

**TRIBUNAL NACIONAL DE
ÉTICA MÉDICA**

GACETA JURISPRUDENCIAL

URGENCIAS EN PEDIATRÍA

JULIO 2020

No. 40

©2020 Tribunal Nacional de Ética Médica

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

ISSN 0123-0832

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

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

Artículo 41 Ley 23 de 1982

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

© 2020

URGENCIAS EN PEDIATRÍA
JULIO 2020
No. 40

MAGISTRADOS 2020

Dr. Germán Gamarra Hernández (Presidente)

Dr. Fernando Guzmán Mora

Dr. Hernán Jiménez Almanza

Dr. Ariel Iván Ruiz Parra

Dr. José Miguel Silva Herrera

Asesor Jurídico

Dr. Edgar Saavedra Rojas

Abogada Secretarías

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. 2020.137.4-72, Vence 31 de Dic. de 2020

INDICE

	Pag.
Editorial. A propósito de las competencias médicas. Dr. José Miguel Silva Herrera Magistrado Tribunal Nacional de Ética Médica	11
Proceso 1306. Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta. Magistrado ponente: Dr. Hernán Jiménez Almanza. Providencia: 87-2019 Confirma sanción de suspensión. Shock séptico. Enfermedad de Kawasaki. Inobservancia de la Lex Artis. Historia clínica deficiente.	19
Proceso 1264. Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta. Magistrado ponente: Dr. José Miguel Silva Herrera. Providencia: 79-2019 Confirma sanción de suspensión. Trauma abdominal cerrado. Falta de diligencia. Demora en la intervención. Desatención de los protocolos.	40
Proceso 2013-004. Tribunal Seccional de Ética Médica del Chocó. Magistrado ponente: Dr. Hernán Jiménez Almanza. Providencia: 75-2019 Declaración de nulidad. Absceso glúteo. Remisión tardía al especialista. Informe de conclusiones sin análisis de las normas presuntamente infringidas.	59

	Pag.
Proceso 3321. Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca. Magistrado ponente: Dr. Ariel Iván Ruíz Parra. Providencia: 62-2019 Modificación de la sanción impuesta en primera instancia. Plastrón apendicular- Peritonitis. Registros deficientes en la historia clínica. Remisión tardía a un centro de mayor nivel de complejidad.	70
Proceso 3205. Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca. Magistrado ponente: Dr. Hernán Jiménez Almanza. Providencia: 58-2019 Confirma decisión sancionatoria. Abuso sexual. Maltrato infantil. Celulitis vulvar. Negativa para atender la remisión por parte del médico receptor. Desacato a las disposiciones legales de atención a menores víctimas de abuso sexual. Actitud indolente e irresponsable.	91
Proceso 742. Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima. Magistrado ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora. Providencia: 03-2019 Revocatoria de la sanción de censura verbal y pública, impuesta en primera instancia. Probable dengue hemorrágico. La ventaja de consultar las guías de atención. Los tribunales no dirimen las discusiones académicas sobre las diferentes formas de tratamiento.	102
Proceso 939. Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico. Magistrado ponente: Dr. Gabriel Lago Barney. Providencia: 76-2018 Confirma decisión sancionatoria. Pésima valoración preoperatoria. Ausencia de relación médico-paciente. Falta absoluta de profesionalismo e intrusismo. Historia clínica que refleja todo lo anterior.	130

	Pag.
Proceso 2013-352. Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño. Magistrado ponente: Dr. Gabriel Lago Barney. Providencia: 28-2018 Confirma decisión sancionatoria. Osteogénesis imperfecta. Transgresión de los intereses superiores de la medicina. Desprecio por las actitudes de buena disposición, los valores y la vocación.	151
Proceso 929. Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico. Magistrado ponente: Dr. Gabriel Lago Barney. Providencia: 19-2018 Revocatoria de la sanción de suspensión del ejercicio profesional, impuesta en primera instancia. Abdomen agudo. Apéndice normal. Valoración adecuada. Hipótesis diagnóstica razonable. Falla institucional en la custodia de las historias clínicas.	165
Proceso 2013-092. Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila. Magistrado ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández. Providencia: 05-2018 Solicitud de suspensión en el ejercicio profesional mayor de 6 meses. Absolución por parte del Tribunal Nacional de Ética Médica. Leucemia Linfoblástica Aguda. Encefalopatía por vincristina intratecal. Trabajo en equipo, la labor aislada de cada uno de los participantes no suma como tal. Principio de confianza.	176
Proceso 174. Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca. Magistrado ponente: Gabriel Lago Barney. Providencia: 78-2017 Confirma decisión sancionatoria. Apendicitis con peritonitis. Delegación indebida en estudiante de medicina.	193

	Pag.
Proceso 785. Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico. Magistrado ponente: Dr. Gabriel Lago Barney. Providencia: 71-2017 Confirma decisión sancionatoria. Trauma de rodilla. Artritis séptica. Shock séptico. Negligencia escudada en un concepto equivocado del trabajo en equipo.	208
Proceso 3051. Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca. Magistrado ponente: Dr. Gabriel Lago Barney. Providencia: 08-2017 Confirma sanciones impuestas. Síndrome escrotal agudo - Torsión testicular. Conocimientos además de habilidades clínicas y técnicas insuficientes. Incompetencia para establecer un proceso diagnóstico correcto.	224
Proceso 5681. Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá. Magistrado ponente: Germán Gamarra Hernández. Providencia: 91-2016 Revocatoria de la solicitud de suspensión en el ejercicio profesional por mas de 6 meses. Sanción de amonestación privada. Presunto abuso sexual. Apropiado apoyo en colegas de mayor preparación y experiencia. Incompleto registro en la historia clínica.	233
Proceso 736. Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico. Magistrado ponente: Dr. Gabriel Lago Barney. Providencia: 72-2016 Revocatoria de la sanción impuesta en primera instancia. Confirma sanción de amonestación privada. Probable Leptospirosis. Cuadro agravado por las condiciones de pobreza y desplazamiento. Historia clínica desprovista de los aspectos sanitarios y epidemiológicos.	243

	Pag.
Proceso 3041. Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca. Magistrado ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas. Providencia: 53-2016 Confirma decisión sancionatoria. Apendicitis con peritonitis. Profesional sin experiencia para desplegar habilidades clínicas.	258
Proceso 797. Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico. Magistrado ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez. Providencia: 40-2016 Síndrome escrotal agudo – Torsión testicular. Confirma responsabilidad ético-disciplinaria. Revoca la sanción impuesta en primera instancia y reduce la suspensión en el ejercicio profesional. Conocimientos además de habilidades clínicas y técnicas insuficientes. Incompetencia para establecer un proceso diagnóstico correcto.	262
Proceso 357. Tribunal Seccional de Ética Médica del Magdalena. Magistrado ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas. Providencia: 12-2016 Confirma archivo de la investigación. Celulitis pre-auricular y alergia medicamentosa. Historia clínica que permite seguir paso a paso la evolución.	269
Proceso 2760. Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca. Magistrado ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora. Providencia: 87-2015 Confirma decisión sancionatoria. Dengue hemorrágico. Decisión difícil pero equivocada que agrava el riesgo.	274
Proceso 783. Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico. Magistrado ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez. Providencia: 76-2015 Determina ausencia de responsabilidad ético-disciplinaria.	295

Revoca sanción impuesta en primera instancia y absuelve.
 Dengue grave.
 Racionalidad lógico científica basada en conocimientos y experiencia.

Proceso 2011-274. Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño. 312
 Magistrado ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora.
 Providencia: 54-2015
 Confirma decisión sancionatoria.
 Parasitosis intestinal.
 Médico prepotente y altanero. Actitudes no compasivas.

Proceso 315. Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño. 325
 Magistrado ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora.
 Providencia: 02-2015
 Confirma decisión sancionatoria.
 Tumor cerebral.
 Habilidades clínicas y técnicas deficientes para actuar ante la urgencia vital. Transgresión de los principios de no maleficencia y beneficencia.

Artículo especial. Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina de Colombia para enfrentar los conflictos éticos secundarios a la crisis de Covid-19 en el inicio y mantenimiento de medidas de soporte vital avanzad. 354

Equipo de trabajo: Ramón Abel Castaño Yepes, Académico Correspondiente; Gloria Arias Nieto, Académica Correspondiente; Oswaldo Borráez Gaona, Académico Correspondiente; Alejandro Nino Murcia, Académico Correspondiente; Liliana Támara Patiño, Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos; Julieta Moreno Molina, Consultora Ministerio de Salud y Protección Social.

Editorial

A PROPÓSITO DE LAS COMPETENCIAS MÉDICAS

*Dr. José Miguel Silva Herrera
Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica*

Las urgencias pediátricas son un campo del ejercicio médico que reviste especial dificultad dado que allí confluyen cuadros clínicos complejos, la comunicación se establece a través de terceras personas, suele gravitar en el ambiente una alta carga emocional transmitida por el simple hecho de tratarse de menores de edad reforzada esta por la preocupación de la familia además de muchos casos de consultas tardías originadas en el uso de remedios caseros y formulación empírica.

Al revisar las providencias de segunda instancia correspondientes a este tipo de urgencias, se aprecian distintas conductas médicas que fueron motivo de inconformidad para padres y allegados. Al buscar una explicación o un común denominador para las quejas, se encuentra que las engloba la noción de las competencias médicas o más estrictamente, el de la insuficiente apropiación de las mismas.

Mucho se ha hablado en las facultades de medicina del país acerca de educar en competencias, pero poco se ha recalcado la importancia de esa exigencia para el médico egresado. Los aspectos necesarios para la formación de profesionales idóneos subyacen lastimados en las conductas médicas reprendidas en la mayoría de las demandas interpuestas ante los tribunales de ética médica.

Es ineludible para la persona que ejerce la medicina responder ante la sociedad y ante las agremiaciones médicas que le exigen profesionalismo.

Es la sociedad la que reviste a las Facultades, a los docentes y al personal administrativo de la potestad de representarla en los procesos de selección y a su vez, es la que exige qué tipo de profesionales aspira a tener para su adecuado desempeño y crecimiento colectivo. Radica aquí una diferencia trascendental entre oficio y profesión, en cuanto que el profesional le solicita a la sociedad en general, permiso tanto para optar como para ejercer una carrera. De lo anterior se desprende que los médicos están obligados a responder con creces ante el privilegio por ella concedido.

Con el fin de formar profesionales de la medicina que cumplan con las características superiores exigidas para un adecuado desempeño, la educación médica ha integrado ya desde hace varias décadas las ciencias biomédicas, sociales y humanísticas, no solamente para sumarlas sino para magnificarlas y así enaltecer la profesión.

Han sido reconocidas como competencias categóricas y en ningún momento opcionales, las siguientes: los conocimientos, las habilidades clínicas, técnicas y de comunicación, las actitudes de buena disposición expresadas en conductas congruentes, los valores y las aptitudes cargadas de vocación e ingenio; para un desempeño profesional eficiente conforme al estado del arte.

Los conocimientos adquiridos desde la Facultad y con mayor razón en lo que a la educación médica continuada ulterior respecta, deben ser producto de un enfoque centrado no en la enseñanza sino en el autoaprendizaje y en el reentrenamiento, esto quiere decir, que cada quien es el responsable de su proceso formativo y cada quien tiene el compromiso de mantener los conocimientos actualizados en el área de su desempeño. A lo anterior, se le suma la capacidad de reconocer las propias limitaciones más la disposición de actuar dentro de un esquema de trabajo en equipo.

Es de resaltar que se publican en esta gaceta providencias sobre procesos suscitados en atenciones por síntomas respiratorios primordialmente de origen viral, ya sea por transmisión aérea, de contacto con las mucosas o por vectores. Estas exigen a los facultativos desplegar el método clínico con rigor y estrecha vigilancia. Incluyen estas entidades alto riesgo de equivocación, yerros que surgen de su historia natural y de la falta de pruebas específicas con alta sensibilidad y especificidad. Otros motivos de consulta frecuentes, que arrastran consigo un alto riesgo de equivocación en el ámbi-

to de las urgencias pediátricas que necesitan ser estudiadas a profundidad y con especial cuidado corresponden al dolor abdominal y el dolor testicular, ya que pueden desembocar en consecuencias funestas si los diagnósticos son tardíos o errados.

Como resultado de la experiencia derivada de juzgar conductas médicas, surge la recomendación de no contemporizar con distractores comunes que suelen minimizar la importancia de la consulta de urgencias con diagnósticos inespecíficos, tales como “virosis”, “indigestión”, “parásitos”, “problemas psicológicos” o aún, con el abuso del diagnóstico de infección urinaria. Es necesario en estas circunstancias apelar a un análisis diagnóstico serio, centrado en las probabilidades. En los casos de dolor abdominal la apendicitis y de dolor escrotal, la apendicitis y torsión testicular son causas frecuentes que obligan a contar con profundo conocimiento y habilidades clínicas.

Afrontar la incertidumbre es inseparable del ejercicio de la medicina por cuanto la relación médico paciente es única en cada caso, es resultado de que cada persona tiene un concepto diferente del binomio salud-enfermedad y aplica principios y valores individuales o se desenvuelve en un entorno físico y socioeconómico propio; todo esto le imprime pluralidad al acto médico. De allí que sea apropiado recordar y repetir el pensamiento de William Osler, distinguido como el padre de la medicina moderna, quien aseguró que la medicina es la ciencia de la incertidumbre pero también el arte de la probabilidad. De allí, que el conocimiento de esas probabilidades precise ajustarse a los protocolos de atención y a las guías de práctica médica basadas en la evidencia, o de ser necesario, a separarse de ellas con fundamentos académicos sólidamente sustentados.

Las diversas formas de desafiar la incertidumbre oscilan en el espectro delimitado entre la absoluta parálisis, o el excesivo despliegue de medidas tanto diagnósticas como terapéuticas, donde muchas de ellas pueden ser inútiles o nocivas. Sin embargo, existe una forma atinada de encararla que consiste en entender en primer lugar, que sentirla no es sinónimo de ignorancia o debilidad y en segundo lugar, que la aplicación de la clínica con la ayuda de los apoyos tecnológicos en su justa medida evita el exceso de confianza y la soberbia - que siempre van en detrimento del paciente al no escuchar la totalidad de los síntomas - y explora diferentes alternativas sin depender de una espiral interminable de exámenes. Es propio de la actitud benéfica

como competencia médica, aquella que se asesora, investiga, duda, observa y trabaja en equipo.

Los protocolos de atención que han sido acogidos por las diferentes asociaciones médicas en forma de guías o consensos, juegan un papel sobresaliente cuando se trata de adelantarse a los posibles resultados catastróficos, sin que esto sea una afirmación que los convierta en obligatorios e infalibles, pero sin duda, son una herramienta útil para orientar el raciocinio médico.

Otra de las razones de reproche que se pueden apreciar en las providencias de esta Gaceta Jurisprudencial tienen que ver con las deficiencias en las historias clínicas. Es difícil concebir que las historias sean incorrectas en estas circunstancias e inaudito que sea el proceso ético-disciplinario el momento para percibirlo, cuando se sabe que la historia clínica debe reflejar la calidad de la atención y todas y cada una de las actividades terapéuticas, tendientes a demostrar el raciocinio lógico con el que se enfrenta la incertidumbre. Una adecuada historia clínica no es otra cosa diferente que la manifestación de la maestría en la apropiación de las competencias referentes al buen juicio.

La historia clínica es el espacio correcto donde se deben fundamentar las decisiones. Es allí, donde se demuestra la diligencia médica y en caso de error, es el marco para entender si el comportamiento que lleva a cometerlo es excusable, toda vez que al médico no se le cuestiona por el error en sí mismo. Lamentablemente, es frecuente encontrar en los procesos ético-médico-disciplinarios, que muchos de los casos de error médico se acompañan de historias clínicas deficientes. Es absurdo encontrar consentimientos informados insuficientes o sin firma, descripciones quirúrgicas u órdenes médicas sin hora, registros de seguridad sin identificación. También se nota como ha hecho carrera en el ejercicio de la medicina en Colombia limitar la historia clínica a las variables corporales, y cuando mucho, a los estilos de vida, olvidando los condicionantes y determinantes de la salud de las personas, aquellos que impactan seriamente la salud de las mismas, tal como se aprecia en algunos de los casos aquí presentados.

En algunas providencias aquí incluidas se encontrarán referencias al trabajo en equipo. En unas, por la falta de apoyo entre colegas y en otras, porque los implicados justifican la demora o deficiencia en la atención basados en la excusa de que los pacientes son institucionales. Disculpa peregrina esta, por cuanto la gran mayoría de pacientes en nuestro sistema de salud lo son,

y no por eso, les rige un código ético diferente. Le corresponde al líder del equipo de atención orientar a los otros miembros del grupo y no esperar que los no especialistas actúen con el mismo grado de pericia, de tal manera que la cabeza responsable solamente puede delegar en colegas con el mismo grado de preparación.

Trabajar en equipo exige tener las funciones claras con los colegas y las instituciones. El trabajo en equipo deposita una responsabilidad comitente y vicariante en el jefe, de tal forma que la labor aislada de cada uno de los participantes no suma como tal.

Cuando dentro de la atención participan estudiantes, las funciones no son delegables y todos los actos deben ser aprobados por el profesional garante. En una institución con funciones universitarias el profesional debe cumplir y responder por la asistencia y la docencia sin delegarlas.

Es frecuente comprobar como en las instituciones médicas de primero y segundo nivel de atención, son profesionales con poca experiencia los responsables de los servicios de urgencias. La medicina de emergencias se caracteriza por la necesidad imperiosa de acometer actos médicos rápidos, presionados por el tiempo, el volumen de enfermos, y la gravedad de los casos, que llenan las salas de espera. El médico de urgencias trabaja bajo presión y debe aplicar interrogatorios precisamente dirigidos, por lo que le corresponde contar con una preparación académica sólida, un criterio clínico bien formado y contar con aptitudes favorables para minimizar los riesgos de una práctica que puede ser insegura. Es entonces, donde la competencia de tomar decisiones difíciles riñe con lo ideal y no pocas veces desemboca en procesos ético-disciplinarios originados en iatrogenias y decisiones equivocadas que aumentaron el riesgo inicial de una enfermedad grave, avanzada o difícil de tratar.

De otro lado, como parte del inventario de las competencias exigibles a los médicos les compete también la capacidad de responder con agilidad a los requerimientos de la ley y en consecuencia apropiarse de las acciones de protección en ellas embebidas, sobretudo de aquellas destinadas a la población vulnerable, entre las que se sobresale con preeminencia la población infantil. Un médico, no debe desconocer la legislación emanada con el espíritu de protegerla, entre otras, de la calamitosa violencia sexual intrafamiliar. Activar lo que se ha denominado el Código Fucsia, debe ser

una acción inmediata ante la menor sospecha de un hecho de esta naturaleza. Este persigue brindar atención integral y oportuna dentro del rigor del secreto profesional para respetar la dignidad de las víctimas sin profundizar el daño, secreto profesional que no comprende el encubrimiento en el caso de conocerse el nombre del posible responsable. Así como no es posible desconocer los códigos azul o rojo para responder ante situaciones clínicas que necesitan reanimación inmediata tampoco lo es para responder con celeridad a este llamado.

Otro motivo frecuente de reproche de la comunidad hacia los doctores, tiene que ver con la forma como se comunican las malas noticias o con la notificación ruda y grosera de los sucesos clínicos. Entablar conversaciones difíciles para informar malas noticias sobre diagnósticos adversos y complicaciones es una competencia de comunicación inherente al trabajo cotidiano de quienes tratan con pacientes. No se trata de una competencia blanda o menor. Es un acto médico que merece la misma delicadeza y precisión que la manipulación de los tejidos. Para quien recibe la mala noticia es inolvidable el dónde, cuándo y cómo le fue comunicada. De allí que el profesional en ese momento es responsable de la imagen que trasmite de sí mismo, de los colegas y del gremio en general- Es un acto claro de profesionalismo, más si se tiene en cuenta, que se trata de un momento facilitador o que por el contrario, puede entorpecer en adelante la relación médico paciente y su vez ser fuente de malos entendidos, quejas y hasta demandas.

Tener en cuenta elementos correspondientes a lo que se ha denominado comunicación efectiva es primordial en el ámbito asistencial. Estas nociones han sido objeto interés de la semiología, la ciencia que estudia los signos en la vida social y que contempla los ritos y ceremonias como acciones tendientes a complementar el lenguaje en el acto de la comunicación de las sociedades humanas. Existen protocolos, que procuran facilitar la tarea. Las recomendaciones suelen parecer simples y obvias, sin embargo, son esenciales en la medida en que no pueden faltar para asegurar que la conversación sea fluida y positiva.

Sugiere que se debe iniciar con el saludo ajustado a las formas de cortesía, que incluye la presentación con el nombre y el cargo de quien tiene la tarea de informar. Actuar con la disposición íntima de ocupar el lugar del interlocutor, esto es empatía, para una conversación compasiva y cuidadosa. Es primordial aludir al paciente por el nombre y repetirlo varias veces durante

el encuentro, porque le confiere a la charla un tinte de particularidad. En todos los escenarios, es necesario evitar conversaciones asimétricas o intimidantes, de tal forma que la siguiente indicación consiste en sentarse a la misma altura e inclinarse hacia adelante, para obtener una distancia cercana y respetuosa que permita que la conversación sea cálida y privada. Salvar las barreras físicas y propender por una aproximación sin interferencias acorta las distancias reales e imaginarias. La actitud, aun para informar temas delicados, debe ser relajada, sin asumir posturas defensivas que indiquen nerviosismo o inseguridad.

Aplicar las tácticas de comunicación efectiva humaniza el ejercicio de una profesión que guarda en sus entrañas el arte de transmitir bonhomía, compasión y respeto profundo por quien sufre.

Otros conflictos se originan en el comportamiento altanero, prepotente, grosero; impropio de cualquier persona, pero máxime de un médico, con alguien en situación de angustia e indefensión. Se trata de una conducta humillante, falta de humanidad, que agrede el honor de la profesión y de quien lo comete; cuando el honor es el mejor regalo que una persona se puede hacer a sí misma por encima de cualquier interés material. Incluye esto la compasión, o sea la posibilidad acompañar al otro y sentir el dolor que padece, con el interés de ayudar a superarlo a través de la solidaridad.

En conclusión, el desconocimiento y atropello de las competencias médicas necesarias para un buen desempeño, conduce a las actuaciones que se encuadran bajo la sombra de la negligencia, impericia o imprudencia que motivan un sinnúmero de procesos ante los tribunales de ética médica.

Finaliza este número con un tema bioético de extrema actualidad e interés, porque se trata de las “ Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina de Colombia para enfrentar los conflictos éticos secundarios a la crisis de Covid-19 en el inicio y mantenimiento de medidas de soporte vital avanzado”, formuladas por un grupo de académicos expertos, son ellos los doctores :Ramón Abel Castaño Yepes, Académico Correspondiente. - Gloria Arias Nieto, Académica Correspondiente. - Oswaldo Borráez Gaona, Académico Correspondiente. - Alejandro Nino Murcia, Académico Correspondiente. - Liliana Támara Patiño, Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos. - Julieta Moreno Molina, Consultora Ministerio de Salud y Protección Social.

Las circunstancias actuales han ubicado este tema en primera línea de las preocupaciones bioéticas, debido a la alta posibilidad de que las camas UCI sean insuficientes para atender el alto número de enfermos. Los problemas de carácter moral que se le impone al personal de la salud en estas circunstancias deben contar con valoraciones éticas producidas a través de una deliberación multidisciplinaria de especialistas de alto nivel.

Bogotá, nueve (09) de octubre del año dos mil diecinueve (2019)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1477 DEL NUEVE (09)
DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

REF: Proceso número 1306 del Tribunal de Ética Médica del Meta.

Quejosa: A.C.R. A.

Médico investigado: Doctor B.R.C.

Magistrado Ponente: Doctor Hernán Jiménez Almanza.

Providencia No. 87-2019

VISTOS

En sala plena el 31 de julio del año 2019 se concedió el recurso de apelación interpuesto por la apoderada del doctor B.R.C. contra la providencia en que no se aceptan los descargos rendidos por el doctor B.R.C. y se le impone la sanción consistente en suspensión el ejercicio de la medicina por tres meses conforme al artículo 83 literal c) de la ley 23 de 1981 y se envía al honorable Tribunal Nacional de Ética Médica.

LA QUEJA

El Tribunal de Ética Médica del Meta recibió el 25 mayo 2017 la queja instaurada por la señora A.C.R.A., como madre del niño D.A.Z.R., Q.E.P.D. de siete años de edad. Refiere en su queja que el 28 de marzo de 2017 el paciente inició con fiebre de 38°, la madre le tomó un hemograma y lo llevó a la cita con el médico particular doctor B.R.C. quien le diagnosticó rinofaringitis aguda, ordena unos medicamentos y lo incapacita por dos días. El día 29 es nuevamente llevado a consulta por fiebre y se le hace el diagnóstico de gingivitis aguda, ordena más medicamentos y prolonga la incapacidad por dos días más. Es nuevamente llevado el 31 de marzo al

consultorio por no mejoría, ordenando hemograma y hace el diagnóstico de Zika indicando acetaminofén y Dipirona. El día primero de abril es llevado nuevamente con temperatura de 38°, malestar, vómito y un brote generalizado en el cuerpo; la madre solicitó traslado a la Clínica de Casanare, con respuesta negativa por parte del doctor B., porque era un Zika. El día 2 de abril, el niño presenta un cuadro de inflamación del codo y los tobillos por lo cual consulta de urgencias a la Clínica Casanare donde lo internan con un cuadro de sepsis generalizada por estreptococo, con sospecha de enfermedad de Kawasaki y es atendido allí. Se diagnostica septicemia no especificada, cuadro de probable origen bacteriano, estreptococo, y solicitan remisión a unidad de cuidado intensivo. Se hace traslado en ambulancia aérea a la unidad de cuidado intensivo del Hospital Departamental de Villavicencio en donde el 3 de abril fallece.

