valoración y las razones de la misma, así como la respuesta de parte del médico consultado (e inclusive la falta de

respuesta) ; en quien recae toda la responsabilidad de la actuación médica. No son admisibles dentro de la atención de pacientes, las valoraciones médicas incompletas, o aquellas donde no se examinan los enfermos sino que se revisan resultados de exámenes y laboratorios, ni mucho menos aquellas “virtuales” donde ni siquiera se conoce al paciente. No existen, dentro de una medicina responsable y acorde con los postulados de la ética médica los conceptos “informales” sobre los pacientes, la formalidad de cada acto médico justamente se concreta con el registro documental en la historia clínica y este es un requisito de obligatorio cumplimiento en todos los casos.

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

RESUELVA :

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma, la sanción de amonestación privada por violación del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 impuesta a la Dra. R.A.F.M. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

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

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

**REF: Proceso 4748, Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Contra doctores P.Q.A.S., E.E.B.M. y L.A.P.O.**

Denunciante M.E.R.T.

Asunto: Resolución recursos de Reposición y Apelación

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas
Providencia No.84-2014**

VISTOS

Mediante Providencia aprobada en Sala del 10 de junio de 2.014 el Tribunal Nacional de Ética Médica decidió sancionar a los doctores P.Q.A.S., E.E.B.M y L.A.P.O., con suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de cuatro (4) años, motivada por la atención médica que le prestaran a la señora M.E.R.T. y a su hijo recién nacido, hechos sucedidos en la Clínica San Nicolás de Bogotá los días 24 y 25 de julio de 2.010. La Providencia fue notificada a los interesados en la siguiente forma:

1. Al apoderado del doctor P.Q.A.S. por notificación personal el 19 de junio de 2.014 (F333).
2. Al apoderado del doctor E.E.B.M., abogado Eduardo Alejandro Trujillo Acosta, por notificación personal el 19 de junio de 2.014 (F332).
3. Al doctor L.A.P.O. por notificación personal el 24 de junio de 2.014 (F337).

El 14 de agosto de 2.014 este Tribunal Nacional recibió de los abogados defensores de los médicos sancionados sendas comunicaciones en las cuales interponen los siguientes recursos:

- Del doctor P.Q.A.S. Recurso de Apelación en forma directa.
- Del doctor E.E.B.M. para interponer Recursos de Reposición y subsidiario de apelación.
- Del doctor L.A.P.O., para interponer Recursos de Reposición y subsidiariamente de Apelación.

En aras de la economía procesal, en Sala del 5 de agosto de 2.014 el Tribunal Nacional decidió agrupar para su estudio los tres Recursos y asignó para el efecto al doctor Francisco Pardo Vargas.

HECHOS

La señora M.E.R.T., de 41 años de edad para la época de los hechos, ingresó el 24 de marzo de 2.010 a la Clínica San Nicolás de Bogotá, con un embarazo de 40 semanas, para ser sometida a cesárea por tratarse de una distocia fetal (situación trasversa), tener antecedentes de dos cesáreas previas y una hemoclasificación que revelaba un grupo b negativo.

La paciente fue remitida a la mencionada Clínica por el doctor P.Q.A.S. médico general, por recomendación de su colega y amigo el anestesiólogo E.B. con quien había trabajado en la Clínica Bogotá. A las 21:00 del mismo día y previa anestesia raquídea aplicada por el doctor Beltrán, el mismo profesional, actuando como cirujano y el doctor A. como ayudante, se practicó cesárea corporal obteniéndose recién nacido en buenas condiciones y con una adaptación neonatal satisfactoria según consta en el informe del doctor L.A.P. quien, en defecto de pediatra, atendió en esa etapa al fruto del embarazo. El puerperio inmediato evolucionó sin problemas y la paciente fue dada de alta por el doctor A. el 25 de marzo a las 8:00 am. En cuanto al recién nacido hay constancia en la historia clínica que fue considerado como paciente “en riesgo de incompatibilidad y se le solicitó hemoclasificación (F129v)”, pero al ser autorizada por el doctor A. la salida de la madre al día siguiente de producido el parto, el recién nacido quedó al cuidado de su madre quien al observar que el estado general del bebé se deterioraba, tenía dificultad para la succión e iniciaba una coloración amarilla de los tegumentos, lo llevó a consulta a Salud Sura, donde comprobaron la gravedad del cuadro clínico y lo remitieron inmediatamente al Hospital Simón Bolívar donde encontraron un recién nacido con una enfermedad hemolítica severa, con isoimmunización RH, deshidratado y con síntomas neurológicos

atribuibles secundarios a encefalopatía bilirrubinica. El bebé recibió manejo en UCI una exanguíneo transfusión y manejo de choque pero continuó deteriorándose en 24 horas y falleció (F167).

Ante este desenlace los padres del pequeño paciente presentaron el 20 de septiembre de 2.010 la queja contra la Clínica San Nicolás y contra los médicos que participaron en la atención de la madre y el hijo.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En el presente caso, dada la modalidad y la argumentación de los Recursos impetrados, el análisis de estos se hará de manera individual en cada uno de los sancionados, así:

1. DSICLINADO: Doctor P.Q.A.S.

SANCION RECURRIDA. Suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de cuatro (4) años por violación de los artículos 15, 34 y 44 de la Ley 23 de 1.981.

ASUNTO. Recurso de Apelación

Mediante Providencia aprobada en Sala del 10 de junio de 2.014 El Tribunal Nacional de Ética Médica decidió sancionar al doctor P.Q.A.S. con suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de cuatro (4) años, por violación de los artículos 15, 34 y 44 de la Ley 23 de 1.981.

El abogado Nelson Humberto Ruíz Galeano, defensor del médico sancionado, el día 4 de agosto de 2.014 presentó en forma directa Recurso de Apelación contra la decisión del Tribunal Nacional de Ética Médica.

Al ser recibido el Recurso dentro de los términos de Ley, esta Superioridad en uso de sus atribuciones legales

2.DISCIPLINADO: Doctor E.E.B.M.

ASUNTO. Recurso de Reposición y en Subsidio de Apelación

SANCION RECURRIDA. Suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de cuatro (4) años por vulneración de los artículos 15 y 34 de la Ley 23 de 1.981

El recurso de Reposición presentado por el defensor del doctor E.E.B., impugnando la Providencia Sancionatoria proferida por esta Superioridad en Sala el 10 de julio de 2.014 se basa en los siguientes puntos:

1. El quebrantamiento del debido proceso establecido en el Artículo 29 de la Constitución Nacional.
2. El desconocimiento del principio de la congruencia del fallo, de la proporcionalidad de la pena y la inoperancia del cargo de riesgo injustificado por la conducta seguida con la quejosa y su hijo recién nacido. Al respecto es preciso hacer las siguientes aclaraciones:

- a. Del quebrantamiento del debido proceso.

Este argumento carece de veracidad y tal pareciera que el recurrente no se hubiera tomado el trabajo de revisar el expediente pues si lo hubiera hecho habría podido comprobar que en el contenido de los 349 folios que comprenden la parte medular del mismo se cumplieron estrictamente todas las etapas del debido proceso. Se cita en el recurso, en apoyo a su argumentación, la parte pertinente de la sentencia P-083 de la Corte Constitucional referente a la configuración mínima del debido proceso, y precisamente ello sirve para demostrar que en este caso no se omitió ninguno de los requisitos invocados por el recurrente en apoyo a su demanda. En efecto, a Folio 110 consta la aceptación y la declaratoria de apertura del proceso Ético Disciplinario; a Folio 114 la solicitud a la Clínica San Nicolás del envío de los datos completos de todos los médicos que atendieron a los pacientes del caso denunciado; a Folio 118 la declaración de la quejosa; a Folio 169 el llamamiento al disciplinado para rendir versión libre y a Folio 170 la constancia de la no presentación del mismo para dar cumplimiento a la referida citación; a Folio 178 nueva citación al doctor B. para asistir a la versión libre; según consta a Folios 179, 180 y 181 el texto de la versión libre del doctor B.; según consta a Folios 213 y 214 comunicaciones al denunciado y a su abogado para notificarse de la Providencia de la formulación de cargos; según consta a Folio 230 citación a rendir descargos; según consta a Folios 248 a 261 diligencia de descargos y texto de los mismos; según consta a Folios 266 y 267 citación al disciplinado y a su abogado para notificación personal del Auto del 4 de julio de 2.013 sobre las

pruebas solicitadas; según consta a Folios 320 y 321 comunicación al disciplinado y a su defensor sobre el traslado al Tribunal Nacional de Ética Médica para que decida la sanción que se debe aplicar en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 83 literal d) por violación de los artículos 15 y 34 de la Ley 23 de 1.981 en concordancia con el artículo 9 del decreto 3380 del mismo año. La enumeración de este material probatorio controvierte la pretensión de invocar un quebrantamiento en el debido proceso y por lo tanto no debe ser de recibo.

b. Del desconocimiento del principio de congruencia del fallo y de la proporcionalidad de la pena al no haberse demostrado un riesgo injustificado y sin embargo “se sancionó con base en el” (sic). Para analizar este planteamiento es preciso aclarar el grado de responsabilidad que le incumbe al médico disciplinado en el desarrollo de lo hechos ocurridos en una institución inadecuada para atender un caso catalogado como del Alto Riesgo perinatal. El doctor E.E.B., anestesiólogo de vasta experiencia y con una antigua vinculación a la Clínica San Nicolás, es requerido por su colega y amigo el médico general P.Q.A.S. para que le consiga una institución donde atender el parto de una paciente suya. El doctor Beltrán obtiene el permiso y queda comprometido como anestesiólogo del caso y la intervención se efectúa en las horas de la noche (7 pm) del 24 de marzo de 2.010. Allí el doctor B. aplica anestesia regional y acto seguido asume el papel de cirujano hasta extraer un feto en buenas condiciones generales dando así por terminada su actuación en el caso. Sobre este hecho se pronunció el Tribunal Seccional en su momento con el siguiente concepto que es acogido en su totalidad en este análisis: “se constituye un riesgo injustificado en permitir que una paciente con un riesgo obstétrico diagnosticado con anterioridad y un feto con un riesgo previsto de insoinmunización, sin trabajo de parto establecido y sin ninguna indicación médica para la práctica de una cesárea de urgencia, se programara para ser operada en una institución que no contaba con los recursos técnicos ni humanos para el manejo de la materna y de su recién nacido hijo y con un profesional sin entrenamiento formal en obstetricia que requirió de la ayuda del anestesiólogo para la extracción fetal, período en el cual la paciente quedó a merced de lo que las alarmas de los monitores detectaran, ya que el anestesiólogo se encontraba ocupado ejerciendo como cirujano” (F316v).

c. Pero además, y como una falta de responsabilidad inexcusable el médico encartado cometió la imprudencia de escoger la Clínica San Nicolás para direccionar a la paciente a una institución no habilitada para prestar ese servicio como se aclaró en documento oficial del Área de Vigilancia y Control de la Oferta de la Secretaría Distrital de Salud como consta a Folio 154 y en comunicación de la Gerente General de la Clínica que figura a Folio 290, pruebas que invalidan la afirmación del recurrente quien sostiene que la Institución sí contaba con los requisitos y recursos que dieran garantía a una paciente obstétrica y a un recién nacido de riesgo de isoimmunización. Es apenas lógico concluir entonces que la imprudencia del encartado al escoger esta clínica para la atención de la quejosa, abrió la puerta para que ocurriera el lamentable desenlace y justifica plenamente el cargo imputado que sirvió de base a la sanción. A esto debe agregarse las faltas cometidas en los registros pertinentes a la historia Clínica y la precipitud en la intervención quirúrgica que fueron suficientemente analizadas en las Providencias respectivas.

En cuanto al desconocimiento del principio de proporcionalidad, cabe preguntarse dónde está la incongruencia del fallo con la proporcionalidad de la pena y qué duda puede caber en la actitud imprudente ya resaltada del disciplinado, la cual corresponde a una FALTA GRAVE pues expuso a un riesgo injustificado a un recién nacido que abandonado a su propia suerte y con alto riesgo de isoimmunización desarrolló un proceso hemolítico que lo llevó a la muerte. Esta es de manera escueta una dolorosa proporcionalidad que escapa a todas las disquisiciones jurídicas traídas a cuento en el Recurso de Apelación.

3. DISCIPLINADO doctor L.A.P.O.

ASUNTO Recurso de Apelación

SANCIÓN RECURRIDA Suspensión en el ejercicio de la profesión médica por el término de cuatro (4) años por vulneración de los artículos 15 y 42 de la Ley 23 de 1.981.

El defensor del doctor L.A.P.O., Médico y Abogado Mauricio Leuro Martínez, sostiene que “la simple lectura de las pruebas obtenidas dentro del proceso, es apreciable como no existe ninguna prueba que incluye al doctor P. en negligencia, impericia o imprudencia en sus actuaciones como

profesional de la salud” y resalta el hecho de haber prestado una atención oportuna en la atención neonatal del recién nacido. Arguye además que la responsabilidad “en su actuar como director científico estuvo enmarcada en el cumplimiento de una indicación por previa autorización de la gerencia de la clínica” y de no haber sido participe en la actuación de los médicos tratantes P.Q.A. y E.B. Este planteamiento da pie para analizar serenamente la responsabilidad que le incumbe al disciplinado al permitir la realización de un procedimiento que cuenta ya con la autorización de la gerente de la clínica. Si bien desde el punto de vista jerárquico la decisión de la gerencia debería respetarse, no es menos evidente que el doctor P. desempeñaba el cargo de director científico y sus funciones fueron claramente expuestas en la providencia recurrida, a saber:

- Velar por la idoneidad de los profesionales que prestan los servicios en la Clínica.
- Velar porque la evaluación de los pacientes que están hospitalizados sea adecuada y acorde con su condición clínica.
- Dirigir que se cumplan los estándares definidos dentro del Sistema de Seguridad Social para el adecuado funcionamiento de la institución.

Ello no deja duda sobre la negligencia demostrada por el inculpado en el cumplimiento de las funciones propias de su cargo, que le imponen el deber de velar porque se garantice una atención médica adecuada a los pacientes, por encima de trámites de índole puramente administrativa. Y si bien debe reconocerse su oportuna intervención con el recién nacido como un atenuante de su falta ello no implica que se le exima de toda culpa.