HECHOS

A folio 39 reverso, el 28 de marzo de 2017, a las 11:30 a.m. valoración del paciente D.A.Z.R., de siete años de edad donde se lee; sintomático fiebre de varios días de evolución, anoche 38.5 tratada con acetaminofén muchos, hiporexia laboratorio cuadro hemático normal. Peso 26 kg frecuencia cardíaca 96, frecuencia respiratoria 20, temperatura 37. talla 130 cm otoscopia bien, buena ventilación pulmonar en ambos campos pulmonares. Análisis virosis. Plan acetaminofén Alegra D cada 12 horas firmado doctor B.R.C., cuadro hemático tomado en el Centro de diagnóstico clínico visionamos Salud del 28 de marzo de 2017 mostró leucocitos de 4880, neutrófilos 58%, linfocitos 31%, hemoglobina de 12.1 plaquetas 287,000. (Folios 5).

Fórmula del 28 de marzo de 2017 ordenando alegra D jarabe 4 cm cada 12 horas, control jueves 30 Montelukast tableta 5 mg. una tableta diaria, control jueves 30, ibuprofeno jarabe 8 cm cada seis — ocho horas. Medidas dietéticas. (Folio 7).

Incapacidad Médica por dos días: 28 y 29 marzo de 2017. (Folio 6).

Consulta nuevamente el 29 de marzo de 2017 por tos persistente, fiebre, anoche 39° rinorrea acuosa. Al examen temperatura 37.5, frecuencia cardíaca 110, frecuencia respiratoria 32 diagnóstico gingivostomatitis viral. Plan Kenacort media ampolla intramuscular. Virex 5 cc 5 veces al día por

cinco días, Levopront 4cc cada ocho horas. Nasacort inhalado. Incapacidad Médica prolongada por dos días más (folio 40).

Consulta el 31 de marzo de 2017 a las 9 horas, sintomático ha persistido la fiebre y el malestar. Temperatura 32°, frecuencia cardiaca 128. análisis Zika?. Se ordena repetir cuadro hemático que muestra trombocitopenia. Dolex, Novalgina, control mañana (folio 40). A folio 10 cuadro hemático del 31 marzo 2017 a las 9:17 con leucocitosis de 16,800 neutrófilos 94%, hemoglobina 11.4, plaquetas 165,000.

Consulta el 1 de abril a las 8:50 sintomático, ya bajo la fiebre, presenta vómito temperatura 36.5 frecuencia cardiaca 124, frecuencia respiratoria 28 control lunes 3 de abril de 2017 signos de alarma. (Folio 40).

En el reverso el 3 de abril de 2017 las 15 horas visita la Secretaría de salud, sospecha de fiebre escarlatina, estado hospitalizado se entrega copia de la historia.

A folios 45 y 46 se encuentra el ingreso por urgencias a la Clínica Casanare del paciente el 2 de abril de 2017 a las 9:50 como motivo de consulta el niño tiene Zika. Paciente quien ingresa por cuadro de cinco días de evolución de fiebre cuantificada hasta 39° asocia dolor articular de predominio extremidades inferiores, edema en extremidades, no tolera la marcha, hace tres días *rash* cutáneo generalizado manejado en casa con acetaminofén sin mejoría, desde ayer sin fiebre examen frecuencia cardiaca 125, frecuencia respiratoria 20, saturación de oxígeno 93, Glasgow 15 /15. Adinámico deshidratado palidez mucocutánea, mucosa oral seca lengua aframbuesada edema en encías, otoscopia conducto eritematoso, leve abombamiento membrana timpánica izquierda. Edema en codo derecho dolor a palpación en región bimalleolar izquierda y rodilla derecha, no tolera movilización de extremidades diagnóstico fiebre no cuantificada solicitan laboratorios firmado doctora S.G.C.

Folios 48,49 y 50 evaluación por pediatría el 2 de abril a las 12:17 en la Clínica Casanare se trata paciente de siete años con cuadro clínico de cinco días de evolución de fiebre alta acompañado al examen de lengua aframbuesada, ganglio cuello, exantema, en este momento se encuentra séptico y como signos de choque, cumple criterios para enfermedad de Kawasaki pero también su aspecto séptico se ordena antibióticos aumentar tasa hídrica, inicio inotrópico debe

ser trasladado primariamente al Hospital de Yopal por no disponibilidad de inmunoglobulina en esta institución requiere manejo en unidad cuidado intensivo pediátrico se inicia ceftriaxona, vancomicina. Infusión de dopamina. Anticuerpos IGM para dengue negativos.

En folio 97 del 3 de abril de 2017 se lee paciente quien ingresa procedente de Yopal en transporte aéreo, ingresa en shock profundo con múltiple soporte vasopresor e inotrópico en forma secundaria muy probablemente secundario estafilococo se inicia tratamiento con Vancomicina, Linezudil, pronóstico muy reservado, ventilación mecánica a las 19:15 presenta paro cardio respiratorio que no responde a medidas de reanimación y fallece a las 19:45.

Elementos probatorios

1. Documentos aportados por la quejosa, señora A.C.R.A., folios 5 a 21, 84 a 101.
2. Historia clínica del menor D.A.Z.R., en el consultorio particular del doctor B.R.C. Folios 38 a 40.
3. Historia clínica de atención del menor D.A.R. en el hospital de Yopal. Folio 92. Aportada por la quejosa.
4. Historia clínica atención del menor D.A.Z. Rincón en el hospital departamental de Villavicencio. Folios 62 al 74 y folio 13.
5. Declaración juramentada de la señora A.C.R.A. Folios 120 a 122.
6. Versión libre rendida por el doctor B.R.C. Folio 114 a 116
7. Providencia del 22 de marzo del año 2018 del Tribunal de Ética Médica del Meta por la cual se declaró que existen méritos para formular cargos al doctor B.R.C.
8. Historia clínica del menor D.A.Z.R., de la Clínica Casanare folios 410 a 423.
9. Declaración juramentada que rinde la señora S.G.C., ante la Procuraduría regional de Casanare. Folio 435.
10. Declaración juramentada de la señora Y.P.C., ante la Procuraduría regional de Casanare. Folio 436.
11. Providencia del Tribunal de Ética Médica del Meta por la cual se sanciona al doctor B.R.C. con suspensión en el ejercicio de la medicina por tres meses por infringir los artículos 15 y 34 de la ley 23 de 1981.

CONSIDERANDOS

La abogada defensora del doctor B.R.C. en su recurso apelación contra la providencia el de fecha del 4 de julio de 2019 mediante la cual el A quo profirió fallo sancionatorio consistente en suspensión al ejercicio la de medicina por el término de tres meses, por la transgresión a la primera parte del artículo 15 y artículo 34 de la ley 23 de 1981 como reproches:

Primer motivo: inconformidad vulneración del principio de congruencia entre el pliego de cargos — descargos y el fallo de fondo.

En la formulación de cargos el Tribunal Seccional del Meta encontró méritos suficientes para formular cargos al doctor B.R.C. por cuanto considera que el paciente menor D.A.Z.R., quien inició con un proceso infeccioso que fue interpretado por él como infección viral, tratado como tal, lo que a pesar de la persistencia la fiebre, aparición de signos y síntomas como: gingivostomatitis, erupción cutánea y taquicardia, persistente, siguió interpretando el cuadro como enfermedad viral sin hacer nada para comprobar, (comprobación serológica de Zika), quien además probablemente enmascaró un cuadro séptico más severo como una probable infección por estafilococo debido a la prescripción de esteroide intramuscular de alta potencia como la Triamsinolona y no valoró el cuadro hemático a fin de ordenar una valoración por especialista y hospitalización para toma de laboratorios y prescripción de antibioticoterapia específica pudo haber infringido la primera parte del artículo 15 de la ley 23 de 1981 que dice “el médico no expondrá su paciente a riesgos injustificados...”, Y al haber omitido consignar en la historia clínica datos como: a. la hipótesis diagnóstica de trabajo, b. La evolución completa de los síntomas y los signos físicos del paciente, c. Un examen físico completo, d. Análisis de laboratorio, como el cuadro hemático de control solicitado, pudo haber infringido el artículo 34 de la ley 23 de 1981 que dice: “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente...”. Folios 460 a 461.

En el fallo sancionador el Tribunal Seccional consideró que el doctor B.R.C. al no a ver interpretado el cuadro clínico de su paciente como un estado viral secundario a zika sin haber considerado otras hipótesis diagnóstica y al haber solicitado un cuadro hemático que nunca interpretó infringió la primera parte del artículo 15 de la ley 23 de 1981 que dice el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados y por la elaboración de una historia clínica sin datos como:

- a. Las hipótesis diagnósticas de trabajo,
- b. La evolución completa de los síntomas y los signos físicos del paciente,
- c. Un examen físico completo, de análisis de los laboratorios, como el cuadro hemático de control solicitado, es decir características tan deficientes, se considera que infringió el artículo 34 de la ley 23 de 1981 que dice “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente...” En concordancia con el artículo 1 literal a., y 4 de la resolución 1995 en 1999 el ministerio de salud.

Este Tribunal Nacional no encuentra ninguna incongruencia entre la formulación de cargos que fueron ampliamente motivados en los folios 156 a 160 del cuaderno No. 1 del presente proceso del cual tuvo conocimiento el doctor B.R.C. y su apoderada.

En los descargos el doctor B.R.C. y su apoderada tuvieron la oportunidad de analizar los cargos y presentar sus descargos que aparecen en los folios 210 has 216 del cuaderno No.1 del proceso.

En los descargos el doctor B.R.C. manifiesta frente al motivo por la cual no pidió prueba de serología fue porque el diagnóstico de Zika, se hace principalmente por clínica, ante la presencia de síntomas como fiebre, ojos rojos, sin secreción, ni picazón, dolores esporádicos en las articulaciones, musculares sin edemas, ni dificultad para caminar en un municipio donde se encuentra el mosquito transmisor, conducta respaldada por las guías del ministerio protección social.

El Tribunal Seccional considera que, si bien la confirmación de Zika se puede dar por la clínica, en las declaraciones realizadas por el doctor B.R.C. los únicos síntomas descritos en su historia clínica fueron fiebre, tos, hiporexia, malestar y vómito síntomas que no definen la clínica de un Zika y no son patognómicos del mismo, de acuerdo con las guías citadas por el mismo médico encartado, síntomas y signos que no permiten la confirmación del caso por clínica. Ahora bien, las estadísticas presentadas corresponden al año anterior sin negar que para esa época estamos ante la presencia de un brote Zika lo que no se le puede aceptar es que no se hayan tomado en consideración otras hipótesis diagnósticas de trabajo. Por lo tanto no se aceptan los descargos en este ítem.

En cuanto a la prescripción del Kenacort manifiesta a folio 214 y 215: “tenía la indicación para el manejo de proceso alérgico que presentaba el

menor en una dosis única la dosis recibida por el niño fue de 1.3 miligramos kilogramo dosis que se encuentra en el rango adecuado para la edad y el peso del menor si no tiene la efectividad necesaria para enmascarar un cuadro clínico bacteriano, de la fecha 28 marzo 2015 día anterior que sugería para ese momento el menor cursaba con una virosis. En concepto pericial suscrito por la doctora O.L.B.C., a folios 226 y 227 afirma “desde el punto de vista médico ante la colocación de una sola dosis de Kenacort no se puede atribuir que ésta medicación haya influido en la respuesta inmunológica del paciente, es importante aclarar que la alteración de la respuesta inmune se da en pacientes con el uso sostenido de corticoides, no con una dosis única. El Tribunal acepta los descargos en este ítem sin embargo deja constancia que no fue documentado en la historia clínica ningún diagnóstico de alergia para el cual se indicó.

Frente al laboratorio de fecha 31 de marzo de 2017 “manifestó que no lo conocí dado que si bien la consulta del menor fue las 8:00 a.m. y el reporte de laboratorio salió posteriormente sobre las 11:34 a.m. y no es cierto que la madre del menor me lo haya entregado a mi o a mi secretaria, ni el día siguiente. Generalmente mis pacientes tienen el número de mi celular y me escriben por la aplicación de *whatsApp* a la hora que sea, pero no los recibí, ni el día 31 de marzo de 2017, ni el día primero abril del 2017. El día primero abril de 2017, al ver al menor con resolución de su cuadro clínico, pues ya cursaba con su cuarto día en una presunción diagnóstica de Zika y no tenía fiebre, no opté por llegar indagar ese reporte ni la madre me lo llevo a esa consulta...”. En la declaración juramentada de la señora Y.P.C., ante la Procuraduría regional de Casanare (folio cual 436) quien era la Secretaria el doctor B.R., niega haber recibido reporte de laboratorio. Con respecto a este punto el Tribunal consideró que habiendo solicitado el control de cuadro hemático a su paciente el 31 de abril de 2017 era responsabilidad de él verlo el mismo día o el día siguiente en el control en este cuadro hemático se encontraba una leucocitosis de 16,800 con una neutrofilia el 91% lo cual podía haber alertado al doctor R.C., para remitir el paciente a valoración por pediatría y de estudio a un nivel mayor de complejidad. En cuanto haber omitido consignar en la historia clínica del paciente manifestó: “si existen datos que contienen descripción de los hallazgos positivos que encontré en la valoración del menor, sin embargo, reconozco que en los registros debo mejorar, reconozco que durante la vivencia de esta investigación ético disciplinaria he aprendido la necesidad de mostrar los registros que realizo en la historia clínica y con dedicación los realizaré”.

A este respecto el Tribunal considera que la historia clínica es la expresión del acto médico, y no se aceptan las explicaciones de que sólo se dejó constancia de los datos positivos. Valora este Tribunal el que reconozca su error, y haga propósito de enmienda sin embargo no se le aceptan los descargos en este ítem.

Con respecto a los 81 memoriales aportados por la defensa del médico encausado, suscritos por la comunidad a favor suyo, son tenidos en cuenta por este Tribunal, pero advirtiendo que un buen comportamiento profesional o social, con anterioridad, no elimina la posibilidad de incurrir, en una conducta disciplinaria, ni lo anterior elimina la responsabilidad. Solo sirve en el momento de la tasación de la pena para en determinados casos atenuar la gravedad de la sanción.

Así las cosas, considera este Tribunal que el doctor B.R.C., al haber interpretado cuadro clínico de su paciente como un estado viral secundario a Zika sin haber considerado otras hipótesis diagnósticas y al haber solicitado un cuadro hemático que nunca interpretó, infringió la primera parte del artículo 15 de la ley 23 del 81. Y por la elaboración de una historia clínica sin datos como: a) las hipótesis diagnósticas de trabajo. b) la evolución completa de los síntomas y de los signos del paciente, c) un examen físico completo. d) análisis de los laboratorios como el cuadro hemático de control solicitado, por lo cual infringió el artículo 34 de la ley 23 de 1981. El Tribunal Seccional del Meta no aceptó los descargos impuso al doctor B.R.C. sanción consistente en suspensión en el ejercicio de medicina por tres meses.

La apoderada del doctor B.R.C., presentó el recurso de apelación ante la providencia de 4 de junio de 2019 del Tribunal de Ética Médica del Meta. Primer motivo de inconformidad vulneración del principio de congruencia entre el pliego de cargos, descargos y el fallo de fondo: 1. no haber realizado la comprobación serológica de Zika, 2. probablemente enmascaró un cuadro séptico, severo como una probable infección por estafilococo debido a la prescripción de esteroide intramuscular de alta potencia como la Triamsinolona y no valorar el cuadro hemático a fin de ordenar valoración por especialista y hospitalización para toma de laboratorios y prescripción de antibioticoterapia específica, a su vez el artículo 34 de la ley 23 de 1281 bajo el reproche fáctico de deficiencias en los registros de la historia clínica del paciente.

Nótese que los reproches fácticos en torno a la imputación jurídica el artículo 15 de la ley 23 del 81 contempladas en el fallo de fondo que emitió, el aduce situaciones fácticas diferentes; “el doctor B.R.C., al haber interpretado el cuadro clínico de su paciente como un estado viral secundario a Zika sin haber considerado otras hipótesis diagnósticas y al haber solicitado un cuadro hemático que nunca interpretó, infringió la primera parte el artículo 15 de la ley 23 de 1981 que dice, el médico no expone a sus pacientes a riesgos injustificados”.

De otro lado el *A quo* se alejó de la ponderación de las pruebas aportadas por mí prohijado, en especial no tuvo en cuenta el dictamen aportado por la doctora O.B., especialista en pediatría.

Segundo de motivo de inconformidad radica en que el Tribunal de Ética Médica del Meta incurrió en un error al valorar las pruebas. En efecto haremos referencia a la práctica testimonial y ausencia de aplicación del principio de duda razonable.

La quejosa señora A.C.R.A., madre del menor D.A.Z.R., (q. e. p.d.) en su queja indica que mostró al doctor R.C. el cuadro hemático el 31 de marzo de 2017.

La señora Y.P.C., ante la Procuraduría regional de Casanare quien era la secretaria del consultorio del doctor R.C. bajo juramento que en un momento le entregaron el cuadro hemático además analizando la historia clínica aparece que la consulta del menor el día 31 de marzo de ese año, no el 31 abril como se indica en el fallo se realizó a las 8:00 a.m. y el reporte de laboratorio aparece a las 11:34 a.m., también se da un imposible puesto que el doctor R.C., no pudo haber conocido a las 8:00 a.m. el resultado de laboratorio que fue expedido a las 11:34 a.m. de ese día.

La defensa en su argumentación, como es entendible, descalifica el testimonio de la madre del menor, por el manifiesto interés que la misma tiene en relación con las resultas del proceso; pero luego menciona el testimonio de la señora Y.P.C., a la que si le da credibilidad en relación a la no entrega de los resultados de laboratorio ordenados por el disciplinado y omite decir, que esta testigo era la secretaria del mismo, situación de dependencia laboral que igualmente la pondría en entredicho en relación con la credibilidad que se le debe otorgar en relación con lo declarado.

En tales circunstancias lo que pretende la defensa es que se le dé credibilidad al testimonio de la secretaria del disciplinado y se deseche el testimonio de la madre, pero es claro que un motivo de crítica probatoria no puede ser el de pretender imponer el criterio interpretativo propuesto por las partes, para que el mismo predomine por encima del criterio del juez. Sobre todo, porque en el testimonio de la madre, cuenta como el 31 de marzo, de manera inmediata a haberse ordenado los exámenes se fue para el laboratorio para sacarlos y luego para reclamarlos poco antes del medio día. Es impensable y no sería un comportamiento admisible como lógico, que pese a la gravedad de la enfermedad de su menor hijo, y pese a haber demostrado esa diligencia en hacerlos y reclamarlos, el interés le hubiera durado hasta ese momento y hubiera decidido no entregárselos al médico que los había ordenado.

Las críticas que hace al testimonio de la madre en relación con algunas imprecisiones son entendibles, si se considera la tragedia y el dolor que para una mujer significa la muerte de un hijo, y con mayor razón tratándose como en este caso de un infante. Pero de todas maneras debe precisarse que en memorial escrito que ella presenta habla del 31 de marzo y no de abril, igual que hace en tal vez la primera declaración que rindió. Estos hechos nos demuestran que no hubo intención, ni interés de mentir, sino equivocaciones ocasionales, entendibles por la tragedia que estaba viviendo.

Es así como en memorial firmado por la quejosa (folio 21 Primer Cdo) se observa que en el punto quinto de este documento hace referencia al 31 de marzo, y no de abril, como después equivocadamente lo consignaría.

Y en relación con la lectura de los exámenes de laboratorio por parte del disciplinado se debe recordar la declaración de la madre del menor cuando sostiene en relación a este tema:

“Yo llegué con el niño el 31 de marzo como a las 8:30 de la mañana al consultorio del doctor porque el niño no se mejoraba, el doctor lo revisó nuevamente en la camilla y me autorizó nuevamente un hemograma, yo me fui a tomarle los exámenes en el laboratorio Visionamos, allá fui a las 9:17 de la mañana, al niño le tomaron el hemograma a esa hora, como a las 11:35 de la mañana de ese mismo día 31 yo fui con mi secretaria a reclamar los exámenes en el laboratorio Visionamos, mi secretaria fue la que subió y ella me dijo que

la persona que entrega los resultados le dijo que los exámenes se habían demorado porque tuvieron que reconfirmarlos dado que habían encontrado una anomalía. Después de recoger los exámenes de una vez me fui para el consultorio del doctor B., y el doctor tomó los exámenes y los revisó y me dijo que lo que presentaba el niño era un Zika, igualmente ese día cuando revisó al niño llevaba la pielecita como rociadita, tenía fiebre alta y el malestar general.....”.

Después de la lectura de la declaración de la madre, en relación con los exámenes ordenados por el disciplinado, y teniendo en cuenta que esta señora es una persona culta, en cuanto ostenta un grado profesional de contadora pública y contra lo sostenido por la defensora, no encuentra esta Corporación otra alternativa que darle credibilidad, porque evidentemente de lo probado en el proceso, surge con claridad que se trata de una madre preocupada y responsable por la salud de su hijo, y ello se demuestra con haberlo llevado de manera consecutiva durante varios días donde el médico tratante y en el hecho de que inmediatamente se le ordenaron los exámenes de laboratorio se fue a que se los hicieran y en la misma mañana fue a reclamarlos.

En las circunstancias anteriores puede pensarse que esta madre preocupada y responsable de la salud de su menor y único hijo, se hubiera guardado para sí los resultados de laboratorio, que le acababan de entregar, con el agravante de que le informaron que se habían demorado más de lo previsto porque habían encontrado algo anormal y habían tenido que reconfirmar esos resultados. Es evidente que esa hipótesis es impensable e inaceptable y debemos creer en lo por ella afirmado, es decir, que inmediatamente los recibió se los llevó al médico para su revisión.

Dentro de los reproches que formula la defensora en este mismo cargo es que la primera instancia no tuvo en cuenta el dictamen aportado por el procesado y elaborado por la Dra. O.B., médica especialista en pediatría. Efectivamente la primera instancia no tuvo en cuenta un supuesto peritazgo firmado por la profesional antes mencionada, pero olvida la defensora que el juez solo puede valorar las pruebas legalmente practicadas y este es un supuesto peritazgo en el que no se cumplieron los ritos legales establecidos para practicar este tipo de pruebas.

La práctica probatoria se modificó sustancialmente al cambiar de un sistema escrito y de tendencia inquisitiva, al pasar a un sistema oral de tendencia

acusatoria, porque mientras en el primero la iniciativa probatoria es generalmente es oficiosa por parte de los instructores, y cuando es de las partes, además de poder aportar pruebas, si las mismas deben ser practicadas, deben ser solicitada al instructor, para que el mismo las ordene y las practique; y por el contrario, en el sistema acusatorio actual, la iniciativa probatoria es ciento por ciento de las partes, tanto que al juez le está vedado ordenar la practica de pruebas de oficio.

Al ser el proceso disciplinario médico un sistema escrito y de tendencia inquisitiva, la iniciativa probatoria no es de las partes, sino del magistrado instructor. En tal sentido se ha sostenido en la jurisprudencia de esta Corporación:

“Ese sistema probatorio (El de la ley 600 de 2000), cambió fundamentalmente con la vigencia de la Ley 906 de 2004, porque con la implantación del sistema acusatorio la iniciativa probatoria y la producción de los medios de convicción es responsabilidad individual de cada uno de los dos grandes protagonistas del proceso acusatorio: la acusación y la defensa, no por nada ha recibido el calificativo de sistema adversarial, porque se trata de dos oponentes que se enfrentan como verdaderos adversarios, cada uno en la búsqueda de sus personales intereses procesales.

A pesar de que esta Corporación en reiterada jurisprudencia ha sostenido que los vacíos legislativos existentes en la Ley 23 de 1981 deben ser llenados con las previsiones del Código de Procedimiento Penal, por remisión expresa de la normatividad, es claro concluir que de conformidad con ella, se debe hacer remisión a la Ley 906, Código Procesal actualmente vigente, puesto que el anterior, Ley 600, fue derogado expresamente, excepto en lo relacionado con el trámite de los procesos que por fuero se tramitan ante la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia.

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 129. ***IMPARCIALIDAD DEL FUNCIONARIO EN LA BÚSQUEDA DE LA PRUEBA. EL FUNCIONARIO BUSCARÁ LA VERDAD REAL. PARA ELLO DEBERÁ INVESTIGAR CON IGUAL RIGOR LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEMUESTREN LA EXISTENCIA DE LA FALTA DISCIPLINARIA Y LA RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADO, Y LOS QUE TIENDAN A DEMOSTRAR SU INEXISTENCIA O LO EXIMAN DE RESPONSABILIDAD. PARA TAL EFECTO, EL FUNCIONARIO PODRÁ DECRETAR PRUEBAS DE OFICIO.***

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 133. ***PRÁCTICA DE PRUEBAS POR COMISIONADO. EL FUNCIONARIO COMPETENTE PODRÁ COMI-***

SIONAR PARA LA PRÁCTICA DE PRUEBAS A OTRO SERVIDOR PÚBLICO DE IGUAL O INFERIOR CATEGORÍA de la misma entidad o de las personerías distritales o municipales.

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

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

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

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

ARTÍCULO 134. PRÁCTICA DE PRUEBAS EN EL EXTERIOR.

La práctica de las pruebas o de diligencias en territorio extranjero se regulará por las normas legalmente vigentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 142. PRUEBA PARA SANCIONAR. No se podrá

preferir fallo sancionatorio sin que obre en el proceso prueba que conduzca a la certeza sobre la existencia de la falta y de la responsabilidad del investigado.

Como se puede observar, en este procedimiento, escrito y de tendencia inquisitiva, al igual que sucede en el procedimiento implementado por la Ley 600, el dominio de la ordenación y práctica de las pruebas es del funcionario, por tanto, las partes solo están autorizadas para aportar evidencias o pruebas, pero no pueden decretar pruebas como la pericial, que es competencia exclusiva del funcionario, sin descartar si, que las partes puedan solicitar la práctica de la misma. Lo anterior es entendible, porque en los sistemas procesales de tendencia inquisitiva la iniciativa investigativa la tiene fundamentalmente el funcionario instructor, mientras que en los procesos de tendencia acusatoria, esa iniciativa está en cabeza de las partes.