Reconoce el recurrente que en la atención brindada a la señora M.E.R. existieron falencias como lo demuestran el material probatorio allegado al proceso y que según el Tribunal el doctor P. incurrió por ello en violación de la Ley 23 de 1.981 toda vez que “autorizó” la realización de los procedimientos para los cuales no se encontraba acreditada la Clínica, siendo este el fundamento de los cargos formulados y la sanción impuesta al encartado. Para controvertir esta prueba hace un detenido análisis sobre los documentos que acreditan a la Clínica San Nicolás para prestar atención en el área obstétrica, correspondientes a septiembre de 1.997, febrero de 1.998, abril de 2.000, mayo de 2.002, noviembre de 2.003 y Acta de entrega de Distintivos el 27 de agosto de 2.007. Pero dentro del material probatorio allegado al proceso

se encuentran dos documentos que confirman lo afirmado por el Tribunal y que desvirtúan por completo las afirmaciones del recurrente, a saber:

1. Comunicación del Área de la Vigilancia y Control de la Oferta de la Secretaría Distrital de Salud fechada el 1 de diciembre de 2.010 en la cual no figura como habilitada para atención obstétrica la Clínica San Nicolás (F154).

2. Declaración rendida por la doctora Carmen Olga Arico Pineda, gerente de la Clínica San Nicolás, el 24 de julio de 2.013 en el Tribunal Seccional en los siguientes términos:

PREGUNTA: ¿Sírvese confirmar a este despacho si la Clínica San Nicolás para el mes de marzo de 2.010 se encontraba habilitada para prestar los servicios de Ginecobstetricia, Pediatría, Recién Nacidos?. CONTESTO: Para marzo de 2.010 la Clínica no se encontraba habilitada para prestar el servicio de obstetricia ni tampoco pediatría. PREGUNTA. ¿Tenía pediatra de turno? CONTESTÓ: NO PREGUNTA: ¿Tenía Unidad de Recién Nacidos? CONTESTÓ: NO. PREGUNTA. ¿Tenía incubadoras funcionales con hoja de vida actualizada y avalada para su uso por la Secretaría de Salud en ese momento? CONTESTÓ: NO.

Con estas pruebas queda descartada la afirmación del recurrente y confirmada la imprudencia del director científico de la Clínica al permitir el nacimiento de un niño con alta probabilidad de desarrollar un cuadro de isoinmunización como en efecto sucedió terminando con su vida. Precisamente para explicar la conducta de su prohijado, el recurrente acude a invocar los postulados de la buena fe basándose en los testimonios y en los descargos rendidos por los doctores A1. y B. y concluye que existió una franca violación a la buena fe de los médicos de la Clínica doctores Arico y P. y acusa especialmente al doctor E.B “quien haciendo uso de su labor como anesthesiólogo de la Clínica de tiempo atrás, organiza y orquesta la atención de la señora R. con un supuesto equipo médico compuesto por el ginecólogo –aparentemente- el doctor P.Q.A y un pediatra que nunca apareció en el escenario clínico. Lo anterior con el compromiso de hacer entrega de las hojas de vida y documentación “de idoneidad” de los médicos. “También se viola la buena fe de los directivos de la Clínica cuando presenta el caso como una urgencia” que no existió.

El principio de la buena fe establecido en el Artículo 83 de la Constitución Nacional determina muy claramente que “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 ellos adelanten ante esta”.

Según lo expuesto en la Providencia No. 106-2.010 Magistrado Ponente doctor Fernando Guzmán Mora “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 débitos 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 el caso presente las pruebas allegadas dan pie para suponer que pudo haber una violación al principio de la buena fe como afirma el recurrente; pero también debe tenerse en cuenta que en una actividad profesional como la que desempeñaba del doctor P., debe actuarse con suma diligencia y en este caso el médico implicado debería haberlo tenido presente para garantizar una atención médica impecable evitando así el desastroso final.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: NO REPONER la Providencia emitida por esta Superioridad en Sala del 10 de julio de 2.014 por la cual se sancionó al doctor E.E.B.M., con suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de cuatro (4) años por violación de los artículos 15 y 34 de la Ley 23 de 1.981., y conceder el Recurso de Apelación interpuesto contra la decisión del Tribunal Nacional de Ética Médica. **ARTÍCULO SEGUNDO:** NO REPONER la Providencia No 57-2014 por la cual se impuso al doctor L.A.P.O. la sanción de suspensión en el ejercicio profesional de la medicina por el término de cuatro (4) años, por violación de los Artículos 15 y 42 de la Ley 23 de 1.981, y conceder el Recurso de Apelación ante el Ministerio de Salud y Protección Social. **ARTÍCULO TERCERO:** Conceder el Recurso de Apelación interpuesto contra la decisión del Tribunal Nacional de Ética Médica que impuso sanción al doctor P.Q.A.S. por el término de cuatro (4)

años. **ARTÍCULO CUARTO:** Remitir el expediente original al Ministerio de Salud y Protección Social para lo de su competencia. **CÚMPLASE**

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

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

**SALA PLENA SESIÓN No. 1263 DEL DIECISITE (17)
DE MARZO DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

REF: Proceso No. 1127, Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta

Contra: médicos en averiguación

Denunciante: Señora D.N.M

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández

Providencia No. 16-2015

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, mediante providencia del 9 de diciembre de 2014, en el proceso 1127 adelantado con base en la queja presentada por la señora D.N.M, resolvió archivar las diligencias por considerar que no hubo infracción a la ética por parte de los médicos.

Contra esta decisión, el día 20 de Enero de 2015, la quejosa presenta recurso de reposición y en subsidio de apelación. El Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, en sala plena del 17 de febrero de 2015 resuelve no reponer y conceder el recurso de apelación, por lo que envió las diligencias a este Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de competencia.

El expediente (un cuaderno que contiene 356 folios), fue recibido en este Tribunal Nacional el 2 de marzo de 2015; puesto el asunto para reparto en Sala Plena el 3 de marzo del mismo año, correspondió por sorteo al Magistrado Germán Gamarra Hernández.

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

HECHOS

El 17 de marzo de 2014 se recibe en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta la queja presentada por la señora D.N.M en la que acusa a los médicos, que le brindaron la atención obstétrica entre el 19 y el 25 de abril de 2013, de supuesta negligencia, que llevó sufrimiento fetal agudo a su hijo, quién en la actualidad requiere seguimiento neuro-pediátrico, habiéndose encontrado electroencefalografía anormal.

El tribunal seccional admite la queja el 18 de marzo de 2014 y solicita allegar copia de la historia clínica de SERVIMÉDICOS S.A.S, y ampliación de la queja por parte de la denunciante. Posteriormente, cita a rendir versión libre a los médicos especialistas que atendieron la paciente: Drs. M.R.R.y R.A.A.

En la historia clínica de la clínica SERVIMÉDICOS S.A.S, se registra que el día 19 de abril de 2013, a las 12:40 p.m., consulta al servicio de urgencias la señora D.N.M, de 32 años de edad, con 38 semanas de gestación, por presentar dolor pélvico, dolor de cabeza y refiere movimientos fetales positivos. Es valorada por la doctora Adriana Castro Castelblanco, quién anota que la paciente presenta cefalea frontal de un día de evolución, sin fosfenos, tinitus o epigastralgia; actividad uterina irregular y afirma que percibe movimientos fetales. Se encuentra TA normal, AU: 32 cm y fetocardia 130 min; ordena proteinuria al azar y monitoreo fetal; dicho procedimiento fue realizado por el doctor José Ferney Campo quién anota que la monitoria es reactiva tipo I, parcial de orina normal y da salida con indicaciones.

El día 21 de abril a las 22:04, consulta nuevamente por urgencias por contracciones uterinas. Es atendida por el doctor José Ferney Campo quién anota monitoria fetal reactiva tipo I y de nuevo da salida con indicaciones.

El 22 de Abril a las 8:09 es atendida nuevamente en urgencias por la doctora Adriana Castro; dice haber sido citada a control y que las contracciones persisten. Se encuentra paciente en buen estado y se da salida con indicaciones. A las 22:28 del mismo día consulta por dolor de cabeza y es atendida por el doctor Daniel Escobar quién anota TA: 130/80, AU 32 y ordena monitoreo fetal que se realiza a las 0:47 horas del 23 de abril por el médico José Delio Hernández.

El 24 de abril a las 15:13 horas consulta a urgencias porque no siente el bebé desde la noche anterior; es valorada por el doctor Fernando García, quién

la encuentra en buenas condiciones y ordena monitoreo fetal cuyo reporte anota a las 16: 58 horas como FCF 144, buena variabilidad, movimientos fetales positivos, sin actividad uterina en el registro y da salida. Regresa de nuevo a urgencias a las 20:21 del mismo día y es atendida por el médico Fabián Ignacio Ojeda a quién le informa que consultó con el ginecólogo particular, Dr. Christian Bernal, quién le realizó una ecografía que reporta gestación a término, oligoamnios moderado y perfil biofísico de 4/8 por lo cual la remite a urgencias para valoración por ginecólogo. Es vista por el Dr. M.R., quién repite la monitoria fetal encontrando tipo I, sugestiva de bienestar fetal, con actividad uterina ocasional, ninguna desaceleración, ILA 86 m; les explica a la paciente y a sus dos hermanas los criterios de bienestar fetal y cita a control en 24 horas con indicaciones de signos de alarma.

El 25 de abril a las 12:46 la paciente consulta de nuevo porque no siente el bebé. Es valorada por el ginecólogo Dr. R.A. a las 15:44 quién encuentra paciente con embarazo de 39 semanas de gestación, citada para control por sospecha de oligoamnios. Ecografía muestra feto único, FCF 144 min, con movimientos fetales y respiratorios presentes, líquido amniótico disminuido con ILA de 4.5, placenta posterior grado II/III; al tacto se encuentra cuello borrado 50%, dilatado 2 cm, estación 0, membranas íntegras, monitoria fetal categoría I por oligoamnios. Se hospitaliza para inducción y toma de monitoria con stress. A las 17:20, en evolución de enfermería, se anota actividad uterina ocasional, FCF 151 min, y a las 18:30 se suspende la inducción, se toma monitoreo donde se evidencia desaceleración fetal. El médico especialista valora la paciente y ordena oxígeno 6 litros por minuto, aumento de líquidos, media ampolla de terbutalina subcutánea y pasar a cesárea por sufrimiento fetal agudo; se practica el procedimiento a las 19:10 y se obtiene recién nacido de sexo masculino, peso 2920 gramos y Apgar de 7, 8 y 10 al primer minuto, a los 5 y a los 10 respectivamente. Líquido amniótico con meconio diluido. Se entrega el niño al pediatra para adaptación neonatal. Según notas de enfermería el recién nacido estaba en compañía de la madre desde el 26 de abril a las 0:25 horas y es dado de alta por pediatría a las 13:00. La paciente es dada de alta por Ginecología el 28 de abril de 2013 a las 8:16 horas.

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, en sala plena del 17 de febrero del 2015 resuelve no reponer teniendo en cuenta que los doctores R.A. y M.R. actuaron de acuerdo con los protocolos vigentes, examinaron la paciente, anotaron sus hallazgos en la historia clínica, realizaron las pruebas de bienestar fetal necesarias y el doctor A., ante la presencia de desace-

laciones en el monitoreo tomó la conducta adecuada de hacer reanimación intrauterina con oxígeno, líquidos intravenosos y terbutalina, y tomó la decisión de la cesárea en el momento indicado obteniendo un RN con Apgar favorable que le permitió al pediatra considerar el alojamiento conjunto con la madre de inmediato.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Nuevamente esta corporación se ve abocada a resolver un caso que en la etapa procesal de indagación preliminar se decreta el archivo de la investigación y además se conceden los recursos de reposición y apelación, a pesar de que en la decisión de archivo no proceden dichos recursos. Este Tribunal Nacional en casos similares ha expresado como jurisprudencia que lo pertinente es aplicar lo dispuesto por la Ley 906 de 2004 que en su artículo 79 dispone lo siguiente:

- Artículo 79. ARCHIVO DE LAS DILIGENCIAS. Cuando la Fiscalía tenga conocimiento de un hecho respecto del cual constate que no existen motivos o circunstancias fácticas que permitan su caracterización como delito, o indiquen su posible existencia como tal, dispondrá el Archivo de la actuación.

Sin embargo, si surgieren nuevos elementos probatorios la indagación se reanudará mientras no se haya extinguido la acción penal.

Pero además la Corte Constitucional en sentencia C-1154 de 2005 consideró que pese a no ser una decisión que admita recursos, la misma debe ser comunicada a los interesados argumentando que:

- “la decisión de archivo puede tener incidencia sobre los derechos de las víctimas. En efecto, a ellas les interesa que se adelante una investigación previa para que se esclarezca la verdad y se evite la impunidad”.

Por lo tanto, como la decisión de archivo de una diligencia afecta de manera directa a las víctimas, dicha decisión debe ser motivada para que estas puedan expresar su inconformidad a partir de fundamentos objetivos y para que las víctimas puedan conocer dicha decisión. Para garantizar sus derechos la Corte encuentra que la orden de archivo de las diligencias debe estar sujeta a su efectiva comunicación a las víctimas para el ejercicio de sus derechos”. (Lo destacado no lo es en el texto).

Las disposiciones transcritas comprometen aún más la imparcialidad de los responsables del fallo y una exhaustiva sustentación del mismo. Debe destacarse que la comunicación con la quejosa fue estrictamente cumplida según consta en los autos proferidos por el tribunal seccional y en las comunicaciones respectivas.

En el presente caso la responsabilidad de esta corporación se orienta a aclarar los siguientes puntos:

1. Si el material probatorio allegado a la investigación hasta la fecha del auto es lo suficientemente sólido para decretar el archivo.
2. Si en la conducta de los médicos acusados se encontró alguna falla ética que justificara su vinculación a un proceso ético - disciplinario.

En ambos puntos, del análisis detenido de la historia clínica aportada por SERVIMÉDICOS S.A.S, y las diligencias de versión libre rendidas por los doctores M.R.R. y R.A.A., según consta en el expediente, permiten concluir que en la atención médica prestada a la señora D.N.M, motivo de la queja que se presentara ante el Tribunal de Ética Médica del Meta, no es posible demostrar que se hubieran presentado actos contrarios a lo establecido en las Normas sobre Ética Médica (Ley 23 de 1981) y que por tal motivo, la resolución de archivo de la presente investigación está plenamente justificada.

En las circunstancias anteriores, el Tribunal Nacional de Ética Médica en uso de las atribuciones que le confiere la ley

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Declarar que la decisión de archivo de las diligencias que motivaron la apelación fue correctamente concebida, razón por la cual se confirmará la decisión motivo de impugnación. **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. FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado-Presidente; GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Magistrado Ponente; FRANCISCO PARDO VARGAS, Magistrado; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

Bogotá, Abril veintiuno (21) del año dos mil quince (2015).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1268 DEL VEINTIUNO (21)
DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

REF: Referencia: Proceso No 824 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Norte de Santander

Denunciante: Sra. D.M.R.A

Denunciado: DR. G..V.O.