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

De allí que sea razonable que el Tribunal de primera instancia no haya considerado una prueba que no fue practica por iniciativa del funcionario competente, sino de la defensa, contraviniendo de tal manera la filosofía que orienta éste tipo de procedimientos y por lo tanto esta Superioridad no acepta sus argumentos del Recurso en apoyo a su solicitud de decretar la nulidad del proceso ético disciplinario en cuestión y en tal sentido se pronunciará en la resolución respectiva.¹

Pero además debemos agregar, que al remitir la ley 23 al Código de Procedimiento Penal para llenar los vacíos que existan en la misma, se debe hacer remisión a ley procesal vigente, pero esta Corporación se ha visto sometida a graves problemas para cumplir con tal mandato legal, porque cuando la ley se dictó, estaba vigente un sistema procesal escrito, de tendencia inquisitiva, en el que las pruebas eran ordenadas o practicadas por el juez bien de oficio o bien a petición de parte; pero al entrar a regir la nueva codificación procesal, nos encontramos con un sistema procesal de tendencia acusatoria y oral; en el que las pruebas son recolectadas por las

¹ Providencia No. 112-2015, 17 de noviembre de 2015. M. P. Dr. Francisco Pardo Vargas

partes y practicadas en el juicio, luego de haber sido autorizadas en la audiencia preparatoria.

Ante la imposibilidad de poder aplicar algunas de las nuevas instituciones esta Corporación determinó que las remisiones para llenar los vacíos de la Ley 23, se harían en cuanto fuera posible adecuarlas a este sistema escrito y de tendencia inquisitiva, y como no se puede hacer remisión a la ley 600 por encontrarse derogada, se concluyó que se aplicarían las disposiciones de la Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario, por similitud de materia y por tratarse igualmente de un código escrito de tendencia inquisitiva y en caso de que no se pudiese resolver el vacío con esta remisión, se debía acudir al Código Contencioso Administrativo o al Código General del Proceso.

En jurisprudencia reiterada contenida en la providencia No.10-2015, magistrado ponente doctor Francisco Pardo Vargas, en relación con ese tema esta Corporación ha sostenido:

En el caso sub-judice se presenta un problema bien interesante, surgido de la potestad conferida por la ley disciplinaria, de hacer remisión en sus vacíos al código de procedimiento penal y a los problemas que surgen del hecho de haber cambiado el sistema procesal de tendencia inquisitiva y escrito el uno, por uno de tendencia acusatoria y oral el otro.

Es una realidad, que cuando se promulga la Ley 23 de 1981, teníamos un proceso escrito de tendencia inquisitiva (Decreto 409 de 1971) y los códigos procesales que lo sucedieron, el Decreto 2700 de 1991, Ley 600 de 2000, conservaron con cambios realmente intrascendentes, la misma tendencia y el mismo sistema escrito. Por tal razón la aplicación de la Ley 23 en el lleno de sus vacíos, no había tenido problema desde el mismo momento en que comenzó a ser aplicada en 1981 y éstos problemas solo se comienzan a evidenciar a partir de la entrada en vigor de la Ley 906 de 2004, donde pasamos a un proceso acusatorio y de características eminentemente orales y con una pluralidad de instituciones absolutamente novedosas, que son inaplicables a un sistema inquisitivo y escrito.

El último código escrito y de tendencia inquisitiva, Ley 600 de 2000, fue derogado por el artículo 533 de la Ley 906 de 2004, quedando vigente únicamente para el trámite de los procesos de aforados de los que conoce la

Corte Suprema de Justicia y por aplicación del principio de favorabilidad, con sus sub-principios de la retroactividad y de la ultraactividad para los delitos que se cometieron en vigencia de aquella.

En las circunstancias precedentes, es una realidad evidente, de la imposibilidad de hacer remisión para llenar los vacíos de la Ley 23, a la Ley 600, porque se trata para éstos efectos una ley derogada, como ya se dijo.

Por la complejidad que significa un cambio tan radical y de tales dimensiones y viéndonos en la obligación de llenar los vacíos de la Ley 23, con el C. de P. P. es que esta Corporación, por providencia 11-2011 del Dr. Fernando Guzmán Mora concluyó, que la remisión al nuevo código de procedimiento penal de tendencia acusatoria y dentro de la metodología de la oralidad, se haría siempre y cuando las instituciones procesales que debían de ser complementadas, fueran susceptibles de completar sus vacíos con la nueva normatividad. Es decir, se concluyó que en algunos casos era imposible acudir al sistema procesal acusatorio para llenar los vacíos de la ley 23, por la absoluta incompatibilidad y diferencia entre un sistema procesal dominado por la oralidad y uno de carácter escrito.

Ante esta imposibilidad de llenar algunos vacíos de la Ley 23, se concluyó igualmente que debería acudirse a otras normatividades procesales como el código Contencioso Administrativo y preferentemente el Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002, esto por la identidad de materia. En tal sentido se expresó en aquella decisión:

“...A partir de la entrada en vigencia de la Ley 906 de 2004 y en nombre del artículo 82 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 47 del decreto 3380 de 1981, por mandato legal, se le debe dar aplicabilidad a los parámetros propuestos por el Sistema Acusatorio, en lo que no esté contemplado en la Ley 23 de 1981, y que no riña con la equidad y la justicia, sólo en aquello que sea más garantista y constitucionalmente indicado, sin darle aplicabilidad a nada que vaya en contra de la esencia del proceso ético-disciplinario, ni que vulnere las garantías legales de los profesionales de la medicina.

Para darle vía libre al procedimiento ético disciplinario, el cual es de una precariedad absoluta, se debe hacer remisión al Código de Procedimiento Penal con el fin de llenar los vacíos existentes. Si se

analiza el capítulo II del Título III de la Ley 23 de 1981, se observará que la misma, no estipula nada, por ejemplo, respecto a pruebas (testimoniales, documentales, peritajes), prescripción, nombramiento de persona ausente entre otras. Al desarrollar el tema irán necesariamente saliendo a flote las otras disposiciones a las que se deberá hacer remisión, sobre los temas que no se encuentran plenamente determinados en la referida ley...”

“...Teniendo en cuenta que por ahora, será de inmensa dificultad implementar el sistema acusatorio en el proceso ético disciplinario y que la exigencia dada por la Ley 23 de 1981 de que todos sus procedimientos y actuaciones queden plasmados por escrito, dificultará, que al menos por ahora, la adopción de audiencias. Se considera que en cuanto a preclusión se trata debemos darle aplicabilidad a los artículos 331, 332 y 334 de la Ley 906 de 2004....”

Es claro entonces que el documento presentado por la Dra. O.L.B.C. (Folios 223 y ss Co Nro. 1), no constituye un dictamen pericial, porque no cumple con los requisitos legales exigidos para este tipo de pruebas en el Código Único Disciplinario, ni tampoco en la Ley 906 de 2004, si se pretendiera la aplicación de esta codificación de tendencia acusatoria y oral, para ser aplicada a un sistema procesal de tendencia inquisitiva y escrito.

Se trata entonces de un documento que no tiene, y que no puede tener ninguna validez como pericia y en tales circunstancias de ilegalidad no ha podido ser valorado por la primera instancia, ni por la segunda.

El artículo 133 de la Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario dispone que las partes pueden solicitar y aportar pruebas y que las mismas serán ordenadas por el instructor. Es claro que esa supuesta pericia no fue solicitada por la defensa, ni fue decretada por el magistrado instructor de este proceso, luego se trata de un documento que por no llenar los requisitos mínimos de validez, no constituye un medio de prueba y en tales circunstancias fue acertado que no fuera valorado por la primera instancia.

Es una prueba ilegal que no puede ser valorada.

El tercer argumento de inconformidad es la violación flagrante del debido proceso.

Luego de hacer extensas citas sobre dos fallos de constitucionalidad dictados en relación con la ley 23 de 1981, concluye que el proceso disciplinario médico es un régimen sancionatorio, que en sus vacíos se debe acudir al código procesal y que en el mismo deben predominar las garantías constitutivas del debido proceso.

Luego afirma que se sancionó sin que estuviera probado uno de los cargos, el relacionado con haber sometido al menor paciente a riesgos injustificados y que el cargo relacionado con la mala elaboración de la historia clínica se encuentra probado por la confesión que de tal conducta hizo el mismo disciplinado.

Muestra su inconformidad la recurrente en la falta de motivación en relación con la sanción impuesta y que se desconoce por qué el Tribunal de primera instancia impuso una sanción de suspensión en el ejercicio profesional y no alguna de las igualmente previstas en el artículo 83 de la Ley 23.

Se debe aceptar que existe una falta de motivación en cuanto a la pena impuesta, omisión que será remediada a continuación, con fundamento en el criterio jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, en las decisiones en las que ha sostenido que cuando las sentencias son uniformes, es decir las sentencias de primera y de segunda instancia son igualmente absolutorias o condenatorias, las mismas conforman una unidad y se complementan en sus argumentaciones.

En tales circunstancias, esta Corporación debe anotar, que cuando está de por medio la vida de un ser humano, como consecuencia de una violación de la *lex artis*, por parte de un médico, es claro que se está en presencia de la más grave de las consecuencias que se puede producir como lamentable resultado de un tratamiento médico y ese solo hecho, lleva de manera necesaria a pensar en imponer la sanción más grave y no en las de menos gravedad; y si a lo anterior se agrega, que se trataba de un ser humano que apenas iniciaba el camino de la vida, es natural concluir que la gravedad de la falta objeto de juzgamiento se agrava aún más; porque su indefensión e inmadurez llevan a cualquier persona a tener mayores cuidados y consideraciones cuando se trata de la salud de un infante que apenas comienza a vivir la vida.

Esta ha sido la jurisprudencia reiterada y uniforme de esta Corporación y siendo razonable, es el momento precisamente de reiterarla una vez más. En tales circunstancias considera esta Corporación, que la sanción impuesta por el Tribunal de primera instancia es razonable y en ningún momento desproporcionada.

Son suficientes las consideraciones precedentes, para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en el ejercicio de las atribuciones que le confiere la Ley

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: CONFIRMAR la sanción de suspensión en el ejercicio de la profesión por un período de tres (3) meses al Dr. B.R.C., de condiciones civiles y personales conocidas en el proceso, por haber infringido las previsiones de los artículos 15 y 34 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, once (11) de septiembre del año dos mil diecinueve (2019)

SALA PLENA SESIÓN No. 1473 DEL ONCE (11) DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)

REF: Proceso No. 1264. Tribunal de Ética Médica del Meta.

Demandado: Doctor S.R.P.

Quejosa: O.B.C.

Denunciante: Dirección de atención al usuario de la Supersalud.

Paciente: S.D.C.V.

Asunto: Apelacion en contra de sancion disciplinaria

Magistrado Ponente: Dr. José Miguel Silva Herrera

Providencia No. 79-2019

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Medica del META, mediante providencia del 30 de abril de 2019, resolvió no aceptar los descargos presentados por el médico SA.R.P., identificado con cédula de ciudadanía No.... de..., Registro Médico No... expedido por el..... y le impuso SANCION DE SUSPENSION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR EL TERMINO (01) MES, por trasgresión de los artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981.

El 06 de junio de 2019, la apoderada Mayerly García Correal formula recurso de alzada contra la providencia del 30 de abril de 2019, en el que solicita revocar la decisión de suspender en el ejercicio de la profesión a su defendido y en su lugar se atenúe la sanción impuesta por una de menor gravedad.

El se recibió el expediente el 6 de agosto de 2019 en esta Corporación y el se repartió bajo sorteo, correspondiendo al Magistrado JOSÉ MIGUEL

SILVA HERRERA, quien procede a resolver el recurso de alzada con base en los siguientes:

LA QUEJA

Dio origen a la presente investigación la petición de la señora O.B.C. por presuntas irregularidades relacionadas con la atención de la menor S.M.B.C. por el cuerpo médico de la IPS Hospital Departamental de Granada, presentada ante la Dirección de Atención al Usuario de la Supersalud y remitida por esta oficina al Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta en razón de su competencia el día 23 de septiembre de 2016. Describe la queja contemplada para iniciar el proceso: “que la niña se cayó de un caballo el 14 de mayo en la vereda La Julia y fue remitida a La Uribe por hemorragias múltiples, de donde la remitieron el 15 de mayo al Hospital Departamental de Granada porque necesitaba cirugía, donde al parecer hubo negligencia del médico tratante pues gracias a la insistencia de la madre de la menor le pusieron una sonda que permitió ver que tenía hemorragias internas. Le tomaron una ecografía que permitió ver que tenía reventado algo del lado izquierdo que requería una cirugía pero que no la cubría el seguro. Tuvo un paro cardiorrespiratorio y de inmediato le practicaron la cirugía el 17 de mayo, y los médicos le informaron que le habían tenido que sacar todas las tripas, que estaba reventaba por dentro y que se estaba necrosando. Tuvo otras complicaciones, le dio peritonitis, la bajaron al piso y empezó a generar un olor pútrido y la remitieron a cuarto nivel, al Hospital de Villavicencio, donde encontraron que estaba llena de pus por dentro. Estuvo dos meses hospitalizada y le brindaron la mejor atención. De allí la remitieron a trasplante de intestino pero fue mal remitida a Barranquilla y se encontraba en proceso de referencia y contra referencia a IPS que pueda realizar el procedimiento quirúrgico, a la fecha del 13 de septiembre de 2016, cuando puso la queja. “ (Folios 1 y 2.)

Hechos objeto de investigación.

Paciente femenina de 16 años de edad que presenta trauma abdominal cerrado al caer de un caballo. Por dolor abdominal constante, hematemesis y vómito. Atendida en el Centro de Salud de La Julia. Toman Rx de tórax sin trauma costal y radiografía de abdomen sin signos de perforación de víscera hueca. Hematocrito de 33% y Hemoglobina de 11 g/dl. Un control similar a las 6 horas. Remitida a las 0:00 horas al Hospital Departamental

de Granada el 15 de mayo de 2016 adonde ingresa a las 10:09 horas. En regulares condiciones generales, pálida y sudorosa. TA: 110/60 mm de Hg, FC: 100 l/m, FR. 20, T: 36 °C, Sat. O2: 98%, Glasgow 15/15. Mucosa oral seca, abdomen blando pero doloroso en todos los cuadrantes, palidez mucocutanea generalizada. ID: Traumatismo no especificado de abdomen-trauma cerrado de abdomen- síndrome emético secundario- hematemesis-anemia secundaria.(folios 1794-1795).

Valorada por cirugía general, doctor S.SR.P. a las 12:10 horas, quien la encuentra en mal estado, ansiosa, álgica, taquicárdica, palidez mucocutanea generalizada, sin cambios en signos vitales, en abdomen ligera distensión, defensa abdominal voluntaria, dolor a la palpación superficial y profunda. TAC interpretado por él no presenta neumotórax ni hemotórax, sin lesión de víscera hueca o sólida, no ve líquido libre. Anota, Hcto 33%, Hb: 11 g/dl. Decide dejar en observación con control de hemograma en 12 horas, analgesia, sonda nasogástrica, pendiente resultado del TAC. Revisa el TAC con el radiólogo el 15 de mayo a las 13:30 horas y dice que hay escaso líquido perihepático. Sugiere este una ecografía abdominal en la que se aprecia líquido libre menor de 1000 cc y lesión hipoecóica en segmento IV del hígado de 55 mm x 53 mm. Firma el cirujano doctor R. (folio 1830).

Ingreso a observación de urgencias a las 16:06 horas. Indica que el dolor ha disminuido, FC: 140 l/m, TA: 116/75 mm de Hg, SAO 98%. Firma . Ángela Forero. Médico general (folio 1831). Nota de la enfermera Ángela Patricia López del las 16:18 horas anota que tiene taquicardia, que está con oxígeno por cánula, SNG a libre drenaje con material en cuncho de café, tendencia a la somnolencia (folio 1883).A las 22.00 horas, nota de enfermería dice que tiene pendiente nueva valoración por cirugía y hemograma de control a las 05:00 horas del 16 de mayo, para inicio de transfusión de 3 unidades que están reservadas. Interpretado el resultado de Hb por el doctor F.G. a las 05:52 9,9 g/dl y le ordenan uno nuevo que fue de 9,6 g/dl. (folio 1836).

Valoración del doctor R.P., quien anota que la encuentra estable, FC: 140/m, afebril, ruidos intestinales presentes, abdomen blando, depresible, moderado dolor a la palpación en hemiabdomen derecho. En el análisis anota que sigue taquicárdica, con buen patrón respiratorio, moderado dolor abdominal, hemograma en descenso pero no requiere transfusión, le ordena dieta líquida, hemograma de control, TAC de abdomen y continuar

en observación (folio 1837). El resultado de la TAC describe “líquido libre en cavidad a nivel perihepático, en corredera parietocólica derecha y en pelvis mayor”. A las 15:0 horas, el doctor S.R.P., anota que tiene FC: 170/m, con dolor abdominal de predominio derecho, Hb de 9,2 g/dl y ordena transfundir 2 unidades de glóbulos rojos, dieta sólida y trasladar al piso (folio 1840). A las 21:40 horas, una nota de enfermería apunta que presenta fiebre de 38°C, la paciente está con “ abdomen edematizado y doloroso, y poca eliminación de líquidos, en 8 horas eliminó 110 cc, se le informó al médico y especialista de turno”. Las notas de enfermería del 17 de mayo a las 0:24 y 5:53 horas no demuestran cambios.

A las 07:14, una nota correspondiente a la evolución de las 06:30 horas del médico general M.B., describe paciente en malas condiciones, con alteración del estado de conciencia, estuporosa, SAO menor al 50% con cánula, anúrica (folios 1844 y 1845). En las evoluciones médicas y de enfermería se describen los momentos entre las 07:14 y 07:43 horas cuando se produce paro cardiorrespiratorio y se procede con las maniobras de reanimación durante 20 minutos y se traslada a salas de cirugía para laparotomía. Los hallazgos figuran el descripción quirúrgica de las 11:31 horas, donde describe el tratante: isquemia severa de fragmentos de íleon y yeyuno, sin perforación de víscera hueca, hemoperitoneo de 1500 cc. Procedimiento: Laparotomía, drenaje de hemoperitoneo, resección de 80 cm de yeyuno y 40 cm de íleon, lavado peritoneal, laparostomía (folio 2657). Al terminar el procedimiento es trasladada a la UCI. Llega en mal estado general, pupilas mióticas, bajo efectos de anestesia. Choque persistente, disfunción orgánica múltiple. Coagulación intravascular diseminada, sostenida con vasopresores a dosis altas.

Proceso.

- Hechos : 15 de mayo de 2016.
- Queja remitida por la Superintendencia Nacional de Salud y presentada ante esta entidad por la señora O.B.C. El Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta inicia investigación preliminar el 6 de octubre de 2016.
- El 09 de octubre de 2017 rinde diligencia de versión libre el doctor S.R.P. identificado con cédula de ciudadanía No... de..., Registro Médico No..... expedido por el.... Cirujano General graduado en la Universidad de San Petesburgo de pre y posgrado. Inscripción al

RETHUS 31/03/2017. Asiste acompañado por su apoderada la doctora Mayerly García Correal, cédula de ciudadanía No 52.718.546 de Bogotá y T.P 155.228 del C.S de J.

Relata que recibe a la paciente en el Hospital Departamental de Granada, el 15 de mayo de 2016 remitida de la Uribe (Meta), centro de primer nivel, tras sufrir un politraumatismo al caer de un caballo. En la valoración de urgencias encuentra un “abdomen levemente distendido por abundante panículo adiposo, con ruidos intestinales positivos, sin signos de irritación peritoneal y con dolor a la palpación profunda generalizada.” Se le solicitó un TAC tóraco-abdominal entre otros exámenes en el que no encontró neumotórax, hemotórax, neumoperitoneo ni lesión de víscera sólida. Asevera que las imágenes fueron posteriormente revisadas por el radiólogo y coinciden ambos conceptos. El radiólogo sugirió tomar ecografía abdominal en el que reporta “lesión hipoecóica en cuarto segmento del hígado y escaso líquido perihepático”. Afirma que ordenó tomar hemogramas de control posteriores “que en ningún momento sugerían sangrado activo.” Continuó con medidas de sonda nasogástrica y antibióticos. Continúa el relato diciendo que los signos vitales y las oximetrías fueron normales y la paciente manifestaba mejoría del dolor. A los dos días en la mañana, mientras pasaba revista, la paciente presentó paro cardiorrespiratorio que respondió a las maniobras avanzadas de reanimación. A continuación es llevada a cirugía donde encontró un hemoperitoneo de 1500 cc sin lesiones de víscera hueca o sólida. Describe la presencia de dos segmentos isquémicos de 80 y 40 cm cada uno separados por tejido vital, razón por lo que decidió reseca los segmentos isquémicos y proceder con anastomosis término-terminales, para preservar el segmento vital. La paciente sale a la UCI con el abdomen abierto. Posteriormente la llevó a cirugía en tres oportunidades más para revisar el estado de las anastomosis. En la cuarta intervención describe haber encontrado edema de las asas y un severo síndrome adherencial, que al ser liberado desembocó en laceración de las asas del intestino delgado, que lo condujo a practicarle colostomía e ileostomía derechas.

En una quinta cirugía, encuentra ileostomía con isquemia de mucosa y en consecuencia la traslada al flanco izquierdo. Después, en una sexta intervención, tanto la ileostomía como la colostomía se aprecian en buen estado y tras un lavado peritoneal la paciente quedó abierta para cierre por segunda intención. La paciente es trasladada de la UCI al piso y desde allí

se inicia el proceso de traslado a un centro de tercer nivel para continuar el tratamiento del abdomen abierto. Fue aceptada en el Hospital Departamental de Villavicencio.

En el interrogatorio la magistrada le insiste al médico encartado para que explique las razones por las cuales, los hallazgos intraoperatorios y el paro cardiorrespiratorio se produjeron después de dos días de observación sin haber sido sospechados. A lo anterior, el cirujano responde y reitera, que se debió a que no encontró signos de irritación peritoneal ni variaciones significativas en los laboratorios de seguimiento.

Entonces, la magistrada lo exhorta nuevamente a explicar por qué la paciente no fue trasladada a cirugía a pesar de contar con los elementos que reposan en la historia clínica correspondientes al 15 de mayo donde se menciona: antecedente de trauma abdominal cerrado, líquido libre perihepático, líquido libre menor de 1000 cc, estando la paciente taquicardia, álgica y con distensión abdominal (folio 1830 del expediente). Si de acuerdo con los hallazgos descritos en el folio 1837, el 16 de mayo de 2016 a las 11.20 am se describe a la paciente con 140 l/m de frecuencia cardíaca, hemoglobina de 9 g /dl (al ingresar tenía 11 g/dl), mas dolor en hemiabdomen derecho, le pregunta, por qué no fue llevada a cirugía. A lo que contesta que los signos se pueden alterar por el dolor causado por el trauma.

Al insistir la magistrada en que explique por qué el 16 de mayo cuando la paciente se encontraba con 170 l/m de frecuencia cardíaca y hemoglobina en descenso solamente ordena transfundir dos unidades de glóbulos rojos y se abstiene de la exploración quirúrgica, responde que estaba pensando en un hematoma retroperitoneal que no se debía drenar ante la posibilidad de mayores complicaciones.

- El 03 de mayo de 2018 el Tribunal Seccional vincula al doctor S.R.P. y procede a abrir investigación formal. Aparece en el acta que se cita a rendir versión libre, la que tiene lugar en la sede del Tribunal de Ética Médica del Meta. Se presenta el doctor S.R.P., en compañía de su apoderada la doctora Mayerly García Correal. La magistrada instructora Lucrecia Mojica Silva, después de las advertencias de ley, procede a interrogar al implicado.

Se le cuestiona acerca de la presencia de líquido libre perihepático en el TAC y en la ecografía donde se describe un volumen menor de 1000 cc, aunado al descenso de las cifras de hemoglobina de 11 a 9 al día siguiente y la presencia de taquicardia franca de 140 y 170 l/m y de la razón por la que no fue llevada a cirugía con estos hallazgos. A lo anterior responde que la paciente no tenía signos de irritación peritoneal, tenía flatos y deposición, lo que indicaba que no se trataba de un abdomen quirúrgico. Agrega que no encontró perforaciones viscerales, que lo notó durante la exploración consistió en una isquemia intestinal y no necrosis intestinal.

Ante la pregunta de si ordenó llevar control estricto de signos vitales, líquidos administrados y eliminados, oximetría y control de alto riesgo ante los signos de deterioro el 1 de mayo de 2016. La respuesta es: “En la historia clínica lo anotan el médico y la enfermera.”

En cuanto al interrogante planteado sobre los hallazgos de la laparotomía consistentes en hemoperitoneo de 1500 cc y la isquemia de fragmentos de íleon y yeyuno, concluye que se trató de un “ hematoma retroperitoneal que se perforó espontáneamente ya que no había perforación de víscera hueca ni lesión de víscera sólida; en los traumas donde hay isquemia de intestino puede existir la posibilidad también de que en un momento dado durante la evolución del trauma por la contusión intestinal haya sangrado de los vasos superficiales del intestino isquémico.”

- El 14 de agosto de 2018, la magistrada Lucrecia Mojica Silva, presenta el Informe de Conclusiones. Dentro del análisis del caso presenta la magistrada los elementos básicos para la atención de urgencias del trauma abdominal. La utilidad de la tomografía abdominal con contraste en la identificación de lesiones intrabdominales y retroperitoneales. Los criterios para el tratamiento no operatorio del hígado y bazo, entre los que se destaca la restauración de la estabilidad hemodinámica con mínima resucitación de líquidos parenterales y la necesidad de un TAC de control a las 24 horas. Explica como el trauma abdominal cerrado es una causa de morbi-mortalidad importante en todos los grupos de edad. Indica los síntomas que se pueden presentar, la evaluación disponible y la utilidad de la TAC. Las indicaciones de laparotomía donde el deterioro clínico durante la observación es una de ellas. Las condiciones para un tratamiento expectante bajo un estricto monitoreo de los signos vitales y examen

físico repetido. Las causas de isquemia mesentérica aguda, un síndrome causado por flujo sanguíneo inadecuado a través de los vasos mesentéricos.