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez
Providencia No. 24-2015**

VISTOS:

Mediante providencia del 3 de Marzo de 2015, el Tribunal Seccional de Ética Médica de Norte de Santander decide: Archivar las diligencias que se adelantaban contra el Doctor G.V.O., con Cédula... de..., y tarjeta profesional ...

El 20 de Marzo de 2015, la señora D.M.R.A., interpone recursos de reposición y en subsidio de apelación contra la providencia que decreto el archivo del proceso.

Mediante providencia del 31 de Marzo de 2015 el tribunal seccional no repone la decisión y concede el recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 9 de Abril de 2015 se recibe el expediente en esta corporación conformado por un cuaderno de 151 folios, y el 14 de Abril, 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 D.M.R.A, con cédula No. 37.278.661 (en varios folios figura como D.M.R.A, pero ella se firma con el nombre de M.) consultó al centro médico de urgencia la Samaritana en los Patios Norte de Santander, el 18 de mayo del 2010 a las 8 am por dolor hipogástrico y salida de material mucosanguinolento por la vagina. La paciente para la fecha contaba con 29 años de edad era G2 P1 y estaba en el período final de su segundo embarazo. Se hizo un diagnóstico de embarazo a término, trabajo de parto, fase latente y ruptura prematura de membranas, por lo que fue hospitalizada para atención de parto vaginal.

Durante su hospitalización se le valoro una ecografía practicada el día 14 de mayo de 2010 en la que se evidencia un feto único vivo, en presentación cefálica, situación longitudinal, dorso a la derecha, de 40.4 semanas de embarazo por amenorrea y de 38.6 por biometría fetal, con fetocardia positiva y 140 latidos por minuto que confirma el bienestar fetal bueno. (Folio 69) La paciente fue valorada por el médico Ginecólogo Dr. M.J.Y., a las 10: 45 am quien ordeno inducción del trabajo de parto, antibioticoterapia y restricción del número de tactos vaginales.

A la 12:30 del mismo día la paciente fue valorada encontrándose una fetocardia de 140x min un borramiento de 90% y una dilatación de 6 cm.

A la 1.30 de la tarde el médico de turno decide pasar a la paciente a la sala de partos.

Posteriormente a las 2.10 pm se obtiene por parto vaginal, un fruto de sexo masculino, con circular del cordón al cuello, que es valorado encontrando un peso de 3.600kgs, talla 53cms, Perímetro cefálico de 37 cm y perímetro torácico de 35 cm APGAR 6 al minuto y 7 a los 5 minutos, mala adaptación neonatal, se practica reanimación con el apoyo del anesthesiólogo (folios 70 y 87). Se canaliza una vena, se lleva a una incubadora con lámpara de calor y oxígeno permanente, y se solicita valoración por el departamento de Pediatría, al no encontrar disponibilidad del servicio en la clínica Samaritana, en ese momento, se solicita en forma inmediata la remisión y traslado a la unidad neonatal del Hospital Universitario Erasmo Meoz, la que se realiza en ambulancia, en la compañía de un enfermero y de un familiar.

El 19 de mayo del 2010 la paciente es valorada por puerperio fisiológico, mediato, atención de parto vaginal según resumen de historia clínica (folio 62, 63,64). Y dada de alta.

En la historia clínica no figura la atención del recién nacido en el Hospital Erasmo Meoz y la madre dice que el médico se negó a dar la orden para hospitalizar al niño en la unidad de cuidado intensivo Neonatal. Consta, si, una hospitalización posterior al niño D.S.P.R., el 31 de Octubre de 2011 a la edad de 1 año y 5 meses, con diagnósticos de parálisis cerebral y bronconeumonía.

El recurso de reposición y subsidiario de apelación se basa en los siguientes argumentos:

1. Que los Doctores G.V.O., y M.J.Y. no cumplieron con los postulados de la Lex Artis y actuaron con negligencia, impericia e ignorancia en la atención del parto de la paciente D.M.R.A.
2. Que en el hospital no existían los recursos de ecografía y de un médico especializado en radiología.
3. Que se le negó la posibilidad de una extracción del feto por Cesárea
4. Que si se hubiera realizado una ecografía previa al parto se hubiera detectado la doble circular al cuello del cordón y por lo tanto se hubiera evitado la hipoxia.
5. Que los controles prenatales se los realizó en forma particular dado que su EPS “Nunca le dio los servicios”
6. Que se configura el delito de prevaricato por valoración indebida de las pruebas.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

A pesar de los esfuerzos que se han realizado en Colombia para racionalizar la atención materno fetal, no puede desconocerse que hasta el 6% de los embarazos de Bajo riesgo, se presentan con complicaciones inesperadas, que afectan de manera dolorosa el buen suceso del parto. Entre estas figuran las urgencias no esperadas, las distocias, el sufrimiento fetal agudo, la hemorragia posparto, las anomalías del cordón Umbilical, los problemas clínicos no esperados y la infección pos parto.(Francisco Pardo, Fernando Guzmán : Gaceta Jurisprudencial Junio de 2013, Pg. 9-11)

Dentro de estas complicaciones inesperadas figuran las circulares del cordón, que pueden ocurrir entre el 15 y el 34% de los partos, cuando son únicas y hasta en el 3.8% cuando son dobles o triples, estas por supuesto son susceptibles de producir asfixia neonatal, que es una de las varias causas de parálisis cerebral siendo la responsable comprobada de solamente el 8 al 10 % de los casos, (folio 147) además en cerca del 75% de los pacientes se desconoce su causa.

La Obstetricia, como el ejercicio médico en general, no puede considerarse una obligación de resultados, a pesar de que el fallo del Consejo de Estado considera que en los embarazos de bajo riesgo no existen situaciones que no sean previsibles y susceptibles de ser corregidas por el médico. Esta visión atenta contra la una de las características esenciales del ejercicio de la medicina, la cual es el factor aleatorio que conlleva intrínsecamente su práctica. Exigirle al médico que domine, maneje, prevea y en últimas corrija el problema que genera el factor aleatorio es un imposible jurídico y físico. Y como claramente lo consagra nuestro ordenamiento jurídico nadie puede obligarse a lo físico y jurisdiccionalmente imposible de cumplir. La medicina no es una ciencia exacta y afirmar lo contrario es un exabrupto. Son múltiples las situaciones en las cuales un embarazo de bajo riesgo conocido se convierte en embarazo de alto riesgo, de hecho tal como se consigna en los libros, en un 17 % los embarazos de bajo riesgo desarrollan de manera impredecible situaciones de riesgo en el momento del trabajo de parto y parto. El ejercicio médico en general, y el obstétrico en particular, tienden exclusivamente a que se busque, por todos los medios posibles, la mejoría, el alivio, o la curación del paciente, según sea el caso. Pero en ningún momento esto significa que el médico pueda lograr la mejoría, el alivio o la curación del paciente. (Gaceta Jurisprudencial, Ginecología, Obstetricia y Aborto. Ponente: Magistrado Fernando Guzmán Mora Pg. 157-158)

Al tratarse de un embarazo a término, con una evolución normal y no considerado de alto riesgo, con salida de líquido por vagina desde 7 horas antes de su consulta a urgencias. Se deja en observación y es valorada a las 10.45 am el médico gineco obstetra quien la encuentra con un borramiento del 70%, con fetocardia de 140 x min., con antecedente de un parto vaginal, es decir con una pelvis probada, y sin expulsión de meconio y decide aconsejar un parto vaginal, administrar oxitócicos, antibióticos ante la posibilidad de ruptura prematura de membranas y restringir los tactos vaginales.

Conducta completamente acorde con los principios de la Lex artis. Maxime si la paciente contaba con controles prenatales, y con una ecografía obstétrica, completamente normal, cuatro días antes.

El trabajo de parto sigue un curso normal y a las 13.30 se ordena el traslado de la paciente a sala de parto, donde después de un período expulsivo cercano a los cuarenta minutos, tiempo aceptado para la fase expulsiva del parto, en una paciente en su segundo parto, (recordemos que en una primigestante puede permitirse hasta dos horas), nace un fruto de sexo masculino con circular al cuello, y con problemas de adaptación neonatal. Durante el período expulsivo hubo control de la fetocardia con doppler y permaneció dentro de cifras normales.

Hasta este momento no considera este Tribunal Nacional que se haya actuado con negligencia, imprudencia o impericia, dado que lo relatado en la historia clínica en cuanto a las conductas médicas tomadas, la cronología, y los lapsos de tiempo transcurridos entre los diferentes momentos del parto, corresponden plenamente a los principios de la Lex artis en la atención del parto de la paciente D.M.R.A.

El monitoreo de la frecuencia fetal es el estándar aprobado para el seguimiento del trabajo de parto en un embarazo de bajo riesgo. No es imperativa la presencia en un hospital de un especialista en radiología ni la de un ecógrafo para el seguimiento y atención de un parto de bajo riesgo. Así como tampoco la de un especialista en ginecología y obstetricia, el parto puede ser atendido en forma idónea por un médico general, el hecho de que el médico declare que no está capacitado para realizar una cesárea, solamente habla bien de su capacidad de autocrítica, y que atendió el parto después de la valoración y las indicaciones del especialista quien había autorizado el parto vaginal, pero además la institución contaba con un ginecólogo de llamada, en caso de ser necesario. Que la paciente hubiera solicitado o no la Cesárea, en lo que hay versiones encontradas, es totalmente intrascendente, dado que la operación Cesárea se hace por indicaciones médicas muy claras, que ciertamente la señora D.M.R.A., no cumplía, y no por razones de complacencia.

No es de recibo que si se hubiera realizado una ecografía previa al parto se hubiera detectado la circular al cuello, porque en ocasiones no se detecta, pero aun detectada priman las condiciones fetales y sobre todo la fetocardia en la decisión de terminar el embarazo por Cesárea.

En relación con la queja de que la encefalopatía hipoxico - isquémica secundaria a sufrimiento fetal, se relaciona directamente con la circular del cordón, podemos decir que basados en el expediente, en las declaraciones de los médicos citados y en la literatura médica disponible, no existe evidencia de que haya una correlación entre la hipoxia cerebral y las circulares de cordón. Así como tampoco que realizar una cesárea mejore los resultados fetales o neonatales en estos pacientes. (Folio 97)

El hecho de que la señora D.M.R.A., se haya realizado los controles prenatales en forma particular pues su EPS “No le dio los servicios”, no tiene relación con el comportamiento Ético y profesional demostrado por los médicos que la atendieron cuando ella consultó al Servicio de Urgencias de la institución en que ellos laboraban. La investigación de las condiciones de planta física, equipamiento, contratación laboral, contratación de la EPS con la IPS, son temas de gran importancia para el cuidado de la salud de los pacientes, pero no son materia de investigación por los Tribunales de Ética. Tampoco es de recibo de este Tribunal Nacional de que hubo valoración indebida de las pruebas: La queja de la paciente D.M.R.A. Las versiones de los hechos por los médicos acusados, y la copia de la historia clínica aportada fueron valoradas y tenidas en cuenta tanto en el informe de conclusiones, como en el del Tribunal Seccional de Ética de Norte de Santander.

Finalmente, y aunque de acuerdo con el artículo 79 de la ley 906 de 2004, y al fallo 1154 de 2005 de la Corte Constitucional, ante la decisión de archivo no procede recurso alguno, este Tribunal Nacional en Sesión de Sala Plena, resolvió estudiar el proceso para otorgarle a la quejosa todas las garantías constitucionales.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar la Decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica de Norte de Santander mediante la cual se ordenó archivar las diligencias que se adelantaban contra el Doctor G.V.O., con cedula... De... , y tarjeta profesional... **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Acerca de la Objeción de Conciencia. Una salida legalmente prevista para enfrentarse a la ley

José Miguel Silva Herrera.

Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica

La conciencia en cuanto centro profundo del Yo personal, del que surgen las actitudes fundamentales que conforman la experiencia diaria, es considerada como la fuente última de las acciones humanas. Es la partida para obtener sentido y consistencia en la actividad humana. Es aquí donde se originan las razones de conciencia.

El término conciencia moral tiene diferentes acepciones, según lo describe Alarcos Martínez, director de la Cátedra Andaluza de Bioética. En Sócrates aparece para indicar no lo que se debe hacer sino lo que se debe omitir. Para Aristóteles, aparece como una dimensión precedente al sentido moral que se identifica frecuentemente con la prudencia, para los estoicos es la voz racional de la naturaleza. Los escolásticos la entienden como la razón que de modo natural señala el bien y rechaza el mal, razón por la que el hombre experimenta de modo natural que debe amar el bien y evitar el mal. Tomas de Aquino plantea la conciencia moral como el espíritu que indica si un acto es justo o no. Descartes hablará de remordimiento de conciencia y Spinoza de mordiscos de conciencia para referirse a la duda que se tiene de ser buena ante algo que se ha hecho. En este punto, es interesante mencionar que a la conciencia moral se le ha otorgado un papel sancionador de los actos pasados y no siempre se menciona el rol anticipador de los futuros. Cuando se tienen en cuenta ambas direcciones, puede estimarse que la conciencia es plenamente moral o ética. Los neokantianos definieron la conciencia moral ceñida a la idea del deber, los intuicionistas la basaron en la llamada intuición moral y los utilitaristas en función del bienestar del mayor número (1).

Sea lo que fuere, la conciencia parece ser el yo captado en sus últimas dimensiones, el lugar donde la persona se auto conoce y decide desde sí misma. Por cuanto el ser humano es constitutivamente relacional, la decisión

moral en conciencia a pesar de estar condicionada por elementos bio-psíquico y socioculturales, es también expresión de la realidad a partir del encuentro con los otras personas. La conciencia es el lugar donde se verifica este acontecimiento reforzado por la consulta a los valores y a las normas que lo codifican, para un desarrollo armonioso de sí mismo, de sus relaciones con las demás personas y con Dios (2).

La Objeción de Conciencia (OC) es un concepto de difícil interpretación y que puede costar trabajo apropiarlo. Tal vez, porque se trata de un tema que tiene poca tradición en la historia a pesar de los ejemplos aislados que concuerdan con situaciones equivalentes descritas desde la antigüedad, pero que no representan exactamente el concepto, sino que fueron casos de desobediencia castigados hasta con la muerte. Para recordar someramente algunos, cabe mencionar a Sócrates en la antigua Grecia condenado a morir bebiendo cicuta por expresar sus ideas en contra de los dioses ancestrales, Antígona de Sófocles quien se niega a subordinarse al rey Creonte con lo que asume una muerte ineludible, los primeros cristianos en Roma que se negaron a adorar otras divinidades, o el pensador Tomás Moro que se negó a obedecer al rey Enrique VIII como cabeza de la iglesia anglicana (3).