En lo que al caso específico respecta, anota la magistrada que se trata de una paciente de 16 años que ingresa a urgencias del Hospital Departamental de Granada el 15 de mayo de 2016 a las 10:00 h después de un trauma abdominal cerrado remitida de La Uribe por persistencia del dolor abdominal. La observación inicial demostró signos vitales estables. Al valorarla anota se encuentra con signos vitales estables. TA: 110/60, FC: 100/m FR: 20/, SaO₂ 98%. En la valoración la encuentra ansiosa, algica y taquicárdica. Defensa abdominal voluntaria, dolor a la palpación superficial y profunda. En la TAC no ve alteraciones consistentes con perforación de víscera hueca o sólida, neumotórax ni hemotórax, tampoco líquido libre. Hcto 33% Hb 11 g/dl. Decide dejar en observación, analgesia, sonda nasogástrica pendiente resultado del TAC. Hasta aquí cumplió el doctor R.P. con los protocolos que indican que se puede observar un paciente después de trauma abdominal cerrado, sin embargo anota la magistrada que el deber de cuidado indica que se debe monitorear estrictamente los signos vitales, lo que no está anotado en las órdenes. No se observa en la historia un control de seguimiento específico aparte de las anotaciones regulares de evolución médica y de enfermería. Revisa la TAC con el radiólogo tres horas más tarde y se le practica una ecografía que confirma líquido libre menor de 1000 cc, lesión hipocóica en segmento IV del hígado de 55 mm. En la tarde y en la noche del mismo día hay anotaciones de FC: 140/m, TA: 110/65 mm Hg y saturación de 98% con O₂ por cánula nasal.

En la mañana del 16 de mayo se encuentra estable con 140 /m de frecuencia cardíaca, moderado dolor abdominal y hemograma en descenso que no requiere transfusión. La TAC es informada y describe líquido libre perihepático, en corredera parietocólica y en pelvis mayor. A las 15:10 horas la hemoglobina es de 9,2 g/dl y ordena transfundir 2 unidades de glóbulos rojos, iniciar dieta y trasladar a piso. En la noche adiciona antibiótico ante el riesgo de infección del hemoperitoneo. En las notas de enfermería se anota la presencia de fiebre de 38°C, abdomen doloroso y diuresis de 110 cc en 8 horas. Para este momento continuaba en observación se ordenaron paraclínicos y una nueva TAC. Se le reprocha al tratante no haber tenido en cuenta en este momento los signos vitales con taquicardia significativa y persistente, el descenso de la hemoglobina, la fiebre y la oliguria, para actuar en consecuencia.

El 17 de mayo de 2016 entre las 06:30 y 07:00 horas, la paciente se agrava y presenta paro cardiorrespiratorio y justo después de las maniobras de reanimación es cuando decide pasar la paciente a cirugía.

Finaliza el informe de conclusiones con el relato de los hechos que reflejan el ingente esfuerzo de todo el personal médico y paramédico del Hospital Departamental de Granada para sacar adelante a la paciente. Las múltiples intervenciones y su permanencia en UCI. La necesidad de hemicolectomía, ileostomía y colostomía en una intervención posterior. El traslado a tercer nivel de complejidad el 17 de junio por síndrome de intestino corto y desnutrición protéico-calórica. En el Hospital Departamental de Villavicencio continuaron los esfuerzos con los servicios de nutrición, cirugía general y clínica de heridas. Para corregir el proceso de desnutrición se precisa anastomosis intestinal y al tener el abdomen congelado y tratarse de una cirugía de alta complejidad se remite a Barranquilla a un hospital de cuarto nivel, lo que se produce el 18 de agosto de 2016.

Cierra el informe con la apreciación de la magistrada, de la probabilidad de parte del doctor S.R.P. como médico tratante de la paciente S.M.B.C., de haber infringido los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981 al : a. No haber ordenado monitoreo estricto de los signos vitales, líquidos administrados - eliminados y oximetría. b. No tener en cuenta las modificaciones clínicas y para clínicas, como taquicardia y descenso de la hemoglobina. Y c. Tomar una decisión tardía para intervenir quirúrgicamente, dos días después del ingreso al Hospital Departamental de Granada, cuando se encontraba desaturada, oligúrica y después de un paro cardiorrespiratorio.

- El 28 de agosto de 2018 procede la Sala Plena del Tribunal de Ética Médica del Meta a tomar la decisión interlocutoria respectiva y resuelve declarar que existen méritos para formular cargos al doctor S.R.P., identificado con cédula de ciudadanía No..... de..., Registro Médico No... expedido por el....., por la presunta violación de los artículos 10 y primera parte del 15 “el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados...”.
- Diligencia de descargos efectuada el 23 de octubre de 2018 en la sede del Tribunal de Ética Médica del Meta por parte del doctor S.R.P. en compañía de su apoderada la doctora Mayerly García Co-

rréal. Procede el implicado a leer un escrito contentivo de sus descargos que reposa entre los folios 2728 y 2737 del expediente.

Se refiere a los 23 años de experiencia con dedicación y bondad en la atención de los pacientes del Meta. Describe el sinsabor que siente con respecto a la situación presentada en la atención de la menor S.D.C.B., la que califica de difícil diagnóstico pero que enfocó en su beneficio bajo la sospecha de un hematoma retroperitoneal y su tratamiento, el tratar de evitar un riesgo mayor como el de una hemorragia masiva complicada de controlar.

En cuanto al cargo de no haber ordenado monitoreo estricto de los signos vitales, líquidos administrados – eliminados y oximetría, puntualiza las valoraciones que aparecen en la historia por parte de medicina general y enfermería. En cuanto a no tener en cuenta las modificaciones del cuadro clínico y paraclínico- Taquicardia y el descenso de la hemoglobina. Advierte sobre el poco cambio demostrado en el hemograma desde que fue atendida en el Centro de Salud de La Julia, su paso accidentado hasta el centro de salud de La Uribe – Meta hasta su arribo al Hospital departamental de Granada, en el que la variación no fue sustancial, 11 g/dl. Indicó que la fiebre de 38°C presentada como pico febril aislado es usual en casos de hemo-transfusión.

Frente la taquicardia indica que podía interpretarse como respuesta inflamatoria al trauma de tejidos blandos. Insiste en que la valoración retrospectiva es más sencilla pero que él se centró la ausencia de irritación peritoneal y la evidencia recolectada hasta el momento con los exámenes paraclínicos. Se refiere además, a las distintas anotaciones de enfermería sobre la presencia de “signos vitales en parámetros normales”.

Respecto a la afirmación de tomar una decisión tardía para intervenir, “cuando ya estaba desaturada, anúrica y había hecho paro cardíaco”, alega que la paciente nunca estuvo anúrica y afirma que cursaba con diuresis normal. Indica que estuvo con sonda a cystoflo desde el ingreso.

El paro cardiorrespiratorio lo califica como atípico y súbito. En este punto se afirma en las notas de enfermería para demostrar que la paciente estaba estable antes del evento.

Reseña al final de los descargos que de la práctica médica nace una obligación de medios y no de resultados y que no es posible comprometerse con efectos concretos, pero si de poner en funcionamiento los medios necesarios en la búsqueda de los resultados. Se refiere a que la medicina se caracteriza por su inexactitud, cuestión que impone al juzgador el deber de evitar emitir juicios retrospectivos. Recuerda que el tratamiento del hematoma retroperitoneal depende del estado hemodinámico, que este debe ser conservador y expectante y que además constituye un dilema decidir entre explorarlo o no porque existe riesgo de una hemorragia masiva y puede ser preferible mantener el peritoneo intacto para que este tapone el sangrado.

Solicita entre las pruebas el testimonio del especialista radiólogo que interpretó la TAC y la ecografía abdominales.

- Agotada la fase de instrucción, el 30 de abril de 2019 se reunió la Sala Plena del Tribunal de Ética Médica del Meta para tomar la decisión de fondo dentro del proceso Ético – disciplinario No 1264.

En esta, la Sala aceptó los descargos que desvirtúan el no haber ordenado monitorización estricta de signos vitales, líquidos administrados- eliminados y oximetría.

De otro lado, no aceptó el Tribunal Seccional las explicaciones dadas por el implicado ante el reclamo de no tener en cuenta las modificaciones del cuadro clínico y paraclínico. El argumento que indica que la taquicardia se podía interpretar como respuesta inflamatoria al trauma de tejidos blandos que se presentó aislada y no sostenida es refutado por las propias anotaciones del médico en las que se aprecia una taquicardia severa y sostenida. Se ratifica la Sala en que el doctor R.P., no tuvo en cuenta los cambios de la hemoglobina ni las condiciones anotadas en las notas de enfermería en las que se dice “ que tenía el abdomen edematizado y doloroso, poca eliminación de líquidos, en 8 horas eliminó 110 cc, y que se informó al médico y especialista de turno, folio 1883 “.

En cuanto a la decisión tardía de intervención, dos días después de su ingreso cuando ya estaba desaturada, anúrica y ya había hecho para cardiorrespiratorio. Recalca la sala que a pesar de las anotaciones allegadas por el médico inculpado acerca del estado general estable no tiene en cuenta que fue informado a las 21:40 horas de las malas condiciones antes mencionadas. Por lo tanto en este punto tampoco se aceptaron los descargos.

Como resultado del análisis, el Tribunal de Ética Médica consideró que el doctor S.R.P. incurrió en la violación de los artículos 10 y primera parte del 15 de la Ley 23 de 1981.

Anota el Tribunal Seccional como atenuante, que el trauma abdominal cerrado en este caso ocasionó desgarró y disección de los vasos mesentéricos de acuerdo con la nota posoperatoria de la UCI, lo que condujo al infarto intestinal anotado en los hallazgos intraoperatorios, y que este cuadro es de difícil diagnóstico y de alta morbimortalidad.

En consecuencia de lo anterior resolvió el Tribunal de Ética Médica del Meta sancionar al doctor S.R.P., con suspensión en el ejercicio de la medicina por un (01) mes, conforme el artículo 83, literal C, de la ley 2 de 1981. Concedió además el recurso de Reposición y en subsidio de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

- El 06 de junio de 2019, la apoderada Mayerly García Correal formula recurso de alzada contra la providencia del 30 de abril de 2019, el que solicita revocar la decisión de suspender en el ejercicio de la profesión a su defendido en su lugar se atenúe la sanción impuesta por una de menor gravedad.

Resalta la apoderada de los reproches que ahora impugna, que el mismo a quo aceptó que el caso que nos ocupa, tenía un atenuante: *“Como atenuante se tiene en cuenta que el trauma abdominal cerrado en este caso ocasionó desgarró o disección de los vasos mesentéricos, de acuerdo a la nota de UCI postoperatoria, lo cual llevó a infarto intestinal de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios, y este cuadro es de difícil diagnóstico y de alta morbimortalidad.”* Llama la atención, que si bien se estableció un atenuante que indica que el tipo de lesión traumática que presentó la paciente es de muy difícil diagnóstico y de alta morbimortalidad, se pregunta, por qué en el fallo sancionatorio no se acogió este atenuante, para no imponer una sanción menos gravosa a la suspensión en el ejercicio de la medicina por un mes. Disiente frente a la graduación de la sanción por cuanto su prohijado no tiene antecedentes personales, ni mucho menos profesionales de infractor además de contar con una circunstancia atenuante. Afirma que *“en efecto, la sanción disciplinaria se aplicará teniendo en cuenta los antecedentes personales, profesionales del infractor y las circunstancias atenuantes o agravantes de la falta, según lo dispuesto en el artículo 54 del Decreto 3380 de 1981, mediante el cual se reglamente la ley 23 de 1981”*.

De conformidad con lo anterior opina que está ausente la ponderación razonada de la calificación de la falta que se impuso a su prohijado y solicita se tenga en cuenta que el doctor R.P., no cuenta con antecedentes éticos disciplinarios expedidos por ningún tribunal, no registra sanciones o inhabilidades y solicita la disminución de la sanción por una menos gravosa como lo fue la suspensión de su ejercicio profesional.

Finalmente afirma “recordemos que bien sea la modalidad de derecho administrativo sancionador deberá acudir a los principios de igualdad y proporcionalidad, imparcialidad y publicidad que rigen la función pública y que para tal cometido, describe mediante la ley una serie de conductas que estima contrarias a ese cometido, sancionándolas proporcionalmente a la afectación de tales intereses que ellas producen “.

Análisis del Tribunal Nacional.

En primer lugar, es posible colegir de los hechos globales que el proceso se origina de una percepción de falta de diligencia del médico tratante, por parte de la señora O.B.C., porque de otra manera no se explica la queja que dio origen a la investigación y al desarrollo del proceso que nos ocupa.

La formación y experiencia profesional del doctor S.R.P., no permite determinar impericia en el tratamiento dado a la paciente S.D.C.B. Los desafortunados hechos y sus lamentables consecuencias en la salud de una paciente joven se producen como consecuencia de un trauma abdominal cerrado y de unas lesiones intrabdominales que requerían de una pronta intervención.

La demora en la intervención indicada y oportuna es clara. Los protocolos de atención no contemplan que se deba esperar una situación aguda y crítica para intervenir, sino que por el contrario, están diseñados para anticiparse a ella dentro de un marco razonable de seguridad. Aunque el médico encartado estuvo presente en la evaluación y observación de la paciente, llama la atención la insuficiente atención que le prestó a los signos clínicos y paraclínicos, para actuar en forma mas diligente y ajustada a los protocolos de atención para poner en práctica la pericia esperada con sus años de experiencia.

Es importante señalar, que hubo un error diagnóstico por parte del doctor S.R.P., como lo demuestran los hallazgos quirúrgicos y la evolución posterior. Constituye un error diagnóstico la decisión de no intervenir a pesar de los signos clínicos evidentes de deterioro general presentados por la paciente y registrados en las evaluaciones clínicas y paraclínicas antes de que se presentara el paro cardiorrespiratorio que motivó la laparotomía.

En la **Providencia No. 26-2018**, el Tribunal Nación de Ética Médica con ponencia del Honorable Magistrado Germán Gamarra Hernández recogió una buena parte de los proveídos del Tribunal Nacional de Ética Médica en relación con el error diagnóstico. Señala en dicha providencia ésta Corporación con ponencia del H. M. Gamarra Hernández:

“ EL ERROR EN SI MISMO NO ES FUENTE DE RESPONSABILIDAD MEDICA ”.

El diagnóstico médico siempre se hace bajo condiciones de incertidumbre. “Al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo.” Siguiendo las enseñanzas del ilustre médico Dr. Fernando Guzmán Mora expuestas en sus diversas publicaciones “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 el resultado se origina en un acto negligente que no sigue las reglas del arte del momento, habida cuenta de la disponibilidad de medios y las circunstancias del momento...” “...la falta técnica o error, que es un concepto científico, no entraña eo ipso la culpa, que es lo jurídico...” (...) “...lo decisivo en derecho no es tanto el error en sí como la causa del error...” Por lo tanto, lo importante no es el fallo en sí. Lo relevante es “...si el médico ha faltado a su deber de prevenir las consecuencias...” “...si el médico ha hecho todo cuanto exige la ciencia y la práctica médica para disminuir el riesgo en el caso en cuestión...”

“Es inherente a la naturaleza de la práctica médica que el error sea inevitable, no sólo debido a las limitaciones del conocimiento

humano o incluso los límites de la inteligencia humana, sino más bien a causa de la función epistemológica fundamental de una ciencia de datos...” “los diagnósticos médicos serán siempre desafiados por la sutil interacción e incognoscible de variables (en el agente de la enfermedad, en la respuesta del huésped, en el entorno, en la forma en que el paciente describe sus síntomas, en las pruebas, e incluso en los poderes del médico de observación) que determinan cómo una enfermedad se presentará y será percibida por el clínico.” A pesar de los desafortunados cambios jurisprudenciales en materia de responsabilidad médica donde más allá de la culpa se habla del riesgo creado y otros factores objetivos de imputación, frente al proceso ético disciplinario, el criterio de imputación que involucra la posible transgresión a la ley 23 de 1981 por un error diagnóstico, radica en la culpa, es decir, cuando éste se produce por negligencia, desidia, descuido, imprudencia, apresuramiento, falta de precaución, impericia o desconocimiento de las normas propias de la lex artis. La responsabilidad objetiva debe estar proscrita de los procesos éticos disciplinarios teniendo en cuenta que la función de los tribunales es una función moralizante del acto médico. Desde luego se trata de la responsabilidad subjetiva propia de los procesos disciplinarios y penales. En estos eventos al médico le era exigible una conducta diferente, debió haber hecho algo distinto de lo que hizo y su error es inexcusable. Los errores cognitivos se fundamentan en un conocimiento insuficiente, de la medicina o del paciente. Debe examinarse si existió una recopilación de datos defectuosa o un razonamiento clínico inexacto. Fallas en la anamnesis. El interrogatorio incompleto, la falta de interés ante un paciente que no sabe comunicar sus síntomas ni las circunstancias concomitantes con el inicio de enfermedad, el indebido examen del paciente, las omisiones en la observación, la falta de revisión de la historia clínica o ignorar las anotaciones anteriores, así como el sesgo derivado de la primera impresión, pueden llevar al error cognitivo. Cada caso es diferente y es al juzgador a quien le corresponde determinar la culpabilidad o la falta de culpabilidad en cada proceso sometido a su consideración”.

No se encuentran en la historia las razones que le llevaron a dilatar las decisiones, los fundamentos o interpretaciones de los hallazgos clínicos y paraclínicos que le impidieron tomar medidas más tempranas y diligentes.

Es sabido en el ámbito médico, que la evaluación retrospectiva no es equiparable al razonamiento prospectivo de los hechos, sin embargo, la historia debe reflejar los motivos y las apreciaciones del tratante, porque de lo contrario se entienden como falta de diligencia o presteza. En este caso las razones son débiles e insuficientes para entender que la decisión médica en el momento crucial estuvo apegada a los principios quirúrgicos establecidos para explorar los traumas cerrados de abdomen. Las explicaciones dadas sobre la interpretación de los síntomas y cambios paraclínicos no se aprecian coherentes y lucen insuficientes. El hematoma retroperitoneal es visible en las tomografías con contraste y nunca se planteó como hipótesis de trabajo.

Sin duda la medicina es una ciencia que enfrenta a la incertidumbre, pero eso no la hace incierta ni fortuita cuando se despliegan las herramientas disponibles con la diligencia debida y se fortifica con la experiencia. En el plano jurídico el error es una falsa interpretación de la realidad y puede originarse en multitud de circunstancias, en especial cuando: 1. El conocimiento no se asimila a la estructura intelectual del individuo (impericia). 2. Su aplicación práctica no se compagina con la realidad (imprudencia). 3. Su utilización no sigue parámetros lógicos aceptados (negligencia).

Esta corporación acogió en sala plena sesión no. 1403 del veintisiete (27) de febrero del año dos mil dieciocho (2018), lo expresado por el H.M Fernando Guzmán Mora, con respecto a la negligencia en el acto médico, en la que afirma:

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

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

En el caso de los médicos, la negligencia ha sido tal vez el elemento que más ha servido para determinar la responsabilidad profesional. La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto: “... el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre

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

Como vemos, se habla de negligencia cuando, a pesar del conocimiento de lo que debe hacerse, se omite la conducta obligada y por lo tanto se produce un daño. Equivale a descuido u omisión...

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

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

En medicina, el deber de cuidado es permanente, y si bien es cierto que los médicos no pueden garantizar el éxito de un tratamiento o intervención, deberán responder por los daños si se prueba la presencia de una cualquiera de las causales de culpa.

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

“... Es evidente que en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos médicos existe una cierta incertidumbre en cuanto a sus resultados y un riesgo que puede ocasionar un daño que deberá soportar el paciente, pues de ellos no puede hacerse responsable a

quienes los realicen o lleven a cabo, puesto que mal podría pensarse que ellos estén garantizando el riesgo o el éxito de la intervención o el tratamiento. Pero lo que sí debe ser cierto y quedar claro es que cuando tales intervenciones o tratamientos no se acomodan a los requisitos de diligencia y cuidado que para el caso y en cada época recomiendan la ciencia de la medicina y el arte de la cirugía, es apenas natural que si el juez se encuentra en las pruebas aportadas que esos requisitos faltaron y se produjo el daño, debe inferirse que tuvo como causa esa falta de acomodamiento...” (Consejo de Estado. Expediente 5902. 24 de Octubre de 1990. Magistrado ponente: Dr. Gustavo de Greiff Restrepo)...

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

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

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

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

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

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

En realidad, para efectos de la tasación de la pena cuando el disciplinado carece de antecedentes de manera regular, se considera esa situación para efectos de imponerle una penalidad mínima, pero en ningún momento la ausencia de antecedentes serviría de fundamento para hacerle una rebaja punitiva.

En tales condiciones la decisión se confirmará integralmente sin hacerle modificación del quantum de la pena.

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

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar la sanción impuesta por el Tribunal Seccional del Meta al doctor S.R.P., de suspensión en el ejercicio profesional de la medicina por el término de un (01) mes. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, veintiocho (28) de agosto del año dos mil diecinueve (2019)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1471 DEL VEINTIOCHO (28)
DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

REF: Proceso 2013-004 del Tribunal de Ética Médica del Chocó

Quejoso: J.A.S.P.

Médica investigada: L.Y.M.M.

Magistrado Ponente: Dr. Hernán Jiménez Almanza

Providencia No. 75-2019

VISTOS

El Tribunal de Ética Médica Seccional Chocó no repuso la providencia número 001 del 29 de mayo de 2019 y admitió el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

LA QUEJA

Mediante oficio fechado el 13 agosto de 2012 el señor J.A.S., ante la Procuraduría Provincial de Buga interpuso queja por negligencia médica en la institución médica clínica Vida que funciona en la ciudad de Quibdó en la cual manifiesta que su hija V., a fue llevada el día 12 de julio de 2012 a la señalada institución por fiebre y le aplicaron inyección de Dipirona en el glúteo izquierdo dándosele salida. A partir de esta aplicación comenzó a presentar enrojecimiento en la piel y aumento en su glúteo; fue llevada en tres oportunidades sin solucionarle el problema. El día 2 de agosto de 2012 regresó nuevamente a la institución médica clínica Vida y el médico nos dijo que la niña presentaba un hematoma en el glúteo izquierdo y que tienen que operar para corregirlo y nos dio una autorización a Saludcoop para ver al cirujano de urgencia.

LOS HECHOS

La paciente V.S.V., de edad de seis meses fue atendida en la clínica Vida IPS S. A ese. El día 12 de julio de 2012 a las 10:43 a.m. en el servicio urgencias por la doctora S.L.A. consultó por fiebre no cuantificada de un día evolución en tratamiento con: acetaminofén jarabe. Al examen físico: peso 8.5 kg, temperatura 38.9 grados, frecuencia respiratoria 22, saturación de oxígeno 98. hemograma mostro hemoglobina de 9.7, hematocrito: 30.4, linfocitos; 63%, neutrófilos 32%, cardiopulmonar: ritmo normal, piel y faneras hidratadas aspecto, normal nivel de conciencia y sensorial: colaboradora, boca y faringe normal abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, rinoscopia otoscopia: normal motivo por cual le prescribió Dipirona 2 g intramuscular.

A las 2:10 de ese mismo día evoluciona la paciente de la doctora L.Y.M.M, ordenando salida con fórmula médica de cetirizina jarabe 4 cc cada 12 horas Unitrix mucosina jarabe dos gotas cada ocho horas y control por consulta externa.

La paciente regresa nuevamente a urgencias el 15 de julio de 2012 a las 9:59 a.m. (folio 57) siendo atendida nuevamente por la doctora M.M., quejándose de dolor en el glúteo izquierdo en el sitio a la aplicación de la Dipirona tres días antes, se le prescribió hielo local, baños de agua caliente, sal Epson y naproxeno jarabe (folio 27). Regresa nuevamente el día 18 de julio a las 3:48 p.m. (folios 5) fue atendida nuevamente por la doctora Y.M.M. presentando en región glútea izquierda posterior lesiones inducidas se le ordena dicloxacilina y control por consulta externa (folio 28).

El 2 de agosto la paciente consulta nuevamente al servicio de urgencias a la 1:13 p.m. atendida por la doctora L.Y.L.M., encontrándole masa en glúteo izquierdo secundaria inyección de Dipirona temperatura 38,9, frecuencia respiratoria 22, saturación de oxígeno 98% encontrando masa blanda no caliente y dolorosa en el glúteo izquierdo diagnosticando absceso en glúteo — forúnculo — antrax en glúteo izquierdo ordenándole valoración por cirujano y dándole de alta.

Como consecuencia de lo anterior la menor V.S., fue valorada por el Perito Forense adscrito el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Fo-

renses de la Dirección Regional suroccidente — sección Valle del Cauca — unidad básica Buga, el cual encontró visible a folios 12 y 13 del plenario, el glúteo izquierdo de la menor con una masa de 10 × 8 cm.

ELEMENTOS PROBATORIOS

- Copia del formato único de noticia criminal en donde consta que el señor J.A.S.P., denunció por lesiones culposas a la doctora G.S.C. (folios 7 al 11).
- Copia del informe técnico médico legal de lesiones no fatales con número de radicado 212 C-06041901357 realizado a la menor V.S.V., identificada con registro civil número... de... (folios 12 al 14).
- Copia la historia clínica de la menor V.S.V., identificada con registro civil de nacimiento número... en la clínica Vida IPS S.A. (folios 17 al 30).
- Material fotográfico aportado por el denunciante en el que presuntamente se ve la lesión en el glúteo izquierdo de la menor V.S.V., como consecuencia de los hechos objeto de la denuncia (folios 31 a 37).
- Dirigencia de interrogatorio a la indiciada L.Y.M.M., realizada el pasado 6 de mayo de 2014 en las instalaciones que ocupa este Tribunal (folios 53 al 54).
- Copia auténtica de la historia clínica de la menor V.S.V., identificada con el registro civil de nacimiento número... durante la estancia en la clínica Vida IPS S.A.S (folio 55 a 68).
- Escrito de alegatos precalificatorios presentados por la doctora S.L.P., en su calidad de apoderada de la doctora L.Y.M. (folios 69 al 70).
- Dirigencia interrogatorio de indiciada L.Y.L.M., realizada el pasado día 16 de abril de 2014 en las instalaciones que ocupa este Tribunal (folios 78 al 79).
- Copia auténtica la historia clínica de la menor V.S.V., identificada con el registro civil de nacimiento número.... durante su estancia en la IPS Buga (folios 85 al 88).
- Providencia de mayo 29 de 2019 en sala plena del Tribunal de Ética Médica Seccional Chocó donde se sanciona a la Doctora L.Y.M.M., por el término de 2 meses de suspensión del ejercicio de la medicina por violación de los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de ética médica

de 1981.