El debate sobre Objeción de Conciencia es reciente en la historia, por cuanto solo ha surgido en el interior de las sociedades liberales y pluralistas. Solo las sociedades pluralistas intentan respetar a quienes tienen valores distintos a los establecidos por mayoría en las leyes. Son estas, quienes piensan y sienten que en conciencia no pueden favorecer o llevar a cabo ciertos actos o acciones.

Se motiva la Objeción de Conciencia en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 18 - libertad de pensamiento, de conciencia y de religión) que señala que la libertad de conciencia y de expresión son derechos humanos fundamentales, a los que se les garantiza máxima protección en la mayoría de constituciones y tratados internacionales.

Se entiende así, por Objeción de Conciencia, el conflicto entre el deber ante la ley y el deber ante la propia razón, por lo que se le permite a la persona resistir los mandatos de la autoridad cuando estos van en contra de los principios morales de ella. De allí, que sea posible aducir impedimentos de conciencia para no cumplir con un deber legal.

Lo anterior, se da cuando un mandato legal se enfrenta con una creencia íntima con profundas convicciones pacifistas. Desde un punto de vista jurídico, puede decirse que en los supuestos de objeción de conciencia se produce un choque entre la libertad ideológica o de conciencia del individuo con otros bienes y derechos constitucionalmente protegidos por el deber jurídico. Es el conflicto secular entre la ética pública, que se concreta en el derecho que emana de las normas aprobadas democráticamente y la ética privada o la moral que nace de la libertad de conciencia de cada persona de lo que en el fuero interno de cada quien se cree adecuado a sus convicciones morales, religiosas o ideológicas.

La OC es excepcional, los legisladores procuran plasmar en las leyes los valores de toda la sociedad para la cual se prescriben. Cuando el consenso de valores permite posiciones discrepantes con la ley, aparecen la objeción de conciencia y la desobediencia civil. La primera, es un acto personal, que defiende principios individuales y persigue quedar al margen de las leyes sin modificarlas, lo que implica no obedecer una obligación jurídica en situaciones precisas. El fundamento es pues que se trata más de un derecho moral que de un derecho legal, ya que se inspira en otorgarle a cada persona la posibilidad de construir su propia escala de valores y de actuar con fidelidad a la misma, al oponerse a las acciones que violentan su conciencia y afectan su dignidad, integridad moral y autonomía. Es legítima en actos o deberes concretos, no puede ser justificada ante todo lo que enlaza una norma o una ley. La desobediencia civil en cambio, es un acto político, colectivo, que procura modificar las leyes. En esta última, se confronta una ley que se califica como injusta. En la esencia de ambas estrategias de resistencia se encuentra la no-violencia y el valor civil para enfrentar las consecuencias.

Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, consiste en la negativa a llevar a cabo ciertos actos o tomar parte en algunas actividades científicas legalmente aceptadas, en concordancia con la *lex artis*, argumentando transgresión a la libertad de pensamiento, conciencia o religión. La *lex artis* incluye no solo el conocimiento médico científico y los valores humanísticos, sino también, los elementos del cuidado, tener en cuenta la opinión del paciente, un adecuado proceso de consentimiento informado, una relación médico paciente deliberativa, óptimo conocimiento científico y la observación de factores económicos de distribución equitativa, además de la observancia de las leyes vigentes (4).

Cuando se recurre a la alternativa de Objeción de Conciencia, se debe tener en cuenta que es un planteamiento puntual y no general, que es exclusivo para el personal de salud comprometido directamente en la atención y para situaciones particulares; razón por la que cambia según la legislación de cada país. Nunca se debe esgrimir para oponerse a cumplir obligaciones que no impliquen convicciones profundas, de allí que debe expresarse formalmente y por escrito a los superiores con anterioridad al hecho puntual. Para que la sociedad admita el derecho concedido a los profesionales de la salud de objetar, exige que quien lo haga tenga convicciones profundas de base racional o religiosa ya demostradas con anterioridad, que el acto motivo de la objeción no sea parte esencial de su labor profesional, que el paciente no sea privado del tratamiento y no se sobrecargue a los otros profesionales ni a la institución (5).

Las áreas donde aparece con mas frecuencia el argumento para ejercer objeción de conciencia en medicina, suelen ser:

- Áreas relativas al final. Suspensión del apoyo vital, sedación paliativa, aceptación de la muerte cerebral, aceptación de la voluntad anticipada, donación de órganos.
- Investigación científica. Células troncales embrionarias.
- Genética humana. Pruebas genéticas, selección prenatal y consejería genética.
- Reproducción humana. Aborto, esterilización, anticoncepción, reproducción asistida.
- Algunas intervenciones de psicocirugía.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva se requiere un enfoque especial puesto que se pueden afectar intereses relevantes de terceros y poner en riesgo la vida, salud, integridad física y la autonomía de las personas involucradas. El conflicto de valores que surge en estos contextos, se causa entre el derecho de la persona objetora y los derechos de quien demanda una atención que califica como justa y que está autorizada por la ley.

Para enfrentar y resolver esta situación, de hecho difícil, se han contemplado tres opciones:

- Una absoluta en la que el objetor no se siente obligado a remitir o informar. Se trata de una noción incompatible con las obligaciones profesionales. Esta posición falta al compromiso profesional adquirido voluntariamente y antepone los valores morales a las necesidades clínicas

de los pacientes. En consecuencia, es problemática, discriminatoria y arrebatada al objetado un derecho alcanzado por ley. La sociedad no debe priorizar las convicciones ideológicas individuales sobre los derechos de los pacientes a ser atendidos de manera oportuna y libre de obstrucciones, por tratarse de una actitud injusta. Interfiere con la obligación de los profesionales ante los pacientes de respeto a la dignidad, autonomía y promoción de los objetivos de la medicina. Provoca tensiones laborales y afecta la relación médico-paciente.

- Otra fundamentada en el profesionalismo irrestricto, en la que no tiene lugar la objeción de conciencia, porque entiende como ineludibles las pautas exigidas por la sociedad. El problema de esta tesis de incompatibilidad radica en que los profesionales de la salud son agentes morales y no solo trabajadores de la salud, de lo que se desprende que tienen derecho a su integridad moral por cuanto si participaran en ciertas acciones incompatibles entre los valores y las acciones médicas, darían origen a sentimientos de culpa, vergüenza y pérdida de autoestima.

- Una posición intermedia, es aquella que busca conciliar los derechos de ambas partes. Al entender que la objeción de conciencia no es un derecho jurídico del médico sino una alternativa a la que se puede recurrir para desplegar un derecho moral, la actitud del profesional de la salud no puede ser obstruccionista. Se trata de una iniciativa de la que emerge una actitud racional y razonable del personal médico ante las necesidades de los pacientes y les proporciona la atención que exige su necesidad médica a través de una remisión expedita y segura, con la información completa y pertinente acerca de los derechos con que cuenta. Las actitudes dogmáticas con el propósito de obstruir, no son un acto ético por cuanto afecta las responsabilidades y exigencias de la profesión (6).