- Recurso de Reposición y subsidio de apelación por la apoderada de la doctora L.Y.M.M.
- Providencia del 26 de junio de 2019 donde no se repone la providencia del 29 de mayo 2019 y se concede el recurso apelación al Honorable Tribunal Nacional de Ética Médica

CONSIDERANDOS

En el recurso de reposición la apoderada S.L.P., de la doctora L.Y.M.M., solicita revocar la resolución proferida el 29 de mayo de 2019 dictada por el Tribunal de Ética Médica Seccional Chocó debido a que:

1- No se dio la oportunidad para alegar conclusión, una vez se anuló el interlocutorio número 001 del 8 de marzo de 2017, (folio 93 a 105) por medio del cual el Tribunal Seccional de Ética Médica del Chocó, abrió investigación formal y pliego de cargos en el proceso en contra de la doctora M.M., porque a folio 101 sólo consta la notificación personal a la mencionada sobre el contenido de dicho auto.

2- No se dio oportunidad para alegar de conclusión pues una vez proferido el informe conclusiones en mayo 9 de 2019 se dejó a disposición del pleno del Tribunal Seccional de Ética Médica del Chocó, y el día 29 del mes de mayo de 2019 se profirió la resolución número 001, mediante la cual se sanciona a la médica por lo cual se violó el derecho al debido proceso.

3- Solicita la prescripción porque los hechos ocurrieron el 12 de julio de 2012 y ya han transcurrido más de cinco años.

Es claro para el Tribunal Seccional de Ética Médica del Chocó, que la paciente acudió en tres oportunidades a la consulta de la doctora M.M., por no haber notado mejoría de su sintomatología, consistente en fiebre, dolor y masa en glúteo izquierdo para lo cual especialmente en la consulta del día 18 de julio debió describirse en la historia clínica ampliamente al examen físico la masa y enviarla a interconsulta especializada con cirugía para el manejo de drenaje del hematoma infectado y no permitir la evolución hacia las complicaciones subsiguientes.

Frente al argumento de que se pretermitió dictar providencia de cierre investigación (artículo 53 de la ley 14 de 2011), la cual debió haber sido notificada conforme al artículo 46 de la ley 14 de 2011, tenemos que no es de recibo dicho argumento, debido a que la ley 23 de 1981 estableció su propio procedimiento, el cual se encuentra descrito entre los artículos 74 y 82 de dicha ley, disposiciones legales que no establecen en ninguno de sus apartes que la investigación disciplinaria amerite cierre de investigación, ni que la finalización de la instrucción deba ser notificada. Son aspectos no contemplados en esta normatividad y tal ausencia normativa, no puede ser fundamento para pretender una nulidad de la actuación.

Frente el argumento de que tampoco se dio oportunidad para alegar de conclusión, vulnerando así el derecho fundamental al debido proceso; tenemos que al igual que en el punto anterior, resulta claro que la ley 23 de 1980 estableció su propio procedimiento, el cual se encuentra descrito entre los artículos 74 y 82 de dicha ley, disposiciones legales que no establecen en ninguno sus apartes en el proceso disciplinario médico ético profesional sean presentar alegato de conclusión. Al respecto es preciso destacar que la ley 23 1981 en su artículo 82 expresa, que, en lo no previsto, la remisión será al código de procedimiento penal, sin embargo, por integración normativa y por similitud que existe en el código disciplinario único y la ley 23 de 1981, el Honorable Tribunal Nacional de Ética Médica jurisprudencialmente, sin desnaturalizar el procedimiento prescrito en la ley 23 de 1981, ha remitido a dicho procedimiento lo concerniente a la apertura investigación formal y la interrupción de la prescripción de la acción disciplinaria en la forma en que lo establece la ley 734 de 2002 sin que apliquen al respecto las demás formas en que se desarrolla el procedimiento en dicha ley para el caso en concreto, no se aplican los alegatos de conclusión en nuestro procedimiento.

Finalmente anota la parte recurrente que dentro del presente asunto argumentó el fenómeno de la prescripción debido a que los hechos ocurrieron el pasado 12 de julio de 2012 y han transcurrido más de cinco años. Es claro que para el Tribunal Nacional de Ética Médica en varias de sus providencias ha aplicado lo concerniente a la interrupción que trae el código disciplinario único en su artículo 30 modificado por el artículo 132 de la ley 1474 de 2011, que al respecto expresa: “la acción disciplinaria caducará si transcurridos cinco años desde la ocurrencia de la falta, no sea pro fue herido auto de apertura investigación disciplinaria. Los hechos que

dieron origen la presente investigación ocurrieron los días 15 y 18 de julio de 2012, lo cual significa que este Tribunal tenía hasta el 15 y 18 de julio de 2017 para dar apertura el presente asunto a investigación formal como se puede observar entre folios 111 y 112 del expediente, se observa acá través del auto de sustanciación número 027 14 de junio de 2017 se abrió investigación formal. En las condiciones anteriores es preciso concluir que desde la apertura de la investigación no han transcurrido cinco años, para que se pueda predicar la prescripción de la acción disciplinaria.

Por tratarse de jueces colectivos, puesto que son Corporaciones integradas por cinco magistrados, quienes para tomar la decisión correspondiente deben contar con la mitad más uno de sus miembros, el magistrado que conduce el proceso debe elaborar una ponencia que debe ser discutida y aprobada por mayoría en la Sala Plena. De la misma manera, al igual que sucede en la justicia ordinaria, los procesos le son repartidos a los magistrados y el que funge como instructor y posteriormente como ponente debe elaborar un “informe de conclusiones”, en el que debe constar el criterio de quien lo suscribe, con las consideraciones en relación a lo que sugiere a la Sala debe ser la decisión que se tome en un determinado caso.

Es obvio, entonces, que el informe de conclusiones debe contener un análisis de los hechos, una valoración probatoria de los medios de convicción existentes en el proceso y una propuesta o sugerencia del ponente con destino a sus compañeros de Sala, respecto a la decisión que en su criterio debe tomar la Sala respectiva. Es decir, debe sugerir que en su criterio se debe precluir en favor del disciplinado porque no existe méritos para imputarle cargos y las razones en que se funda tal sugerencia; o que por el contrario considera que existe mérito probatorio para imputarle cargos, caso en el cual debe indicar cuál o cuáles normas considera infringidas y qué medios de convicción respaldan su propuesta.

El informe de conclusiones está expresamente previsto en la Ley 23 de 1981, al establecer:

“ARTICULO 78. Cuando la naturaleza del asunto así lo exija, el instructor podrá solicitar al Tribunal la ampliación del término señalado para presentar el informe de conclusiones. En tales casos la prórroga que se conceda no podrá exceder de quince días hábiles.

“ ARTICULO 79. *Presentado el informe de conclusiones*, el Tribunal en pleno se ocupará de su conocimiento dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su presentación, y podrá, *si lo considera conveniente, solicitar la ampliación del informativo* señalando término para los efectos, el cual en ningún caso podrá ser superior a quince días.

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

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

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

PARAGRAFO. La diligencia de descargos no podrá adelantarse, antes de los diez días hábiles, ni después de los veinte, contados a partir de la fecha de recibo de la comunicación en la cual se señalan los cargos, salvo en los casos de fuerza mayor. (Lo destacado no lo es en el texto).

Se evidencia del contenido de las normas transcritas, que el informe de conclusiones tiene como objetivo que quien ha instruido el proceso y por tanto tiene un mayor conocimiento sobre las incidencias del mismo, con su personal criterio dé una información a sus compañeros de Sala sobre el contenido de la investigación y lo que en su personal criterio considere cuál es la decisión que se debe tomar en cada caso en particular.

En tales circunstancias el debate sobre lo que se debe decidir se inicia con fundamento en lo que contenga y se proponga en el informe de conclusiones, sin que lo anterior sea obstáculo, para que los restantes magistrados pidan una mayor información sobre el contenido de determinadas pruebas o que incluso, soliciten un aplazamiento de la discusión, mientras alguno o varios de ellos, puedan estudiar el expediente de manera personal.

Se podría incluso afirmar, que el informe de conclusiones en un momento dado se convierte en una especie de proyecto de decisión, o ponencia que queda a consideración de los restantes magistrados de la Sala que pueden proponer modificaciones, agregados, supresiones, o lo que consideren en su personal criterio, sin que pueda descartarse que estén total o parcialmente en desacuerdo con la propuesta presentada a su consideración.

Como se puede observar, el informe de conclusiones es una actividad procesal de profunda importancia en el proceso disciplinario, de allí que su ausencia o el no cumplimiento de los requisitos establecidos por la ley, puede llegar a generar nulidad del proceso.

Esta Corporación ya se ha pronunciado en ocasiones anteriores en relación a la trascendencia del informe de conclusiones. En decisión del 1 de febrero de 2011, con ponencia del H. M. Germán Peña Quiñonez, en el proceso Nro. 649 se sostuvo:

“.....esta Sala considera que el informe de conclusiones es una actuación procesal, porque se trata de la ponencia, elaborada por el magistrado a quien el proceso correspondió por reparto, que debe ser discutida por la Corporación y tomar una determinación que puede coincidir integralmente con la ponencia o presentar divergencias parciales o totales con la misma.

Cuando estamos en presencia de jueces corporativos o plurales, la ponencia o informe de conclusiones es una actuación procesal que es indispensable para que se puedan tomar decisiones interlocutorias o dictar sentencia. Es tan cierto que se trata de una actuación procesal, que está determinado un término para que el ponente registre el proyecto correspondiente y la Sala igualmente tiene un término para discutir la propuesta del ponente y aparece igualmente reglado qué se debe hacer en caso de que haya discrepancias parciales o en los casos en los que no se presente unanimidad en el criterio de la Sala en relación con la decisión que debe tomarse.

.....

Finalmente debe precisar esta Corporación que de manera expresa la Ley 23 de 1981 dispone de manera precisa que el informe de conclusiones debe ser incluido dentro del proceso, tal y como lo expresa el artículo 42 del Decreto 3380 de 1981 que dice:

“... Art. 42. Las actuaciones dentro del proceso disciplinario ético-profesional deberán constar por escrito”.

Que su ausencia dentro del proceso, constituye un evidente desconocimiento de la norma anterior, es una circunstancia que no puede ser objeto de discusión, porque las leyes se hacen para cumplirse y no para desobedecerlas o violarlas.

Que la ausencia del informe de conclusiones constituye una vulneración de las garantías procesales es un hecho discutible, tan discutible es, que la mayoría, tres de sus magistrados sostuvieron tal criterio, pero los dos restantes sustentaron otro criterio. Tan discutible es que los firmantes del auto al que hacemos referencia están de acuerdo con el salvamento de voto y no con la decisión de mayoría. Pero quien puede afirmar con certeza y seguridad que un criterio es acertado y el otro equivocado ?. Se trata de simples interpretaciones de la ley, que por su propia naturaleza son la expresión de un criterio personalísimo.

Esa es una realidad y es tan cierta, que en el decurso de la evolución histórica de la jurisprudencia, en muchas ocasiones los viejos salvamentos de voto, con el paso de los años, se han convertido en providencias y éstas en otras ocasiones han perdido su vigencia y han pasado a convertirse en salvamentos de voto. (De esta decisión salvaron el voto los H. M. Juan Mendoza Vega y Efrain Otero Ruiz).

Las anteriores consideraciones porque en el caso que es objeto de estudio, el magistrado ponente que elaboró el informe de conclusiones no cumplió con los deberes inherentes en relación con la elaboración de este documento. En el mismo hizo una síntesis de los hechos, una enumeración de los medios de prueba y finalmente formuló la siguiente conclusión:

" Considero que con la apertura del período probatorio **llevada a cabo se recaudaron los elementos probatorios suficientes para proceder con la etapa siguiente, en ese orden de ideas, dejo a disposición del pleno la ampliación del informe de conclusiones y del expediente para que se sirva proveer "**

En el primer informa de conclusiones había concluido de manera idéntica, puesto que como se podrá comprobar las conclusiones son copia textual del anterior, y es lo que aparece destacado:

“ Considero que dentro de la etapa de indagación preliminar *llevada a cabo se recaudaron los elementos materiales probatorios suficientes para proceder con la etapa siguiente, en ese orden de ideas, dejo a disposición del pleno la ampliación del informe de conclusiones y del expediente para que se sirva proveer* “.

No se observa ninguna propuesta para sus compañeros de Sala, se limita a hacer una síntesis de los hechos y una enumeración de los medios de prueba, pero no propone que el disciplinado sea excluido de responsabilidad, y tampoco propone que se le formulen cargos. No se menciona, ni se hace un análisis de las normas presuntamente infringidas, lo que nos lleva a concluir que en realidad de verdad no estamos en presencia de un verdadero “informe de conclusiones”.

La ausencia de una verdadera ponencia, que es en realidad el informe de conclusiones constituye una grave afectación del debido proceso, al no cumplirse con la exigencia normativa de un verdadero informe de conclusiones.

La causal de nulidad antes mencionada aparece consagrada así en el C. de P. P. al establecerse:

“ ARTÍCULO 457. **NULIDAD POR VIOLACIÓN A GARANTÍAS FUNDAMENTALES.** Es causal de nulidad la violación del derecho de defensa o del debido proceso en aspectos sustanciales.

<Aparte subrayado **CONDICIONALMENTE** exequible> Los recursos de apelación pendientes de definición al momento de iniciarse el juicio público oral, salvo lo relacionado con la negativa o admisión de pruebas, no invalidan el procedimiento.

No sobra advertir para evitar que en el futuro se pueda incurrir en una nueva causal de nulidad, que la diligencia de descargos, por ser la expresión clara del ejercicio del derecho a la defensa, debe realizarse y si ello no es posible por ausencia del disciplinado, es claro que la misma debe ser realizada, con la presencia de su defensor.

Son suficientes las Consideraciones precedentes, para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en el ejercicio de las funciones que le atribuye la ley

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: DECLARAR LA NULIDAD de todo lo actuado a partir del informe de conclusiones que aparece a folio 144 del expediente. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ, Presidente – Magistrado; HERNÁN JIMÉNEZ ALMANZA, Magistrado Ponente; JOSÉ MIGUEL SILVA HERRERA, Magistrado, ARIEL IVÁN RUIZ PARRA, Magistrado; CLAUDIA LUCÍA SEGURA ACEVEDO, Abogada Secretarías.

Bogotá, tres (03) de julio del año dos mil diecinueve (2019).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1464 DEL TRES (03)
DE JULIO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

**Proceso ético-disciplinario No. 3321 del Tribunal de Ética Médica de
Cundinamarca.**

Fecha de los hechos: 26 y 28 de diciembre de 2016.

Médicos investigados: Dres. D.P.N. y J.M.R.B.

Denunciante: Sra. M. del P. P.L.

Magistrado Ponente: Dr. Ariel Iván Ruiz Parra.

Providencia No. 62-2019

VISTOS

El 5 de enero de enero de 2017 el Sr. Personero Municipal del Municipio de San Francisco, Cundinamarca, Sr. **D.F.R.I.**, remitió por competencia la queja presentada por la Sra. **M.del P.P.L.**, ante dicha Personería contra la Dra. **D.P.N.**, y el doctor “*que se encontraba en el área de urgencias el día 28 de diciembre de 2016 a las 3:00 de la mañana,*” en el Centro de Salud del Municipio de San Francisco, por presunta negligencia en la atención de su hija, la menor **S.C.C.P.**, de nueve años de edad.

El 14 de mayo de 2019 el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca emitió providencia en la cual señaló que la quejosa, Sra. M.del P.P.L., quien también había sido citada nuevamente a solicitud de la defensa del Dr. **R.B.**, no se había presentado en respuesta a los llamados del Tribunal y que, en comunicación telefónica, había manifestado que no estaba interesada en seguir con la queja y que no se presentaría a la diligencia de declaración de ser citada nuevamente, ni ante el Tribunal Seccional ni ante la Personería de San Francisco. En esta segunda providencia el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca decidió no aceptar los descargos pre-

sentados por la Dra. **D.P.N.**, por los cargos formulados de transgresión a los artículos 15, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981 y al artículo 1 literal a) de la Resolución 1995 de 1999 e imponerle sanción de Amonestación. También decide en la providencia no aceptar los descargos presentados por el Dr. **J.M.R.B.**, con respecto a los cargos formulados por transgresión a los artículos 15, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981 y al artículo 1 literal a) de la Resolución 1995 de 1999 e imponerle sanción de Censura Escrita pero Privada.

El 6 de junio de 2019 se recibió en el Tribunal Seccional recurso de apelación contra la providencia del 14 de mayo de 2019, suscrito por el abogado **P.J.V.P.**, apoderado del Dr. **J.M.R.B.**, en el cual solicita absolver a su prohijado de los cargos y archivar la actuación, o en su defecto, disminuir la sanción a amonestación.

El 11 de junio de 2019 el Tribunal Seccional emitió providencia mediante la cual concedió el recurso de apelación.

El 14 de junio de 2019 se recibió el expediente en el Tribunal Nacional de Ética Médica el cual consta de un cuaderno con 395 folios.

En reparto aleatorio del 19 de junio de 2019 correspondió al Magistrado Dr. Ariel Iván Ruiz Parra el análisis del expediente.

HECHOS

El 5 de enero de enero de 2017 el Sr. Personero Municipal del Municipio de San Francisco, Cundinamarca, Sr. **D.F.R.I.**, remitió al Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca la queja que presentó la Sra. **M.del P.P.L.**, contra la Dra. **D.P.N.**, y el doctor “que se encontraba en el área de urgencias el día 28 de diciembre de 2016 a las 3:00 de la mañana,” en el Centro de Salud del Municipio de San Francisco, en los siguientes términos (folios 4 y 5):

“El día 26 de diciembre de 2016, mi hija C.C.C.P. presentaba dolor abdominal y fiebre, vomito, la lleve al centro de salud y le dije a la Dra. que mi hija estaba presentando apéndice (sic), me contesta que no, que la que sabe es ella y le tomaron los signos, la doctora la reviso y me la mando para afuera dos horas a tomarse un suero, después la ingreso y le mando colocar una inyección y le ordeno unas pastas y me la mando para la casa, posteriormente se le enmascaro el dolor y la volví a llevar

el 28 de diciembre a las 3:00 de la mañana, me atendió un médico no se el nombre la da un acetaminofén y entrego turno y recibió turno la doctora D.P. nuevamente, se ausentan todos los médicos de la ESE porque al parecer le salió una remisión y como a las 12 del día llega el gerente de la ESE examina a mi hija y me la saca prioritario para el hospital San Rafael de Facatativá, llegando allá no me la querían recibir porque no llevaba exámenes, porque no decía que medico la vio o que problema llevaba, mas sin embargo me la recibieron e inmediatamente el cirujano la paso a sala de cirugía con diagnóstico de apendicitis aguda con peritonitis generalizada, otras obstrucciones del intestino, convalecencia consecutiva a cirugía, para lo cual adjunto copia de la historia clínica. Es de comentar que mi hija duro seis (6) días hospitalizada y en este momento se encuentra con antibiótico en la casa. (...)”

En la historia clínica del Centro de Salud de San Francisco de Sales del municipio de San Francisco, se encuentra que la niña S.C.C.P.¹, de nueve años de edad fue llevada por su señora madre, la Sra. **M.DEL P.P.L.**, al servicio de urgencias del mencionado centro el 26 de diciembre a las 10:23 horas, por dolor de estómago parte derecha. En la enfermedad actual se registra: la madre acompaña, refiere cuadro de un día de evolución de dolor abdominal, tipo cólico en flanco derecho asociado a 3 episodios eméticos, hiporexia, posterior a ingesta de lechona, no emesis, no fiebre, no deposiciones líquidas, no síntomas urinarios, niega otros síntomas, niega automedicación. Antecedentes personales: negativos. Al examen físico: TA: 121/71, FC: 117, FR: 20, temperatura: 37 grados, Saturación: 97. Aceptables condiciones generales, hidratado. Cabeza normal, ORL: normal, cardiopulmonar: normal, abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalias, peristaltismo presente. Genitourinario: no evaluado; extremidades: normales, osteoarticular: normal, neurológico: GLASGOW: 15/15 normal. Piel y anexos: normales. Diagnóstico: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, otros dolores abdominales. Plan: En el momento paciente con deshidratación leve, se inicia observación para tolerancia de vía oral con suero rehidratante oral, se revalorará posteriormente, se explica conducta a la madre. Firma la doctora D.P.N. (Folio 106).

¹ Nota: en las historias clínicas el nombre de la menor aparece como “.” C.C.P. y no “C:” como aparece en la queja.

En nota de enfermería de las 10:23 horas, se registró: ingresa paciente en observación, signos vitales FC: 140. ST: 95 TMP 37. Firma María Uribe. (Folio 109)

Evolución del día 26 de diciembre de 2016, hora: 12:09, signos vitales no registrados, paciente tolera adecuadamente vía oral, sin irritación peritoneal, se ordena dosis de analgesia intramuscular, se administra sin complicaciones, modulando dolor abdominal. Se da egreso con manejo sintomático, recomendaciones generales dieta astringente y signos de alarma, diagnóstico de egreso: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, le formula de hioscina N. butilbromuro más dipirona 1 ampolla IM. Firma Dra. D.P. (Folios 107-108).

La madre lleva nuevamente a la paciente a la consulta de urgencias del mismo centro de salud el día 28 de diciembre de 2016 a las 3:12 horas, por fuerte dolor abdominal y fiebre. En la enfermedad actual se encuentra: Cuadro clínico de tres días de evolución de dolor abdominal generalizado constante, intensidad moderada, asociado a fiebre cuantificada de 38.2 grados centígrados, se automedicó con acetaminofén con mejoría, hiporexia, ayer un episodio emético, deposición ausente desde hace 4 días, (habito intestinal diario). Al ingreso álgida, poco colaboradora. Al examen físico: FC: 140. FR: 21, Saturación de oxígeno: 95, aceptables condiciones, poco colaboradora, mucosa oral semiseca, cabeza: normal, ORL: normal, Cardiopulmonar: normal, abdomen blando, dolor a la palpación de forma generalizada con defensa voluntaria, signos de rebote negativo, sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni visceromegalias peristaltismo presente, extremidades osteoarticulares y neurológico normales. Diagnóstico: dolor abdominal localizado en parte superior.

Conducta: la paciente ingresa bastante álgida, poco colaboradora para realizar examen físico, está deshidratada, con dolor abdominal generalizado y defensa voluntaria, sin irritación peritoneal. Se decide dejar en observación, para hidratación endovenosa; se solicita: hemograma y parcial de orina, vigilar evolución de dolor abdominal. Se explica a la madre. Tratamiento: lactato de Ringer y ranitidina. Firman la Dra. **D.P.** y el Dr. **J.M.R.** (Folio 110). En la versión libre se aclaró que la atención llevada a cabo en la madrugada la realizó solamente el Dr. J.R. y que la Dra. D.P. recibió la paciente a las 7 de la mañana en el servicio de urgencias.

En la evolución del 28 de diciembre 2016 a las 7:29 horas, FC: 150, FR: 19, Temperatura: 39, Saturación de oxígeno: 97, buen estado general, GLASGOW: 15/15. Hallazgos: parcial de orina aspecto ligeramente turbio, densidad: 1.025, PH: 6, células epiteliales: 2 a 3, leucocitos: 3-6, hematíes: 3-5, bacterias escasas. Hemograma: leucocitos 13.000, neutrófilos 64%, linfocitos: 36%, hemoglobina: 13, hematocrito: 40, plaquetas: 280.000. Paciente de 9 años con diagnóstico de dolor abdominal, en camilla de observación, madre refiere persistencia de dolor abdominal, fiebre, niega emesis, niega deposiciones hace 4 días, flatos positivos, niega otros síntomas, aceptables condiciones generales, hidratada, febril, cabeza: normal, tórax: normal, abdomen: blando, doloroso a la palpación generalizada, no irritación peritoneal, no masas, ruidos intestinales disminuidos, extremidades y neurológico: normal. Paciente de 9 años reconsultante, quien ingresa por persistencia de dolor abdominal y picos febriles y ausencia de deposiciones hace 4 días, en el momento hidratada, con fiebre. Se reciben reporte de paraclínicos los cuales evidencian ligera leucocitosis, sin neutrofilia, no infección de orina, dada persistencia del cuadro y estado actual de la paciente, se decide inicio de tramites de remisión para realización de estudios imagenológicos y valoración por servicio de cirugía pediátrica. Se explica a la madre conducta a seguir, la cual refiere entender y aceptar. Órdenes, remisión, nada vía oral, lactato de Ringer: pasar a 70 cc/hora, ranitidina.