La discusión acerca de Objeción de Conciencia se debe centrar en primer lugar en el hecho de que esta se entabla en un estado social, democrático y participativo de derecho, respetuoso de la dignidad humana y además pluralista, por cuanto admite y promueve la diversidad, protege la libertad religiosa, de conciencia y pensamiento; y establece las vías jurídicas, políticas y sociales para dirimir los conflictos que se presenten en virtud de dichas diferencias.

Sí es claro que al ejercer la OC se afecta a terceras personas, no es tan fácil en la práctica entenderla como un acto exclusivo del fuero interno de quien lo ejerce. Es necesario, tener presente que la objeción impuesta por motivos de conciencia supone de todas formas enfrentar un deber jurídico con diferentes grados de proyección social y atenderlo desde la óptica de las consecuencias negativas que puede representar para terceras personas.

No prestar el servicio de interrupción del embarazo puede conducir al detrimento para la vida y salud de la mujer gestante, en las condiciones previstas por la sentencia C- 355 de 2006.

En la sentencia C- 355 de 2006, se entiende que los médicos se pueden oponer a la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.) por motivos de conciencia. Sí esta práctica choca con sus convicciones morales más profundas. Sin embargo, en aras de preservar los derechos de la gestante se debe asegurar que otro profesional pueda practicarla. Le corresponde al Estado y a las Empresas Promotoras de Salud garantizar que esta atención se cumpla en cualquiera de las entidades disponibles para el servicio (7).

En cuanto a la titularidad para ejercer la objeción de conciencia, la corte deja en claro que se limita al personal que efectúa directamente la intervención médica. No es posible ejercerla por parte del personal administrativo, ni de quienes cumplen actividades médicas preparatorias o posteriores a la intervención.

Está estipulado que para ejercer la Objeción de Conciencia en casos de interrupción Voluntaria del Embarazo, deberá hacerse por escrito donde queden consignadas las razones que contradicen las más íntimas convicciones de quien objeta y nunca utilizando formatos generales de tipo colectivo. Se debe consignar además, información sobre el personal médico al que se le remite, sobre el presupuesto de certeza, pericia y disponibilidad. Esto obedece a impedir que la objeción se constituya en una barrera de acceso a la prestación del servicio y le aporta rigurosidad al ejercicio de la objeción de conciencia.

No le está permitido ejercer este recurso propio del ámbito privado a quien ostenta la calidad de autoridad pública, porque viola los artículos 2º y 6º de la Constitución.

Artículo 2º. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios,

derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 6°. Los particulares solo son responsables ante las autoridades por infringir la constitución y las leyes. Los servidores públicos lo son por la misma causa y por omisión o extralimitación en el ejercicio de sus funciones.

Las autoridades públicas no pueden excusarse en razones de conciencia para incumplir con sus deberes constitucionales, porque en estos casos se encuentran obligadas a resolver la situación en concordancia con la Constitución y las demás normas propias del ordenamiento jurídico. Si no fuera así, y se les permitiera a las autoridades públicas objetar por razones políticas, filosóficas o religiosas, se obstaculizaría el acceso a la administración de justicia o daría origen a prevaricato por acción, faltas disciplinarias propias del Código Disciplinario Único. Las autoridades judiciales emiten sentencias en derecho y no en conciencia.

Tampoco está permitido exigir un previo permiso judicial a las mujeres que deciden interrumpir el embarazo por las razones que contempla la sentencia C-355 de 2006. Se entiende este proceder como una falta grave contra los derechos constitucionales fundamentales de la mujer.

El conocimiento científico es cambiante, los conceptos morales también lo pueden ser con el tiempo. Ligadas al conocimiento científico, siempre habrá prácticas controvertidas causantes de inquietudes morales en el personal de salud.

Por otro lado, le corresponde al estado dar prioridad a los pacientes, evitar deformaciones del concepto de OC y acciones obstruccionistas, facilitar el entrenamiento de los profesionales para crear conciencia en los estudiantes sobre las exigencias y responsabilidades de las profesiones de la

salud, de tal forma que las puedan asumir y evitar el ejercicio basado en las valoraciones morales subjetivas que conducen a un ejercicio prejuicioso, sesgado, intolerante y discriminatorio.

En cuanto a las instituciones se refiere, especialmente a las privadas confesionales, se puede juzgar que las organizaciones, al igual que las personas, tienen sus propios valores y códigos. Las personas de una institución ejercen para obtener en ella un espíritu con principios y criterios a pesar de la secularización que se originó en la constitución del 91. Las instituciones privadas y confesionales reclaman su derecho para determinar su razón social. Es necesario que exista una organización adecuada para que las personas sean trasladadas a otras instituciones donde se les brinde atención oportuna y de calidad, por ellas requerida. De acuerdo con Peter Drucker, profesor de negocios y catedrático de la Universidad de Clermont, para ser eficaces en una organización, los valores de una persona deben ser compatibles con los valores de la organización. No necesariamente deben ser los mismos, pero deben ser lo suficientemente aproximados para poder coexistir; de lo contrario, la persona no solo se frustrará, sino que tampoco rendirá buenos resultados (5,6,8).

La institución pública por el contrario, no puede negarse a la atención, por estar contenida y establecida dentro de la legislación que actúa en nombre del Estado, y por lo tanto deben contar con profesionales no objetores.

Para concluir, es dable afirmar que la OC:

- Es un problema inevitable en una sociedad pluralista y libre, que debe ser reconocido.
- Es un derecho que le asiste a quienes practican el acto clínico directo y no a quienes tratan las complicaciones, consecuencias o que deben atender el cuidado posterior.
- Se debe resguardar tanto el derecho a la OC por parte del tratante como el del paciente a acceder al servicio.
- El derecho a objetar no da derecho a obstruir la atención, el objetor tiene la obligación de informar sobre la existencia de la prestación y la manera de acceder a ella.
- El objetor solamente está obligado a participar en los actos en discrepancia, cuando se puedan producir graves e inmediatos daños para la salud del paciente.

Bibliografía Recomendada.

1. Martínez Alarcos F. Aproximación a la Objeción de Conciencia. Objeción de Conciencia y Sanidad. Editorial Comares. Granada. 2011. Pág: 2- 6.
2. Gracia D. Historia de la Objeción de Conciencia. Objeción de Conciencia y Sanidad. Editorial Comares. Granada. 2011. Pág: 33.
3. De Llobregat E. Bioética y Debat. Consideraciones Sobre la Objeción de Conciencia. 2012; 18(66) 3-19.
4. Santillán P. Implicaciones Jurídicas y Bioéticas en Torno a la Objeción de Conciencia. Comisión Nacional de Bioética. Gobierno de México. 2017.
5. Beca J, Astete C. Objeción de Conciencia en la Práctica Médica. Rev Med Chile. 2015; 143: 493-498.
6. Salas S, et al. El Médico y la Objeción de Conciencia. Opinión del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile. Rev Med Chile. 2016; 144: 382-387.
7. Sentencia C355 de 2006. Corte Constitucional de Colombia. Lineamientos Técnicos Para la Prestación de servicios de Salud de Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE en Bogotá D.C. Junio 2016.
8. Zárata A. Implicaciones Bioéticas y Biojurídicas de la Objeción de Conciencia Institucional en Relación con el Aborto en el Ordenamiento jurídico Colombiano. Prolegómenos. Editorial Neogranadina. Vol. 14 No 27. 2011.