Se le informó vía telefónica a las 13:02 que la paciente fue valorada por el gerente de la institución J.P.A., quien considera traslado primario de paciente a hospital San Rafael de Facatativá, pues la doctora P. se encontraba regresando de un traslado primario del Hospital de Engativá. Se le informa que debe hacer cambio de ambulancia junto con el conductor pues la paciente ya viene en camino, a las 13:45 entregó la paciente en el Hospital San Rafael de Facatativá, recibiendo repreensión por parte de la médica de turno quien me refiere CAFESALUD no tiene convenio con el hospital y que ese no es un traslado primario, sin embargo, recibe paciente. Firmado por la doctora D.P. (Folio 111)

En la historia clínica del Hospital San Rafael de Facatativá, se registró que la paciente ingresó el 28 de diciembre de 2016, a las 14:12 horas, remitida por el Dr. Ja.P.A., Gerente del Centro de Salud de San Francisco de Sales, sin confirmar, no es primario, es secundario, no está confirmado por la especialidad de cirugía. El motivo de consulta: es que me duele la barriga, el paciente ingresa afebril, taquicárdica, en regulares condiciones,

refiere persistencia de dolor abdominal más intenso en región de epigastrio asociado a distensión abdominal desde hace 4 días, que posiblemente se localiza en fosa iliaca derecha, deposiciones ausentes, picos febriles subjetivos. Examen físico: paciente con temperatura: 38.5, FC: 154, FR: 28, saturación: 92, regulares condiciones, febril, deshidratada, cabeza: normal, polipneica, ruidos cardiacos: taquicárdicos, abdomen doloroso a la palpación en todo el abdomen, sobredistension abdominal, rebote: positivo, extremidades sin alteraciones, neurológicos: sin déficit. Análisis: paciente con cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal que se ubica en fosa iliaca derecha, ausencia de deposiciones, se encuentra al examen con signos de irritación peritoneal por lo cual se considera cuadro de abdomen agudo quirúrgico posible peritonitis, es urgencia vital, se pasa a salas de cirugía, con un diagnóstico de apendicitis + peritonitis, se deja sin vía oral, lactato de Ringer, ranitidina, y ampicilina sulbactam. Evolucionada con el mismo concepto por cirugía general, es llevada a cirugía, a laparotomía y se encuentra una apendicitis aguda perforada, con peritonitis generalizada y plastrón apendicular con el epiplón mayor, se realiza apendicetomía, drenaje de peritonitis, lavado exhaustivo de cavidad abdominal y resección de plastrón del epiplón comprometido en el proceso apendicular, lavado de cavidad abdominal con 4000 cc, de solución salina y cierre sin complicaciones.

La paciente es evolucionada diariamente por el servicio de cirugía general, el día 29 de diciembre de 2016, con una evolución satisfactoria, se inicia dieta líquida para vigilar tolerancia a la vía oral, y se disminuyen los líquidos endovenosos. Se maneja con analgésicos, antieméticos y antibiótico. El día 30 de diciembre, con una evolución satisfactoria, se observa edema grado I en miembros inferiores, se disminuye aporte de líquidos endovenosos, se observa tolerancia a la dieta, se recibe examen de líquido peritoneal GRAM, se observan: cocos gran positivos y reacción polimorfonuclear aumentada, se continúa el mismo manejo. Pendiente el resultado de cultivo de líquido peritoneal. El día 1 de enero de 2017, se recibe el resultado de cultivo de líquido peritoneal: Eschericia coli Multisensible, la paciente con una evolución satisfactoria, durante ese día, en cuarto día de manejo antibiótico con ampicilina Sulbactam, se suspenden líquidos endovenosos, se agrega analgésicos al manejo. Se solicita un hemograma de control. El 2 de enero de 2017, se encuentra un cuadro hemático con: 8370 leucocitos, 51% de neutrófilos, 24% de linfocitos, 11 % de eosinófilos, hemoglobina: 13, hematocrito 40, plaquetas: 417000, paciente en post operatorio de

apendicetomía, laparotomía exploratoria, apendicectomía, lavado peritoneal, secundario a apendicitis aguda, y peritonitis generalizada, en mejores condiciones generales, sin leucocitosis, sin anemia, con adecuada evolución clínica, se indica escalonamiento analgésico, se suspende tramadol, continuar con acetaminofén únicamente en caso de dolor, se continúa con ampicilina sulbactam quinto día. El día 3 de enero de 2017, se encuentra una paciente que acepta y tolera adecuadamente la vía oral, sin deterioro del cuadro clínico, con evolución favorable, por lo que se decide dar salida, con recomendaciones y signos de alarma, orden de analgésicos y antibiótico para terminar tratamiento ambulatorio, cita control, e incapacidad médica. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar. (Folios 61 y 62) Posteriormente la paciente requiere drenaje de absceso de pared, después de lo cual evolucionó satisfactoriamente.

ACTUACIÓN PROCESAL

El 5 de enero de enero de 2017 el Sr. Personero Municipal del Municipio de San Francisco, Cundinamarca, Sr. **D.F.R.I.**, remitió por competencia la queja presentada por la Sra. **M.DEL P.P.L.**, ante dicha corporación, contra la Dra. **D.P.N.**, y el doctor “*que se encontraba en el área de urgencias el día 28 de diciembre de 2016 a las 3:00 de la mañana,*” en el Centro de Salud del Municipio de San Francisco, por presunta negligencia en la atención de su hija, la menor **S.C.C.P.**, de nueve años de edad.

El 17 de enero de 2017 se dio lectura de la queja en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca y se designó en reparto al Dr. **CARLOS AUGUSTO FORERO VILLAMIL** como Magistrado Instructor, para que ordenara y practicara las pruebas necesarias, para determinar si hubo violación de las normas que regulan el ejercicio ético de la profesión de médico.

El 20 de junio del año 2017 se recibieron en el Tribunal Seccional las versiones libres de la Dra. **D.P.N.**, y del Dr. **J.M.R.B.**, quien era el médico que había atendido a la menor **S.C.C.P** el día 28 de diciembre de 2016.

El 25 de julio de 2017 el Tribunal Seccional emitió providencia en la cual resolvió declarar que existe mérito para formular cargos en contra de los médicos **D.P.N.**, y **J.M.R.B.** En la parte motiva de la providencia se determinaron posibles transgresiones a los artículos 15, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981 por parte de los Dres. **P.N.** y **R.P.**

El 10 de octubre de 2017 el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca llevó a cabo la diligencia de descargos de la Dra. **D.P.N.**, acompañada de su apoderada, la abogada **BERTHA ELEJANDRA CABARCAS VALENCIA**.

El 28 de noviembre de 2017 el Tribunal Seccional llevó a cabo la diligencia de descargos del Dr. **J.M.R.B.** acompañado de su defensor de entonces, el abogado **PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ**.

El mismo día 28 de noviembre de 2017, el Tribunal Seccional radicó documento de descargos suscrito por el abogado **PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ** y el Dr. **J.M.R.B.**, en el que se solicitan declarar la nulidad del proceso a partir de la versión libre del Dr. **R.B.**; sin embargo, refieren el defensor y el disciplinado, que se presentaron situaciones que violan los derechos fundamentales y principios fundamentales del derecho sancionatorio. En su defecto solicitan el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 23 de enero de 2018 el Tribunal Seccional emitió providencia en la cual resuelve no decretar las nulidades solicitadas por la defensa y conceder el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional. El expediente se recibió en este Tribunal el 3 de abril de 2018.

El 24 de abril de 2018 el Tribunal Nacional de Ética Médica emitió providencia mediante la cual decidió decretar la nulidad de la decisión recurrida y en su lugar decretó la nulidad del proceso a partir de la versión rendida por el Dr. **J.M.R.B.**, sin que se afectara la integridad de las pruebas practicadas en el proceso ni la situación procesal de la otra disciplinada.

El Magistrado Ponente fue el Dr. Alberto Vanegas Saavedra.

El 19 de junio de 2018 el Tribunal Seccional recibió la versión libre del Dr. **J.M.R.B.**, en presencia de su apoderado el abogado **PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ**.

El 24 de julio de 2018 el Magistrado Instructor, Dr. **CARLOS AUGUSTO FORERO VILLAMIL** presentó el informe de conclusiones al Tribunal Seccional.

EL 14 de agosto de 2018 el Tribunal Seccional profirió providencia mediante la cual resolvió que existe mérito para formular cargos en contra del Dr. **J.M.R.B.**, por posible violación de los artículos 15, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981 en concordancia con la resolución número 1995 de 1999.

El 28 de septiembre de 2018 el Tribunal Seccional llevó a cabo la diligencia de descargos del Dr. **J.M.R.B.**, en presencia de su apoderado el abogado **PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ**.

El 20 de noviembre de 2018 el Tribunal Seccional recibió, a solicitud de la defensa del Dr. **R.B.**, testimonio de la Sra. **A.K.G.**, auxiliar de enfermería que se encontraba en el servicio de urgencias el día 28 de diciembre de 2016 en el Centro de Salud del Municipio de San Francisco, Cundinamarca. En esta diligencia se hicieron presentes los abogados **PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ** y **BERTHA ELEJANDRA CABARCAS VALENCIA**, apoderados de los Dres. **R.B.** y **P.N.**, respectivamente.

El 14 de mayo de 2019 el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca emitió providencia en la cual señaló que la quejosa, Sra. M. del **P.P.**, quien también había sido citada nuevamente a solicitud de la defensa del Dr. **R.B.**, no se había presentado en respuesta a los llamados del Tribunal y que, en comunicación telefónica, había manifestado que no estaba interesada en seguir con la queja y que no se presentaría a la diligencia de declaración de ser citada nuevamente, ni ante el Tribunal Seccional ni ante la Personería de San Francisco. En esta segunda providencia el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca decidió no aceptar los descargos presentados por la Dra. **D.P.N.**, por los cargos formulados de transgresión a los artículos 15, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981 y al artículo 1 literal a) de la Resolución 1995 de 1999 e imponerle sanción de Amonestación. También decide en la providencia no aceptar los descargos presentados por el Dr. **J.M.R.B.**, con respecto a los cargos formulados por transgresión a los artículos 15, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981 y al artículo 1 literal a) de la Resolución 1995 de 1999 e imponerle sanción de Censura Escrita pero Privada.

El 6 de junio de 2019 se recibió en el Tribunal Seccional recurso de apelación contra la providencia del 14 de mayo de 2019, suscrito por el abogado **PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ**, apoderado del Dr. **J.M.R.B.**, en el cual solicita absolver a su prohijado de los cargos y archivar la actuación, o en su defecto, disminuir la sanción a amonestación.

El 11 de junio de 2019 el Tribunal Seccional emitió providencia mediante la cual concedió el recurso de apelación.

El 14 de junio de 2019 se recibió el expediente en el Tribunal Nacional de Ética Médica el cual consta de un cuaderno con 395 folios.

En reparto aleatorio del 19 de junio de 2019 correspondió al Magistrado Dr. Ariel Iván Ruiz Parra el análisis del expediente.

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

El Tribunal Nacional de Ética Médica recibió el 6 de junio de 2019 el recurso de apelación contra la providencia del 14 de mayo de 2019 del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca, suscrito por el abogado **PEDRO JOAQUÍN VELANDIA PÉREZ**, apoderado del Dr. **J.M.R.B.**, en el cual solicita absolverlo de los cargos o, en su defecto, disminuir la sanción. Esta superioridad no ha recibido recurso alguno concerniente con la decisión proferida por el Tribunal Seccional en la misma providencia, en relación con la Dra. **D.P.N.**, por lo cual se tendrá en consideración fundamentalmente lo actuado en el proceso contra el Dr. **R.B.**

El Tribunal Nacional de Ética Médica coincide con el análisis y valoración de las pruebas practicadas en relación con el proceso disciplinario instaurado contra el Dr. **J.M.R.B.** El disciplinado declaró en su versión libre que consideró que la causa del dolor abdominal de la menor era una constipación versus una obstrucción intestinal. Es importante señalar que no registró estas posibilidades diagnósticas en la historia clínica ni tomó acciones inmediatas para proceder descartar la obstrucción intestinal. En el interrogatorio también manifestó haber valorado una vez más a la paciente, antes de terminar el turno, pero que tampoco registró en la historia clínica el resultado de esta valoración porque consideraba que no había cambios en la evolución de la paciente y seguía con la misma conducta; se debe recordar que había dejado a la paciente en observación, había suministrado gastroprotección y había ordenado un hemograma y un examen parcial de orina. Señala apropiadamente al respecto el Tribunal Seccional en la formulación de cargos:

“Sea lo primero indicar que en lo que respecta al desempeño del doctor J.R. llama la atención lo que registró en la historia clínica realizada

el 28 de diciembre de 2016 al reingresar la paciente C.C.C.P. a la institución: paciente “bastante álgida, poco colaboradora para realizar examen físico, deshidratada, con dolor abdominal generalizado y defensa voluntaria”; si se tiene en cuenta el tiempo de evolución de la sintomatología, el estado febril, la taquicardia y los hallazgos en el examen abdominal, también registrados, estos datos eran suficientes argumentos para diagnosticar un abdomen agudo de carácter infeccioso y en consecuencia establecer una conducta más expedita en el manejo de la paciente. El doctor R. en su versión libre del 19 de junio de 2018 afirmó que pensó en una constipación o en una obstrucción intestinal pero no registró este diagnóstico en la historia clínica. Al estar en una institución de primer nivel sin recursos humanos especializados, sin recursos de laboratorio y de imágenes diagnósticas suficientes para realizar un diagnóstico diferencial, la conducta prudente ha debido ser la de iniciar el proceso de la remisión de la paciente a una institución de mayor nivel de complejidad desde su ingreso. Esta demora expuso a la paciente a riesgos injustificados y por consiguiente se constituye una posible transgresión del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 que textualmente dice en su parte pertinente: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados.”

Por otra parte el doctor R. menciona en su versión libre del 19 de junio de 2018 que evolucionó a la paciente una segunda vez en la madrugada del 28 de diciembre de 2016; al solicitarle que lea en el expediente las evoluciones realizadas informa que no registró esa segunda evolución en la historia clínica.

Esta deficiencia en el diligenciamiento de la historia clínica determina una posible transgresión de los siguientes artículos de la Ley 23 de 1981 (...)

También señala acuciosamente el Tribunal Seccional:

“Veamos que conforme la bibliografía médica citada, el dolor de la paciente presentaba las siguientes características, al momento del ingreso:

- a) El dolor estaba localizado en el abdomen y tenía una evolución de tres días.*

b) *La paciente refirió el dolor como moderado, pero al ingreso al servicio de urgencias indicó que éste era “fuerte” e informó que en la madrugada aumentó de intensidad.*

c) *El dolor abdominal era constante o continuo.*

d) *La localización del dolor era generalizado.*

e) *Acompañado de fiebre cuantificada en 38.2. (...). También es relevante otro dato suministrado por la paciente y es que se automedicó con acetaminofén, presentando mejoría del dolor y probablemente contribuyendo al descenso de la temperatura.*

f) *Hiporexia.*

g) *Un episodio emético el día anterior a la consulta.*

h) *La actitud de la paciente era álgida y poco colaboradora.*

i) *A la toma de signos vitales presentaba una frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto, es decir estaba taquicárdica.*

j) *A la palpación presentaba defensa voluntaria, denotando la contracción de los músculos abdominales. Según la bibliografía citada, dicha contractura es producto de la irritación peritoneal, producida por un proceso inflamatorio, generalmente importante.*

(...)

Conforme se mencionara (SIC) en la providencia de formulación de cargos, los signos y síntomas que presentaba la paciente, en total 10, eran más que suficientes para diagnosticar un abdomen agudo de carácter infeccioso y en consecuencia establecer una conducta más expedita en el manejo de la paciente.

Dice la defensa, en punto a la bibliografía citada por el Tribunal, que el dolor abdominal puede desencadenar tanto en patologías simples y manejables en un nivel básico de atención como en diagnósticos graves que requieren atención inmediata. También resalta de la misma bibliografía, que un dolor intenso puede darse en el contexto de

una patología banal, así como un dolor poco expresivo puede ser secundario a una patología potencialmente grave. Por tanto, indica la defensa, tal como se señala en la bibliografía, su prohijado entra en duda, situación que solo se puede dilucidar con apoyos diagnósticos, tal como los solicitó el doctor R.B. y manteniendo al paciente en observación, tomando como fundamento otra cita de la bibliografía referida en el pliego de cargos, donde dice que el médico debe darse el tiempo suficiente para analizar a profundidad al paciente y no dejarse llevar por distractores comunes como la indigestión, los parásitos intestinales, las virosis o la infección urinaria.

La defensa hace una interpretación errónea de la bibliografía citada por el Tribunal en la providencia de formulación de cargos, ya que toma frases o párrafos literales, sin correlacionarlos con el resto del texto. Es así, que el Manual referido empieza por anotar que el dolor es subjetivo y un dolor intenso puede darse en una patología simple o viceversa. Sin embargo a renglón seguido indica que el dolor presenta unas características diferenciables que es posible establecer realizando una correcta anamnesis. En este caso el médico investigado realizó de manera correcta la anamnesis y consignó los signos y síntomas ya mencionados. Sumado a éstos, encontró hallazgos positivos al examen físico de la paciente que le permitían diagnosticar un abdomen agudo, sin contar que, además, era una paciente reconsultante, aspecto que podía verificar en la historia clínica, la cual estaba disponible en el sistema, según lo manifestara el doctor R.B. en su versión libre.

Es decir, que la conducta adecuada no era dejar a la paciente en observación, porque para el momento de esta consulta, la paciente llevaba ya un tiempo considerable de evolución de su dolor abdominal, el cual había aumentado y se presentaba con una intensidad fuerte, el dolor siempre fue continuo y estaba acompañado de fiebre, episodios eméticos, hiporexia y al examen físico la niña estaba álgida y poco colaboradora y al examen físico presentaba taquicardia y defensa voluntaria a la palpación del abdomen. Entonces, correlacionando todos estos síntomas y signos, era evidente, según lo indica la propia literatura médica, que se trataba de un abdomen agudo que requería la toma de conductas médicas expeditas so pena de agravarse en poquísimo tiempo la condición de la paciente.”

En relación con la solicitud de la defensa de tener en consideración para las decisiones del Tribunal Seccional, las guías de práctica clínica elaboradas por la Clínica Colsanitas en relación con el dolor abdominal y también en cuanto a la adecuación de la conducta asumida por el disciplinado, escribe el Tribunal:

“Manifiesta la defensa que “..no se puede advertir, como mal lo advierte el Tribunal que el hecho de no iniciar la remisión a las tres de la mañana sea un indicio de la comisión de una falta disciplinaria y a esto no se puede llegar porque vemos como la literatura dispone una conducta como la iniciada por mi defendido. (...)”

Conforme la Guía de la Clínica Colsanitas citada por la defensa, en este caso, y conforme las características del dolor abdominal que presentaba la paciente descritas líneas arriba, correspondía consultar con un cirujano pediatra. También indica la Guía que cuando el dolor abdominal tiene una duración superior a las 24 horas y existen signos y síntomas que hagan sospechar apendicitis aguda, como en el presente caso, se requiere “Interconsulta urgente con cirugía”. Por lo tanto la remisión a mayor nivel de complejidad no es un capricho del Tribunal, sino una exigencia médica en el caso concreto y para el momento de la consulta.”

Más adelante agrega el Tribunal Seccional:

“Finaliza la defensa este punto indicando que la obligación del médico es de medios y no de resultados. Cabe aclarar a la defensa que esto lo sabemos y que en ningún momento se le ha exigido un resultado al médico investigado. Lo que sucede en el presente caso y lo que se le reprocha al galeno, es que con los signos y síntomas que presentaba la paciente para la consulta del 28 de diciembre de 2016 a las 3:20 horas correspondía al médico la remisión de la paciente a mayor nivel de complejidad, pues era evidente que presentaba un abdomen agudo que requería de forma inmediata y urgente de la valoración por cirugía pediátrica y aún con el diagnóstico realizado por el doctor R.B. de obstrucción intestinal, en orden a realizar el diagnóstico diferencial debía necesariamente remitir a la paciente a mayor nivel de complejidad para toma de radiografía simple de abdomen. No actuó conforme la lex artis ad hoc y su conducta de

mantener a la paciente en observación la expuso, sin duda, a riesgos injustificados, esto es ulteriores complicaciones de su cuadro patológico que podrían comprometer su salud e incluso su vida.

En relación con el cargo por violación al artículo 15 de la Ley 23 de 1981 el Tribunal Nacional de Ética Médica coincide con lo señalado por el Tribunal Seccional cuando señaló:

“En el caso que nos ocupa la conducta del médico investigado fue imperita porque como médico general debía tener el conocimiento para, a partir de los signos y síntomas que refería y presentaba la paciente al momento de la valoración inicial, haber realizado el diagnóstico adecuado y correspondiente de abdomen agudo. Aún en la hipótesis planteada por el médico investigado, esto es que su impresión diagnóstica fue constipación versus obstrucción intestinal, su conducta de mantener a la paciente en observación fue imperita, pues en orden a realizar el diagnóstico diferencial y según el mismo médico lo indicara en sus descargos, lo que correspondía, conforme la lex artis, era remitir a la paciente a mayor nivel de complejidad para toma de radiografía simple de abdomen.

Fue imprudente al haber dado (SIC) ordenado la observación de la paciente, es decir al haberla mantenido en el centro de salud de primer nivel con la sintomatología presentada que sugería claramente un abdomen agudo que requería de forma inmediata y urgente interconsulta con cirugía pediátrica en un nivel de mayor complejidad.

De otra parte fue negligente al no haber dispuesto en forma inmediata, en la atención inicial, la remisión de la paciente a mayor nivel de complejidad, que era la conducta que correspondía tomar conforme la lex artis y frente a los signos y síntomas que presentaba la paciente en dicho momento.”

Es evidente también para el Tribunal Nacional de Ética Médica que la omisión del registro en la historia clínica de las impresiones diagnósticas (constipación versus obstrucción intestinal) y de los hallazgos de la segunda evolución señalada por el propio disciplinado, constituyen claras contravenciones a los artículos 34 y 35 de la Ley 23 de 1991.

A pesar de las coincidencias entre esta superioridad y el Tribunal Seccional en relación con la tipicidad, la antijuricidad y la culpabilidad en el caso que nos ocupa y que hemos señalado, es preciso advertir que el Tribunal Nacional de Ética Médica no concuerda con la sanción impuesta al Dr. **J.M.R.B.**, y, en consecuencia, concede parcialmente la razón a la defensa.

En primer lugar, se debe considerar que se trata de un médico general que está prestando el Servicio Social Obligatorio y que, por lo tanto, está consolidando sus conocimientos y aprendizajes, y adquiriendo experiencia. En relación con este hecho es importante señalar que el dolor abdominal en niños y en mujeres es una de las situaciones clínicas más complejas con las que se deben enfrentar los médicos que laboran en servicios de urgencias. De hecho, en la actualidad se cuenta con la especialidad en medicina de urgencias para formar médicos con suficiente experticia en la resolución de casos como el que nos ocupa.

En segundo lugar, es importante señalar que, si bien es cierto hubo un retraso entre la admisión al servicio de urgencias por el Dr. **R.B.**, (28 de diciembre de 2016 a las 3:12 horas) y la decisión de remisión de la paciente para valoración por cirugía pediátrica -decisión que fue tomada por la Dra. **D.P.N.**, quien recibió el turno- (28 de diciembre de 2016 a las 7:29 horas), no es menos cierto que los hallazgos intraoperatorios de la cirugía practicada en el Hospital San Rafael de Facatativá, como son: apendicitis aguda perforada, peritonitis generalizada y plastrón apendicular con el epiplón mayor, corresponden a un periodo de evolución mayor a las cuatro horas y quince minutos que separan la decisión. La contribución de este retraso a la gravedad de los hallazgos intraoperatorios, se debe sumar a la evolución de la enfermedad desde la consulta del 26 de diciembre de 2016 que no realizó el Dr. **R.B.**, y al retraso -por situaciones administrativas- posteriores a las 7:29 horas, momento para el cual el disciplinado no estaba de turno.

En tercer lugar, es importante señalar que, aunque hubo un error diagnóstico por parte del Dr. **R.B.**, como lo demuestran los hallazgos quirúrgicos y la evolución posterior, la decisión de no dar salida a la paciente y de solicitar los exámenes de laboratorio que estaban disponibles en el centro de salud donde laboraba, permitió encontrar la leucocitosis que apoyó la conducta de remitir a la paciente.

En la Providencia No. 26-2018, el Tribunal Nacional de Ética Médica con ponencia del Honorable Magistrado Germán Gamarra Hernández recogió una buena parte de los proveídos del Tribunal Nacional de Ética Médica en relación con el error diagnóstico. Señala en dicha providencia ésta Corporación, con ponencia del **H. M.**

Gamarra Hernández:

“EL ERROR EN SI MISMO NO ES FUENTE DE RESPONSABILIDAD MÉDICA.

El diagnóstico médico siempre se hace bajo condiciones de incertidumbre. “Al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo.” Siguiendo las enseñanzas del ilustre médico Dr. Fernando Guzmán Mora expuestas en sus diversas publicaciones “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 el resultado se origina en un acto negligente que no sigue las reglas del arte del momento, habida cuenta de la disponibilidad de medios y las circunstancias del momento...” “...la falta técnica o error, que es un concepto científico, no entraña eo ipso la culpa, que es lo jurídico...” (...) “...lo decisivo en derecho no es tanto el error en sí como la causa del error ...” Por lo tanto, lo importante no es el fallo en sí. Lo relevante es “...si el médico ha faltado a su deber de prevenir las consecuencias...” “...si el médico ha hecho todo cuanto exige la ciencia y la práctica médica para disminuir el riesgo en el caso en cuestión...”

“Es inherente a la naturaleza de la práctica médica que el error sea inevitable, no sólo debido a las limitaciones del conocimiento humano o incluso los límites de la inteligencia humana, sino más bien a causa de la función epistemológica fundamental de una ciencia de datos...” “los diagnósticos médicos serán siempre desafiados por la sutil interacción e incognoscible de variables (en el agente de la enfermedad, en la respuesta del huésped, en el entorno, en la forma en que el paciente describe sus síntomas, en las pruebas, e incluso en los poderes del médico

de observación) que determinan cómo una enfermedad se presentará y será percibida por el clínico.” A pesar de los desafortunados cambios jurisprudenciales en materia de responsabilidad médica donde más allá de la culpa se habla del riesgo creado y otros factores objetivos de imputación, frente al proceso ético disciplinario, el criterio de imputación que involucra la posible transgresión a la ley 23 de 1981 por un error diagnóstico, radica en la culpa, es decir, cuando éste se produce por negligencia, desidia, descuido, imprudencia, apresuramiento, falta de precaución, impericia o desconocimiento de las normas propias de la lex artis. La responsabilidad objetiva debe estar proscrita de los procesos éticos disciplinarios teniendo en cuenta que la función de los tribunales es una función moralizante del acto médico. Desde luego se trata de la responsabilidad subjetiva propia de los procesos disciplinarios y penales. En estos eventos al médico le era exigible una conducta diferente, debió haber hecho algo distinto de lo que hizo y su error es inexcusable. Los errores cognitivos se fundamentan en un conocimiento insuficiente, de la medicina o del paciente. Debe examinarse si existió una recopilación de datos defectuosa o un razonamiento clínico inexacto. Fallas en la anamnesis. El interrogatorio incompleto, la falta de interés ante un paciente que no sabe comunicar sus síntomas ni las circunstancias concomitantes con el inicio de enfermedad, el indebido examen del paciente, las omisiones en la observación, la falta de revisión de la historia clínica o ignorar las anotaciones anteriores, así como el sesgo derivado de la primera impresión, pueden llevar al error cognitivo. Cada caso es diferente y es al juzgador a quien le corresponde determinar la culpabilidad o la falta de culpabilidad en cada proceso sometido a su consideración. Existe impericia indudablemente cuando se presenta el error grosero.

EL ERROR GROSERO. Es la equivocación inexcusable. El yerro superlativo o mayúsculo. Un verdadero desatino que riñe con los conocimientos médicos y con las normas de la lex artis. El error grosero es la expresión de la falta de conocimiento. Como diría un autor que se me escapa, el médico no lo aprendió o si lo aprendió lo olvidó o sólo se sabe la teoría y no sabe aplicarla. Muchos casos, sometidos a la consideración de los tribunales, ilustran el desconocimiento en materia grave de la interpretación de los signos, de los exámenes de laboratorios, del examen del fondo de ojo, de la lectura de los electrocardiogramas Y aún de la auscultación. El deber de cuidado implica una

adecuada percepción, un examen completo del paciente con el fin de determinar su condición clínico-patológica, la adecuada observación del paciente y la utilización de las ayudas diagnósticas pertinentes. El acompañamiento, la persistencia, el interés por descubrir qué le pasa a su paciente es el producto de la bondad y el afecto del médico hacia el paciente. Si no se cuenta con los recursos necesarios el médico debe remitir al paciente a una institución que pueda atenderlo en condiciones de eficiencia y seguridad. La labor diagnóstica debe cumplirse con responsabilidad y diligencia, falta a su deber el médico que omite la valoración de elementos clínicos muy importantes en la determinación del estado de salud del paciente, muchas veces nos encontramos con la omisión del registro de la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca, ante una patología de origen respiratorio, otras veces no se actúa en congruencia con los resultados del monitoreo y pruebas de laboratorio, con frecuencia no se determina la etiología del dolor abdominal o del dolor torácico, los pacientes son enviados a sus casas sin ningún tipo de observación y regresan a la institución hospitalaria en graves condiciones.

EL ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL ACTO MÉDICO Y DEL ERROR DIAGNÓSTICO.

El análisis ex post permite en un alto porcentaje conocer con carácter de certeza cuál era el diagnóstico correcto. Elementos de prueba tales como la necropsia, la descripción quirúrgica de los hallazgos intraoperatorios, la historia clínica que documenta la evolución del paciente, contienen informaciones que de haber sido conocidas por el médico que cometió el error diagnóstico éste no se hubiera presentado. El conocimiento retrospectivo de los hechos hace mucho más fácil la tarea de determinar cuál era el diagnóstico correcto, pero no puede ser el fundamento de la decisión. El juzgador deberá situarse en el momento de la atención, cumpliendo con el deber ineludible de analizar las circunstancias de tiempo modo y lugar en las que se encontraba el médico en el momento de atender al paciente, los signos y síntomas que presentaba el paciente en ese momento, si estos eran evidentes o si por el contrario fueron inespecíficos al momento de la consulta, los recursos médicos y ayudas diagnósticas o la limitación o ausencia de recursos con que se contaba, las informaciones, y elementos de juicio que sobresalían en el momento de efectuar el diagnóstico. Deben

examinarse todos los incidentes que permitan una reconstrucción del entorno en que la conducta médica se desarrolló con el fin de determinar si el error diagnóstico se encuentra justificado o es injustificado. El imperativo de conducta se refiere a la exigencia de una actividad médica congruente con la prudencia y la pericia dentro de las circunstancias en que el médico se vio avocado a actuar. La Sección Tercera del Consejo de Estado mediante sentencia 11878 de 10 de febrero de 2000 nos ilustra al respecto:

“Por otra parte, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar, en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática. Al respecto, el profesor Ataz López previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar. Así las cosas, lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, lo que obliga, en no pocos eventos, a distinguir entre la responsabilidad de los médicos y la de las instituciones prestadoras del servicio de salud, dada la carencia o insuficiencia de elementos para atender debidamente al paciente. Al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo. El error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.””

Finalmente, no hay concordancia entre la sanción impuesta a la Dra. **D.P.N.**, quien atendió a la paciente en el servicio de urgencias el 26 de diciembre de 2016 y nuevamente el 28 de diciembre de 2016, por la misma sintomatología, y a quien se le impuso sanción por contravenir exactamente los mismos artículos 15, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981, y la que se le impuso al Dr. **R.B.**, quien atiende a la paciente dos días después, cuando el cuadro pudo estar modificado por el uso de analgésicos y el de un atipirético, así como, por el proceso mismo de emplastramiento por el epiplón, encontrado en la intervención quirúrgica llevada a cabo en el Hospital de Facatativá.

En consecuencia de lo anterior, el Tribunal Nacional de Ética Médica decidirá modificar la sanción impuesta al Dr. **J.M.R.B.**, por el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca en providencia del 14 de mayo de 2019 de Censura Escrita pero Privada, por transgresión a los artículos 15, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981 y al artículo 1 literal a) de la Resolución 1995 de 1999, y en cambio imponer la sanción de amonestación privada.

Bastan las consideraciones anteriores para que este Tribunal resuelva

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: MODIFICAR la sanción impuesta al Dr. **J.M.R.B.**, por el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca en providencia del 14 de mayo de 2019 de Censura Escrita pero Privada, por transgresión a los artículos 15, 34 y 35 de la Ley 23 de 1981 y al artículo 1 literal a) de la Resolución 1995 de 1999, y en cambio imponer la sanción de amonestación privada. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta decisión no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal a quo para lo pertinente. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO: GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ Presidente – Magistrado; ARIEL IVÁN RUIZ PARRA, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; JOSÉ MIGUEL SILVA HERRA, Magistrado; HERNÁN JIMÉNEZ ALMANZA, Magistrado, EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y CLAUDIA LUCÍA SEGURA ACEVEDO. Abogada Secretaria.

Bogotá, diecinueve (19) de junio del año dos mil diecinueve (2019)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1462 DEL DIECINUEVE (19)
DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

**REF: Proceso No. 3205 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca.
Quejosa: C.T.V.T., asesora de la oficina de control interno del
Hospital María Inmaculada de Florencia.
Médico investigado: Doctor J.C.S.M.**

**Magistrado Ponente: Dr. Hernán Jiménez Almanza
Providencia No. 58-2019**

VISTOS

El Tribunal Nacional de Ética Médica recibe el proceso ético disciplinario número 3205 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca que concede la apelación del fallo del 23 de octubre del año 2018 por medio del cual se le impuso al doctor J.C.S.M., la sanción de suspensión el ejercicio la medicina por el término de tres meses.

LA QUEJA

C.T.V.T., actuando como asesora de la oficina de control interno disciplinario del Hospital María Inmaculada E.S.E. de la ciudad de Florencia Caquetá haciendo uso del derecho petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y la ley 1755 de 2015 solicita se inicie investigación al doctor J.C.S.M., identificado con la cédula de ciudadanía número... expedida en... en su calidad de médico cirujano del mencionado Hospital.

Primero: La doctora M.E.A. en su condición de Gerente de la E.S.E Hospital San Rafael del municipio de San Vicente del Caguán, mediante escrito

recibido por esta dependencia el día 6 de abril de 2015 informó: “anexo la presente queja formulada por la doctora C.J.T.F., quien se desempeña como médico del servicio social obligatorio en la E.S.E Hospital San Rafael del municipio de San Vicente del Caguán, del día 21 de marzo de 2015, cuando remite una usuaria de 10 años de edad con diagnóstico de abuso sexual maltrato infantil y celulitis vulvar. El médico de turno J.C.S., se niega brindarle la atención solicitada para la menor (diagnóstico celulitis vulvar), toda vez que la atención por el abuso sexual y maltrato infantil se le dio manejo con comisaría de familia y trabajo social en San Vicente. La usuaria es aceptada el 22 de marzo cuando nuevamente remitida al Hospital María Inmaculada y a la fecha se encuentra hospitalizada. En espera de que a los niños y niñas caqueteños, se les brinde un óptima y oportuna atención en los diferentes servicios de salud cuando lo requieran y que los médicos que se sensibilicen ante la necesidad de atención de este grupo poblacional”.

Segundo: “En el oficio de fecha 24 de marzo de 2015, suscrito por la doctora C.H.T.F. médico del servicio social obligatorio identificada como aparece al pie de mi firma para informarle a grandes rasgos la situación presentada el día 21 de marzo de 2015 con la paciente de nombre M.V.V. de 10 años de edad, la cual según diagnóstico reseñado en la historia clínica número 019.292, se determinó que la niña requería atención especializada por parte de pediatría y psicología, luego de realizar el procedimiento administrativo requerido para el caso, es remitida al Hospital María Inmaculada de Florencia Caquetá; lugar donde el médico de turno doctor J.C.S., se negó a recibirla, y a brindar la atención médica suplicada, por la presunta falta de la documentación requerida siendo devuelta al hospital de origen, es de señalar que la justificación proporcionada por el médico de turno del Hospital María Inmaculada de Florencia Caquetá, es insulsa, irresponsable, igualmente que ilegal frente a los presupuestos de la nueva normatividad que prohíbe este tipo de prácticas, más cuando se trata de pacientes menores de edad, para ello me atrevo a citar los artículos 11, 14 y 17 de la ley 1751 del 2015.

En este orden de ideas, dejo sentada mi queja frente la citada situación estará presta a ampliar, si es necesario, la presente información.

HECHOS

Triage médico en el (folio 203) realizado el 21 de marzo de 2015 a las 15:25 horas se clasifica como triage III con motivo consulta infección de granos en la vagina diagnóstico sospecha uso sexual. Firmado por la doctora C.T., médico y social obligatorio en la historia clínica de ingreso (folios 154) se consignó que consultó por granos en la vagina en compañía del padrastro. Informan de cinco días-lesiones vaginales, asocian a uso de ropa húmeda. Esta descolarizada. Se deja diagnóstico: 1. celulitis vulvar. 2. sospecha de abuso sexual — maltrato infantil. conducta: se da cubrimiento antibiótico ceftriaxona metronidazol. Se solicitan paraclínicos ante la sospecha de abuso sexual. Valoración por trabajo social remisión a segundo nivel Sivigila (folios 171). No se inicia antirretrovirales porque ha transcurrido mucho tiempo. El informe de la menor, sobre el abuso por parte del padrastro. Se llama a trabajo social y a la comisaría de familia, se pone al frente del caso, se realiza intervención de trabajo social 21 de marzo (folios 155).

El 22 de marzo de 2015 se presenta nueva valoración por trabajo social, para atender a la paciente M.V.V., quien fue remitida al Hospital María Inmaculada y fue devuelta por el doctor J.C.S. (Folio 156), se renueva remisión por trabajo social y la menor fue aceptada por la doctora L.L.. No le dan código aceptación, como deja registrado la trabajadora social.

En folio 161 obra formato de solicitud remisión de pacientes del 21 de marzo de 2015, donde se realiza descripción de la historia clínica y remisión para valoración por pediatría y psicología, a folio 162 encuentra la epicrisis con diagnóstico definitivo de sospecha abuso sexual — maltrato intrafamiliar. Realiza resumen de historia clínica y remite a nivel II para valoración por pediatría y psicología. A folio 165 está el formato de registro individual de prestación de servicios de salud — urgencias observación, donde se verifica el registro de la paciente M.V.V., quien ingresó el 21 de marzo de 2015, consignando como causa externa “enfermedad general”, diagnóstico de salida “sospecha de abuso sexual” y diagnóstico relacionados “celulitis vulvar” salida el 21 de marzo de 2015 a las 3:40 horas firma la doctora C.T., médica servicio social obligatorio.

En el formato la bitácora ambulancia fechada el 21 de marzo de 2015, visible a folios 170, se dice que no se ingresa la paciente porque no tiene código

de aceptación. No trae cadena de custodia establecida. No comentada en CRUB Caquetá. No trae el médico acompañante. Sin orden judicial policía” hora de salida: 21 horas de llegada 23:30.

A folio 173 observa formato de bitácora ambulancia del 22 de marzo de 2015, donde se registra hora de salida: 14:00 hora de llegada: 16: 30.

En la historia clínica del Hospital María Inmaculada se registró como fecha de ingreso el 22 de marzo de 2015 a las 5:55 horas pm. Fecha de salida el 29 marzo de 2015 (folios 17 al 74). Incluye valoración por médicos generales, pediatra, ginecología y psicología. Se mantiene cubrimiento antibiótico evolución satisfactoria, que da alta para seguimiento ambulatorio por ginecología, pediatría y psiquiatría. La atención que recibe la niña en el Hospital María Inmaculada a partir del 22 de marzo de 2015 no está cuestionada en la queja no obstante al revisar la historia clínica se evidencia que la menor recibió entonces una atención en salud integral y adecuada.

ELEMENTOS PROBATORIOS

1. Copia de la historia clínica de la E.S.E Hospital María Inmaculada de Florencia Caquetá correspondiente a M.V.V. (folios 17 al 132, 135 al 149 y 175 del expediente)
2. Copia de la historia clínica de la E.S.E Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán correspondiente a M.V.V.. (Folios 5, 7, 8, y 151 al 173 del expediente).
3. Copia del oficio S-2016000016 Sijin-UBIC-ESVIC-DECAQ-25.10 por medio del cual el patrullero .A.G.G., investigador y o analista de la dirección de investigación criminal e Interpol, seccional Caquetá, de la policía Nacional-Ministerio de Defensa Nacional, solicita al gerente Hospital local San Rafael de San Vicente del Caguán copia de la valoración sexológica realiza M.V.V.. (Folio 174 del expediente).
4. Mediando despacho comisorio al Tribunal de Ética Médica del Cauca se obtuvo la versión libre del doctor J.C.S., el día 28 del mes de abril del año 2017 (folios 191 al 195 del expediente).
5. Copia del modelo atención integral en salud para víctima de violencia sexual del ministerio de protección social. (Folios 198 al 205 del expediente).
6. Copia del oficio número CID-024 del 24 de febrero de 2017, dirigido al doctor J.C.S. y suscrito por la asesora de control interno disciplinario

del Hospital departamental María Inmaculada E.S.E donde le comunica que no existiendo mérito para continuar con la investigación disciplinaria R15-224 procedieron a terminar el proceso y ordena el archivo de las diligencias. (Folios 208 del expediente).

7. Bitácora de ambulancia de la E.S.E Hospital San Rafael de fecha 21 de marzo de 2015 (folios 9 y 209 del expediente).

8. Solicitud de remisión de la paciente M.V.V. de la E.S.E Hospital San Rafael de fecha 21 de marzo de 2015. (Folios 6, 135, 136, 161 y 210 del expediente).

En sala plena de 26 de septiembre del año 2017, la magistrada instructora, doctora Ana María Granada Copete, presentó su informe de conclusiones.

Mediante providencia proferida el 10 de octubre del año 2017 en sesión 1415 se declaró que existía mérito para formular cargos en contra el médico J.C.S.M. por posible violación de los artículos 1 numeral 1, 10, 15 y 42 de la ley 23 de 1981.

El 20 de febrero del año 2018 la sala plena del Tribunal escuchó en descargos al doctor J.C.S.M. acompañado de su apoderada. (Folios 248 y siguientes).

CONSIDERANDOS

El marco normativo para menores de edad y víctimas de violencia y abuso sexual debemos tener en cuenta:

El artículo 44 de la Carta política que dice: Son derechos fundamentales de los niños, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma abandono violencia física o moral secuestro, venta abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.

La ley 1751 de 2015 “por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” en especial el artículo 11 señala los sujetos de especial protección, así: la atención de niños, niñas y adolescentes mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia

y de conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas que en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado.

Parágrafo 1. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

La ley 1098 de 2006 “Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia” artículo octavo: interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos que son universales, prevalentes e interdependientes.

Artículo noveno: Prevalencia de los derechos. En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales sobre los de cualquier otra persona.

Artículo 27 derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico psíquico y fisiológico y no sólo la ausencia enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación de servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiere atención en salud.

La ley 1146 de 2007 por medio de la cual se extiende normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, reglamenta la atención en salud de los menores de edad víctima de delitos sexuales así:

Artículo noveno atención integral en salud. En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el sistema general en salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima

abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente: 1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, será atendidos en las decisiones prestare de salud tales como EPS, IPS ARS, previamente mencionadas de manera inmediata y en cumplimiento del principio prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos, como urgencia médica. 2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso. 3. Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida. 4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica del niño, niño o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias. 5. A que se recoja de manera oportuna adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la cadena de custodia. 6. Será aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF. 7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

El Ministerio de Salud y Protección social expidió la resolución 459 de 6 de marzo de 2012 “Por la cual se adopta protocolo de modelo atención integral en salud para víctimas de violencia sexual “. En el numeral 2 del protocolo se establecen los pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual en el numeral 2.3. Establece el paso 3, esto es la recepción inmediata de la víctima de la violencia sexual en el servicio urgencias médicas. En el punto 2.9, Se consigna el paso 9 “asegúrese una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta “.

En el presente caso el abuso fue revelado el 21 de marzo de 15 en la E:S:E: Hospital San Rafael Vicente del Caguán, al personal médico del servicio urgencias al que fue llevada por presentar cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en lesiones vulvares con material seropurulento acompañada fiebre no cuantificada el acompañante de la paciente el padrastro indica que los síntomas aparecieron luego que la menor permaneciera con ropa húmeda por aguas lluvias, sin embargo más adelante la menor manifestó que su padrastro la ha tocado en múltiples ocasiones, indicando que dichos tocamientos los realizó el agresor con sus dedos. Al examen físico fueron hallados múltiples lesiones en labios mayores y menores de la vagina, dos lesiones del muslo izquierdo y se anota himen perforado. Como diagnóstico se anotaron celulitis vulvar, sospecha abuso sexual y maltrato

infantil. La menor fue dejada en observación, se ordenaron exámenes de laboratorio, aplicación y suministro de medicamentos y valoración por trabajo social. Esta última llama a la comisaría de familia. Finalmente solicita remisión a segundo nivel para valoración por psicología y pediatría. Ante estos hallazgos físicos la remisión era pertinente para que la paciente fuera evaluada por pediatría y psicología a fin de garantizar la atención inicial especializada en salud mental que exige el protocolo y modelo atención integral de salud para víctimas de violencia sexual.

La menor fue remitida en ambulancia acompañada de la madre hacia el hospital María Inmaculada de Florencia donde el doctor J.C.S, niega la atención de la paciente por lo cual la misma es devuelta a la E.S.E. Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán.

En los descargos el doctor S. insiste en afirmar que uno de los motivos para negar la atención a la paciente fue que carecía de orden judicial y además la madre del menor no autorizó o consintió la examen físico de la menor, por lo que no pudo realizar esto, primero no aparece consignado en el protocolo aportado como condición sine qua non para atender y/o aceptar el paciente víctima de abuso o violencia sexual además en la nota de remisión del Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán y en la bitácora de la ambulancia la paciente fue remitida a los servicios de pediatría y psicología por sospecha de abuso sexual lo cual debía el médico hacer era recibir el paciente y contactar a los servicios de psicología y pediatría. De otra manera si el doctor S. se percató que hasta este momento no se había involucrado sector judicial pues tal como quedó anotado en la observación de la historia la paciente folio 154 vuelto “reingreso paciente a la institución a las 4:20 horas debido a negación de paciente por parte del médico del Hospital María Inmaculada manifiesta que al no tener noticia criminal, no acepta la paciente se niega servicio médico, se procede a llamar a la Sijin para iniciar proceso a pesar de ya haber sido valorada por comisaría familia” él hubiera podido subsanar esta deficiencia solicitando la presencia policía judicial en el hospital o alternatively había podido solicitar a los médicos de la E.S.E. Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán que cumplieran con tal requerimiento.

Otro de los argumentos presentados en los descargos es que la paciente se negó tal como consta en la bitácora de la ambulancia porque no trae cadena de custodia establecida en protocolo agregando el doctor S., que “al ser

una sospecha de abuso sexual como lo afirmaba el auxiliar de enfermería existen unos protocolos para la cadena custodia los cuales de ninguna manera los traía.” Sin embargo este el mismo no debe ser agotados sólo en aquellos que se encuentran evidencias físicas con fluidos corporales u otro tipo de evidencias como las prendas de vestir de la víctima en este caso es claro que efectuando el frotis vaginal del paciente no se encontraron espermatozoides, tal como aparece anotado en la historia clínica en el folio 160 del expediente, además por la forma como se cometió el abuso y por el tiempo el transcurrido no era posible obtener evidencias físicas ni otro tipo de diligencias en la paciente por lo tanto no es válido negar el ingreso la paciente al Hospital.

Dice el doctor S. en sus descargos que el día siguiente el 22 de marzo de 2015 la paciente fue nuevamente remitida siendo ingresada, atendida, y valorada por el equipo interdisciplinario y durante 7 días que permaneció hospitalizada la menor en dicha institución sin poder encontrar o asegurar “que sea una violación y se egresa para manejo ambulatorio por psicología y trabajo social” agrega que “en la fiscalía se inició una investigación por un delito de actos sexuales con menor de 14 años el cual (sic) se encuentra con un archivo provisional de fecha el 27 de abril de 2017 (folios 150). Sea lo primero indicar que nunca se trató de un caso de violación o técnicamente de un acceso carnal se trató, tal como el médico lo refiere en sus descargos el punible de actos sexuales con menor de 14 años. En segundo lugar, no corresponde a los actores del sector salud determinar si el caso constituye o no delito quienes deben investigar y determinar si respecto a la menor se cometió algún delito de índole sexual son la fiscalía y la policía judicial. Por su parte los médicos deben proveer la atención de la paciente menor de edad, bajo la impresión diagnóstica de “sospecha de abuso sexual” con la cual deben activar el protocolo de atención integral en salud para víctimas de abuso sexual “ esto en cuanto la atención en salud de la víctima de violencia sexual se constituyen una urgencia mientras que los procesos de investigación judicial requieren de tiempo más prolongados. Por lo tanto revisando la historia clínica el examen físico la impresión diagnóstica de abuso sexual correspondía proceder a la atención en salud del paciente tal como lo hicieron los médicos del Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán.

El Tribunal Seccional de Ética Médica en Providencia fechada en 23 de octubre del año 2018 no acepta los descargos presentados por el doctor

J.C.S.M., e impone la sanción de la suspensión del ejercicio de la medicina por término de tres meses conforme a lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

El 23 de noviembre de 2018 el doctor J.C.S.M. presentó recurso de reposición y apelación contra el fallo del 23 de octubre del año 2018 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca.

El doctor S.M. indica que en los documentos por el recibidos no aparecía diagnóstico abuso sexual y que en dicho documento sólo aparecía maltrato infantil, el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca indica que esto es falso y para ello baste con observar lo aportado por el propio investigando en su diligencia de descargos en el recuadro de diagnósticos claramente dice: “sospecha abuso sexual” y a reglón seguido maltrato infantil y celulitis vulvar lo cual es evidente que el medico investigado si sabía que el motivo principal de remisión de la paciente era precisamente la sospecha abuso sexual referida en el documento en cuestión. (folios 9,170 y 209).

Indica el recurrente que el 21 marzo 2015 a las 23:30 horas recibió una remisión en comento, poco legible, con poca información y discrepancias de los diagnósticos entre la historia clínica la paciente la familiar y los “ocupantes del equipo de salud”. También argumenta el recurrente que el día la remisión recibió tan sólo una hoja de remisión en la que se encuentra con espacios en blanco en aspectos como acompañante, número historia, hora atención y número de hojas.

Para el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca ante la revisión cuidadosa del documento cuestionado, el documento está diligenciado en forma completa y adecuada por lo tanto no es cierto que la revisión sea poco legible, así como tampoco que contenga poca información para la recepción de la paciente en el Hospital de Florencia respecto a las supuestas discrepancias de los diagnósticos entre la historia clínica y la familiar y los ocupantes del equipo de salud” esto no fue consignado como motivo de la negación de la recepción de la paciente en la Bitácora de la ambulancia.

En cuanto a que la remisión no fue comentada previamente, nuevamente se reitera que esta circunstancia no es óbice para recibir e ingresar el paciente al centro de salud como fue explicado en la resolución recurrida.

En cuanto a otros hechos consignados por el recurrente como que no recibió sino una de las dos hojas que componen el formato de solicitud de remisión del paciente, pero cuando hace la descripción de la hoja número uno parece que se refiere a la hoja número dos es decir que la hoja en que indicó la sospecha del diagnóstico y una formulación y que está cerrada con la firma de la quejosa quedando más de seis renglones en efecto esto aparece en la hoja número dos y no en la número uno. Luego dice que en la hoja número dos aparece diligencia y más detallada. No es que sea más detallada sino que es la continuación de la remisión; que en esta hoja aparece la remisión a trabajo social con la anotación de que se llama a la comisaría familiar. El Tribunal Seccional considera que tampoco es razón para no recibir a la paciente además que hubiera podido comunicarse con el hospital que remitía la paciente y solicitar la aclaración o el envío del documento. Los otros cuestionamientos del recurrente fueron claramente analizados y desvirtuados por el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca.

En las circunstancias argumentativas precedentes, se confirmará integralmente la decisión objeto del recurso de apelación.

Por lo anterior expuesto el Tribunal Nacional de Ética Médica, en uso de las atribuciones que le confiere la Ley

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: CONFIRMAR la decisión sancionatoria impuesta al Dr. J.C.S.M., de tres (3) meses de suspensión en el ejercicio profesional de la medicina, de conformidad con las consideraciones precedentes. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO: GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ Presidente – Magistrado; HERNÁN JIMÉNEZ ALMANZA, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado; JOSÉ MIGUEL SILVA HERRERA, Magistrado; ARIEL IVÁN RUIZ PARRA Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y CLAUDIA LUCÍA SEGURA ACEVEDO, Abogada Secretaría.

Bogotá, veintitrés (23) de enero del año dos mil diecinueve (2019)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1443 DEL VEINTITRES (23)
DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

**REF: Proceso No. 742, Tribunal De Ética Médica del Tolima
Denunciante. Sr. J.O.L.H.
Contra: J.A.A.C.**

**Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora
Providencia No. 03-2019**

VISTOS

EL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL TOLIMA mediante providencia de julio 19 de 2018 decidió no aceptar los descargos rendidos por el doctor J.A.A.C., identificado con cédula de ciudadanía número... de ... y formular cargos por la trasgresión a lo dispuesto en los artículos 1 numeral 2, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981. De igual manera decretó la PRECLUSIÓN de la investigación en favor de los DRS. O.F.R.G. y L.A.C.P.

Luego de ser escuchado en diligencia de descargos, mediante providencia de fecha 11 de octubre de 2018, impuso sanción de CENSURA VERBAL Y PÚBLICA en contra del doctor J.A.A.C., cuyo defensor interpuso recurso de reposición y subsidiario de apelación en contra de la mencionada decisión.

Mediante decisión del 6 de diciembre de 2018 el TRIBUNAL SECCIONAL DEL TOLIMA confirmó su decisión y concedió en el efecto suspensivo el recurso de apelación.

Dado el hecho de haber solicitado el defensor el recurso subsidiario de apelación, el expediente fue enviado al Tribunal Nacional de Ética Médica para resolver el recurso de alzada.

Correspondió por reparto de múltiple azar (1. Orden cronológico de llegada, 2. Ronda de sorteo por orden alfabético de magistrados, 3. Asignación del caso por sorteo cerrado de balotas), al magistrado Fernando Guzmán Mora quien procede a resolver la apelación teniendo en cuenta los siguientes:

HECHOS

El día 19 de mayo del 2015 el señor J.O.L. identificado con cédula número...colocó queja ante la Defensoría del Pueblo, regional Tolima (expediente 201500-429374), queja que fue trasladada el 18 de junio de 2015 al Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima, respecto de la atención brindada a su hijo D.S.L.R. identificado con tarjeta de identidad....., de 8 años de edad, quien fue llevado al Hospital San Francisco de Ibagué, el día 26 de abril de 2015, por cuadro clínico de fiebre, deterioro general, vómito, poliartralgias y malestar, interpretado como un dengue hemorrágico; fue allí atendido por varios médicos, de acuerdo con la ratificación de la denuncia, folio 155. De acuerdo con la información de la madre del paciente (Folios 158 y ss) en tres oportunidades fue a este hospital y fue atendido de manera básica, pero sin la confirmación diagnóstica definitiva y tampoco fue tratado como un dengue hemorrágico hasta no tener la certeza clínica de la causa del cuadro febril.

A la investigación fueron inicialmente vinculados los doctores O.F.R.G., identificado con cédula de ciudadanía número..... de..., L.A.C.P, identificado con cédula de ciudadanía número.....de S..., J.A.A. identificado con cédula de ciudadanía número.... de....Se continuó el proceso que incluyó la versión libre por parte de los investigados y se decidió en la primera instancia elevar cargos al doctor J.A.A., por posible violación de los artículos 1° numeral 2, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981, tal como se vislumbra en los folios 322 y siguientes del expediente. Desde el punto de vista de atención básica se administraron las medidas de soporte esenciales para una virosis sistémica y algunas de sus complicaciones.

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

I. SOBRE EL TIEMPO A DEDICAR A LOS PACIENTES.

No existe una fórmula matemática ni un protocolo que pueda indicarle al médico en cualquier parte del mundo, cuánto es el tiempo suficiente a dedicar a un paciente.

Salta a la vista, que cada situación clínica y cada enfermedad son diferentes, así como lo es cada ser humano enfermo.

Una aproximación a la respuesta se consigue utilizando la denominada SANA CRÍTICA INTELECTUAL, inicialmente referida a la evaluación de las pruebas en la disciplina del Derecho y que puede ser aplicada al ejercicio médico dependiendo de los factores mencionados.

A este respecto, el médico magistrado del Tribunal de Ética debe tener en cuenta los siguientes elementos:

- a. el cuadro clínico del paciente
- b. sus antecedentes y condiciones generales
- c. el estado de avance de la enfermedad
- d. la disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos
- e. lo expresado en las guías de manejo diseñadas para el tratamiento específico de la enfermedad (debe mencionarse que las guías son un soporte vectorial de la conducta terapéutica, pues no todo en medicina son protocolos). Adicionalmente, las guías de manejo del síndrome febril y del dengue en niños fueron solicitados por el Tribunal a primera instancia, folios 170-300.

Esto se plantea ser valorado con los siguientes criterios:

1. estado actual de la ciencia para el momento
2. la sana lógica médica
3. la experiencia de los médicos involucrados y el sentido común dentro de cada caso

II. LA MENOR EXIGENCIA DE LA TIPICIDAD EN LA DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS DISCIPLINARIAS.

En providencia del 9 de octubre del presente año, con ponencia del H. M. Germán Gamarra se sostuvo en relación con la tipicidad en el derecho disciplinario médico lo siguiente:

“... Estamos acostumbrados a abreviar en el texto constitucional para evidenciar los derechos y libertades que el Constituyente quiso consagrar en pro de los ciudadanos, pero excepcionalmente acudimos en busca de ese mismo texto para verificar cuáles son los deberes que nos han sido impuestos y que debemos cumplir en relación con el Estado, con la Nación y con nuestros conciudadanos.

En el artículo 2º de la Carta Política se señala como uno de los fines esenciales del Estado el garantizar la efectividad de los derechos y deberes consagrados en la Constitución, y ello es entendible que sea ese uno de los objetivos políticos del Estado, porque éste, concebido como un instrumento de realización del hombre para que obtenga y concrete sus deseos, esperanzas y expectativas tanto a nivel individual como comunitario, es claro que una trascendental finalidad de este ente concebido por el hombre, sea el de consagrar los derechos y libertades que el hombre requiere para el libre desarrollo de su personalidad, garantizar su libre ejercicio, velar porque dentro del mismo no se vayan a vulnerar los derechos y libertades de los otros miembros de la Nación, surgiendo de manera necesaria la consagración de los deberes, el imperativo cumplimiento de los mismos por parte del conglomerado e indispensable sanción para quien no cumpla con los constitucional y legalmente impuestos.

En la parte final de esa misma norma se determina que las autoridades están instituidas no solo para proteger a las personas en sus derechos, sino para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares. Lo anterior es claro porque en esa constante interrelación entre deberes y derechos, se hace indispensable el cumplimiento de los primeros para el libre y seguro ejercicio de los segundos.

Sería imposible la concepción de una sociedad utópica que solo concibiera la consagración de los derechos y la inexistencia o la no

exigencia imperativa de los deberes. Los primeros existen por el estricto cumplimiento de los segundos y es apenas natural afirmar que el ejercicio de los derechos es solo posible por el cumplimiento estricto de los deberes.

Esta concepción estatal y social es universal, porque todos los Estados y todas las sociedades con diferencias no significativas funcionan a través del establecimiento de una estrecha interrelación entre el cumplimiento de los deberes y el ejercicio de los derechos. Con base en tal universalidad en relación con esta estructuración del funcionamiento normativo y social, se establece en la Carta Política que los deberes y derechos consagrados en esta codificación, deberán ser interpretados de conformidad con los tratados internacionales que sobre derechos humanos hayan sido ratificados por nuestra Patria.

Posteriormente de manera clara se establece esa inescindible interrelación entre del goce de los derechos y el cumplimiento de los deberes al establecerse que: “*El ejercicio de los derechos y libertades en esta Constitución implica responsabilidades*”, debiendo precisar que éste último vocablo se identifica semánticamente con el significado de “deberes”.

Es por tal razón que en la misma norma se establece que todas las personas están obligadas a cumplir con la Constitución y las Leyes, agregándose además la consagración de múltiples deberes que deberán ser cumplidos por todas las personas y ciudadanos.

Entre los mismos se encuentra el debido respeto de los derechos ajenos y la prohibición de abusar de los propios, se impone la solidaridad social respecto de las personas que se encuentren en situación de peligro, la obligación de respetar y apoyar a las autoridades democráticas, legítimamente constituidas para mantener la independencia y la soberanía nacionales, el deber de defender y difundir los derechos humanos con fundamento en la convivencia pacífica de la Nación; la obligación de cumplir con los deberes políticos, sociales y comunitarios; luchar por la consecución y el mantenimiento de la paz; *el deber de todos los colombianos de colaborar para el buen funcionamiento de la administración de justicia*; la obligación de proteger los recursos culturales y naturales del país y el insoslayable deber de contribuir con el financiamiento de los gastos e inversiones del Estado.

Entre los anteriores, no podemos menos que destacar el deber de colaborar para el buen funcionamiento de la administración de justicia, que surge del deber de solidaridad constitucionalmente consagrado, que lo impone no solo al Estado, sino a todos y cada uno de los ciudadanos, porque solo con la colaboración y ayuda mutua es factible la sostenibilidad pacífica de la comunidad.

Es indiscutible que en cualquier tipo de sociedad el correcto funcionamiento de la administración de justicia es esencial para conservar la paz y la convivencia entre los integrantes de la Nación. La inexistencia de la justicia o su mal funcionamiento convierten cualquier sociedad en anarquía y es uno de los elementos fundamentales para la estructuración de del Estado de Derecho, tal como se encuentra diseñado en la Carta Política.

Como principio constitucional la solidaridad aparece consagrado en el artículo 1º al establecer:

“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).

Impuesto normativamente en la Constitución de una manera trascendente puesto que se afirma que Colombia como Estado Social de Derecho se encuentra fundada en el respeto a la dignidad humana, en la solidaridad y en la prevalencia del interés general; lo anterior significa que los habitantes de este territorio tienen como deberes fundamentales respetar a sus conciudadanos como seres humanos y de colaborar y ayudarlos cuando se encuentren en situación de peligro o de crisis, porque la solidaridad debe ser entendida como una expresión generosa de todas las personas en relación con todos y cada uno de los miembros de la Nación, debiendo proyectarse en el auxilio de todos cuando las circunstancias impongan la necesidad de ser auxiliados por circunstancias dramáticas de la vida individual o social.

La Corte Constitucional refiriéndose a este deber ha dicho:

“.....se despliega como un deber que pesa en cabeza del Estado y de todos los habitantes del país. Yendo en el primer caso de lo público ha-

cia lo privado, a tiempo que en el segundo del núcleo familiar hacia el ámbito social, en una suerte de concatenaciones dialécticas que deben tener siempre a la persona como razón y fin último. El deber de solidaridad en cabeza del Estado Social de Derecho es inherente a su existencia y cualificación en la esfera de cumplimiento de sus fines esenciales, ***al paso que en cabeza de los particulares el deber de solidaridad es exigible en los términos de ley.*** (Lo destacado no lo es en el texto).

Dentro de la misma ilación ideológica

“ Ha sostenido esta Corporación que la solidaridad es un valor constitucional que en cuanto fundamento de la organización política presenta una triple dimensión, a saber: (i) como una pauta de comportamiento conforme a la cual deben obrar las personas en determinadas ocasiones; (ii) como un criterio de interpretación en el análisis de las acciones u omisiones de los particulares que vulneren o amenacen los derechos fundamentales; (iii) como un límite a los derechos propios.

Dentro de tales parámetros ideológicos y normativos es absolutamente claro que del principio de solidaridad surgen cascadas de deberes para los particulares, en relación con los miembros de la familia, con respecto a la comunidad y los bienes que son de todos, y finalmente para con el Estado en sus diversas manifestaciones.

Es por esta concepción de Estado y Nación impuesta en el primero de los artículos de la Carta, que a renglón seguido se dispone que son fines esenciales del Estado garantizar la efectivamente de los derechos y de los deberes, estableciéndose que las autoridades de la República están instituidas para asegurar el cumplimiento de os deberes sociales del Estado y **de los particulares:**

“ ARTICULO 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.** (Lo destacado no lo es en el texto).

Obsérvese como la Carta Política siempre establece una estrecha relación entre el disfrute de los derechos y el cumplimiento de los deberes, y es claro que nadie podría exigir el ejercicio de los derechos, si no cumple previamente con los deberes que todos tenemos con nosotros mismos, con todos los miembros del conglomerado social, con el entorno medioambiental y con el Estado.

Es indudable que los deberes deben tener un determinado poder coactivo y su incumplimiento de manera regular conlleva la imposición de diversas sanciones, que garantizan el correcto comportamiento por lo menos de la mayoría de los que integran la Nación Colombiana y la consecución de una sociedad en paz y en sana convivencia.

El incumplimiento de los deberes normativamente impuestos conlleva la imposición de cargas negativas para quien incumple tales deberes con los suyos y con los otros, es decir, con quienes integran la comunidad social.

Dentro de los reproches establecidos legalmente por el incumplimiento de ciertos deberes, algunos lo han sido con características delictivas como sucede con el incumplimiento de los deberes alimenticios de los padres respecto de los hijos, o la omisión de ayuda respecto de la persona que se encuentra en una determinada situación de riesgo, y muchos otros que no es el caso mencionar.

Pero evidentemente la inmensa mayoría de los reproches sociales por el incumplimiento de los deberes de solidaridad se encuentran en el ámbito contravencional y disciplinario; en el primer ámbito, como consecuencia de la interrelación diaria, que minuto a minuto se produce entre el Estado por el cumplimiento de sus deberes específicos respecto de sus vasallos y de éstos para con aquel.

Es una realidad que el incumplimiento de los deberes de solidaridad y de los deberes normativamente impuestos en unas escasas circunstancias, al igual que el incumplimiento de los deberes, generan reproches de naturaleza delictiva; y por el contrario, en un número infinito de situaciones el incumplimiento de la solidaridad social y de los deberes impuestos individualmente a todas las personas generan incontables reproches sociales, muchos de los cuales desde la perspectiva legal se convierten en reproches disciplinarios y contravencionales.

Es por esta realidad social, que mientras en el ámbito del derecho penal los principios de legalidad y de tipicidad exigen la descripción inequívoca de las conductas para el establecimiento de las conductas delictivas que van a ser objeto de reproche social; en el ámbito disciplinario las exigencias estrictas de esa legalidad y de esa tipicidad son menores, porque el número de conducta que pueden ser objeto del reproche disciplinario son infinitas y ello haría que la tipificación estricta de todas ellas fuera imposible desde la perspectiva normativa. En tales circunstancias, de manera regular en el plano disciplinario no existen conductas descritas gramaticalmente de manera inequívoca, sino que simplemente se acude a la concreción de tipos abiertos, de tipos en blanco o se acude a la imposición de deberes que pueden ser objeto de ese reproche disciplinario.

Es claro que para que los deberes sean exigibles y se cumplan de conformidad con las previsiones legales, deben tener un cierto poder coercitivo, de tal manera que su incumplimiento conlleve un perjuicio a quien no cumplió con los mandatos normativos. El deber que no sea exigible con el mandamiento de un daño futuro, deja de serlo en la realidad, porque en tal caso los mismos quedan en el campo de la ética y de los mandatos morales que son inexigibles coactivamente en las sociedades contemporáneas.

Ha sido reconocido por la doctrina y la jurisprudencia que el derecho disciplinario hace parte de los instrumentos por medio de los cuales el Estado ejerce el *ius puniendi*, esto es la facultad persecuidora y sancionadora que cumple en el ejercicio de su soberanía interna. Se ha sostenido que el derecho disciplinario reúne las características que definen y estructuran el derecho penal y por ello se lo ha considerado como una de sus extensiones.

Pese a lo anterior debe reconocerse que sus principios y garantías no son exactamente iguales y que en el derecho disciplinario las mismas son más laxos, y es así como en el ámbito de la legalidad y de la tipicidad, mientras en el derecho penal se impone la necesidad de la descripción inequívoca de la conducta objeto del reproche penal, en el derecho disciplinario las exigencias son menos rigurosas y es así como se ha aceptado y la realidad legislativa lo demuestra, que las definiciones conductuales son más ambiguas, más gaseosas o nebulosas, y menos precisas en descripción la conducta que es objeto de reproche.

El profesor Luis Jiménez de Asúa, sostiene en relación con la temática propuesta:

“ No negaremos que el Derecho penal disciplinario es un conjunto de normas que asocian a las infracciones de naturaleza administrativa en que interviene la potestad jerárquica, con una sanción que reviste el carácter de pena. Pero sí afirmamos que ese ordenamiento disciplinario debe separarse claramente del Derecho penal propiamente dicho (“Derecho penal criminal”). En este sentido no nos parece satisfactoria, por prestarse a equívocos, la resolución del Tercer Congreso internacional de Derecho comparado, tenido en Londres el año 1950, en la que se dice que el Derecho penal y el disciplinario son de idéntica esencia y que representan dos variedades del Derecho social de reprimir ejercitándose en medios distintos; en suma, a creer a los congresistas de Londres, esa dualidad de posición explica y limita su existencia paralela.

En primer término, son radicalmente distintos los principios en que se fundan. El Derecho penal se propone previa la acuñación de tipos, reprimir y prevenir la delincuencia mediante penas de finalidad múltiple.

El Derecho penal disciplinario se limita a mantener a los funcionarios en su dependencia jerárquica, mediante sanciones, que si bien asumen la índole de las penas, tienen mero carácter correctivo. Max Ernesto Mayer ha dicho exactamente “que el ejercicio de la potestad disciplinaria, es administración y el de la potestad criminal, es justicia” .

En orden a garantías liberales, el Derecho penal disciplinario suele estar ayuno de las más sustantivas, aunque queden recursos procesales. ***La falta de tipo legal, se señala por Mayer (p. 5) como una de sus características. A nuestro juicio, lo que acontece es que la infracción suele estar formulada inconcretamente, vagamente. En este sentido, y por lo mismo que los tipos penales son agotadores, no le falta razón a Max Ernesto Mayer al establecer como característica del Derecho penal disciplinario la ausencia de tipo. Más extremadamente dice Manzini, que “mientras en el Derecho penal domina el principio nullum crimen nulla poena sine lege, el Derecho disciplinario no está sujeto a tal reserva de la ley” (p. 98).*** Parece que semejante libertad está admitida aun hoy en que las preocupaciones liberales se han hecho más agudas. En realidad, el Derecho penal disciplinario deberá procurar en el futuro mejores garantías que los meros recursos administrativos.

No se agota, con el Derecho penal jerárquico, el ancho campo del Derecho disciplinario. Otro aspecto del mismo está constituido por el conjunto de sanciones correctivas, que se incluyen en los reglamentos de organismos, instituciones y corporaciones públicas, como las Cámaras parlamentarias, los Tribunales, las Universidades, etc. También puede considerarse el grupo de infracciones de los deberes del individuo respecto de la corporación a que pertenece (abogados, médicos, etc.), de que ha tratado Kempermann, y que se ha denominado Derecho penal corporativo.

Y finalmente existe una potestad disciplinaria de las sociedades privadas, que ya no puede llamarse Derecho penal. Si éste reviste carácter público (vid supra núm. 7), es obvio que esas correcciones no asumen el carácter de pena. R. Garraud, nos dice que el derecho disciplinario puede pertenecer no sólo a las corporaciones o asambleas de actividad reconocida por el Estado, sino también a los individuos. (T., t. I, págs. 3 y sigs.).

Una distinción se precisa. El Derecho penal disciplinario pertenece realmente a la Administración pública. Entonces puede recibir el nombre de "pena" la sanción que el superior impone. Mucho más discutible sería permitir que asumiera el rango de Derecho penal, aunque se subadjetive de "disciplinario", a los preceptos correctivos de los organismos, instituciones y corporaciones públicas aludidas antes. Y nunca podrá aceptarse aquella categoría de "derecho penal", para las medidas disciplinarias que una sociedad prescribe. En este sentido está en lo cierto Eusebio Gómez (p. 92). ***Antes de ahora lo hemos afirmado también nosotros (La Ley y el Delito, págs. 17-18), destacando que la vaguedad del tipo, permitida aquí, adopta proporciones mucho más grandes que cuando se trata del auténtico Derecho penal disciplinario:***

el Reglamento de una sociedad sólo dice que será impuesta una corrección o que se separará del seno de los socios, al que "observe mala conducta", al que "realice actos groseros", etc. Tan cierto es lo que decimos que los penalistas —von Liszt y nosotros siguiendo su tesis— han discurrido a propósito de la calificación jurídica de esas correcciones disciplinarias de una sociedad privada y han llegado a considerar la ausencia de carácter injusto en tales actos, localizándolas entre las causas de justificación consistentes en el "ejercicio de un derecho. (Lo destacado no lo es en el texto).

Obsérvese, como ese extraordinario penalista español que tuvo que sembrar su semilla luminosa en América, por las arbitrarias persecuciones de que fue objeto en su patria por parte del Franquismo radical, concuerda en el hecho de la existencia de conductas vagamente descritas en el derecho disciplinario y como el extraordinario penalista alemán Max Ernesto Mayer se atrevió a hablar de ausencia de tipo en el derecho disciplinario, al igual que el también italiano Vincenzo Manzini, de manera similar afirmó que mientras el derecho penal estaba estrictamente sometido al principio del *nullum crimen nulla poena sine lege*, no sucedía igual con el derecho disciplinario.

En el mismo sentido, pero ya en el plano nacional, con el apoyo jurisprudencial de la Corte Constitucional, Gómez Pavajeau y Reyes Cuartas, coinciden en afirmar la no existencia de una tipicidad estricta en el ámbito disciplinario. En tal sentido sostienen:

“ La sentencia C-181 de 2002 es muy tímida en extraer de los postulados constitucionales la técnica de los “tipos abiertos” o de los “tipos en blanco”, limitándose a afirmar que ***no es inconstitucional la consideración de “ descripciones incompletas” que puedan ser complementadas por otras por virtud de la remisión***, pues ello hace parte de la libertad de configuración del legislador.

Empero, en la sentencia C-948 de 2002 se avanza significativamente, pues muy a pesar de que no invoca norma constitucional alguna sino la jurisprudencia precedente, se efectúa una afirmación vinculada con la fórmula jurídica de la responsabilidad de los servidores públicos en un Estado de Derecho, mediante la cual se establece que estos sólo pueden hacer lo que les está permitido y mandado; en consecuencia resulta imposible aprehender jurídicamente todo lo que no está permitido y mandado por virtud de la lógica con que se maneja la materia: afirmación indefinida (artículo 6 de la Carta Política). ***De allí que la sentencia afirme la imperiosa necesidad de trabajar con tipos disciplinarios abiertos “ante la imposibilidad del legislador de contar con un listado detallado de comportamientos donde se subsuman todas aquellas conductas que están prohibidas a las autoridades o de los actos antijurídicos de los servidores públicos”, doctrina que se reitera por sentencia C-155 de 2002***

.....

Las faltas disciplinarias se tipifican “en tipos abiertos que suponen un amplio margen de valoración y apreciación en cabeza del fallador”, puesto que “al legislador le está permitido describir los tipos con cierto grado de generalidad o indeterminación y acudir a una técnica de tipos abiertos que configura un margen valorativo para el aplicador de la norma”, con lo cual no se hace otra cosa que reconocer lo que ya la doctrina ha admitido en la órbita de las relaciones especiales de sujeción: “por la propia naturaleza de las cosas, ciertas relajaciones que, en todo caso habrán de ser matizadas”, son admitidas antes que negar su vigencia.

No es posible describir en comportamientos abstractos todo aquello que se encuentre desautorizado por el ordenamiento jurídico, puesto que lo no permitido tiene tendencia hacia el infinito y como tal resulta inaprehensible cuantitativamente. Lo permitido es lo cuantificable, por tanto, la norma se ocupa de ello en tanto se capta en descripciones que, si la conducta particular realizada no se corresponde con el modelo a seguir, revelan inmediatamente lo antijurídico.

Es entonces una realidad que las exigencias respecto de la definición de las conductas objeto de reproche son mucho menores en el derecho disciplinario que en el derecho penal, porque como ya se decía, en la primera de las normatividades estamos en el plano del cumplimiento de deberes normativamente impuestos que exigen la no realización de ciertas conductas que podrían ser infinitas y que por tanto son de imposible cobertura por medio de normas típicas.

Gómez Pavajeau, con el auxilio del pensamiento de varios doctrinantes sostiene que el ilícito disciplinario deviene del incumplimiento de los deberes formalmente impuestos.

“Trayter, muy a su pesar, afirma: “No obstante, en la actualidad, resulta fácilmente constatable que gran parte de la doctrina mantiene la concepción de la infracción disciplinaria como una acción que no atenta contra los bienes jurídicos sino, cosa muy distinta, contra los deberes del servicio funcional”

De este modo, se define la falta administrativa como cualquier incumplimiento por parte de los funcionarios de los deberes que les afectan

De Palma del Teso también termina por aceptar tipos disciplinarios en los cuales se sanciona “la mera inobservancia de un deber”.

Alessi precisa que la responsabilidad disciplinaria emana de “la transgresión de deberes administrativos” impuestos a los servidores públicos y a otras personas cobijadas por una “relación de especial supremacía accesoría de determinadas relaciones particulares que rigen frente a determinados sujetos”, con lo cual se tiene que el ilícito disciplinario tanto de los servidores públicos como de los particulares que ejercen funciones públicas y de los profesionales pertenecientes a las profesiones intervenidas tiene el mismo fundamento.

La existencia de los deberes, y la necesidad de su cumplimiento, al igual que la imposibilidad de adecuación normativa de todas las conductas que no están autorizadas por el ordenamiento jurídico crea en la realidad exigencias más laxas en cuanto a la descripción de las conductas disciplinarias objeto de reproche.

La Corte Constitucional ha reiterado las diferencias existentes entre el derecho penal y el disciplinario, de la misma manera cómo la tipicidad tal como se entiende en el primero es inaplicable en el segundo:

4.2.1. La potestad sancionatoria del Estado, sus proyecciones y la especificidad del derecho disciplinario.

4.2.1.1 Los diversos regímenes y sus diferencias.

De tiempo atrás esta Corporación, siguiendo los criterios que ya había enunciado la Corte Suprema de Justicia, cuando ejercía la guarda de la Constitución, ha señalado que el derecho sancionador del Estado es una disciplina compleja pues recubre, como género, al menos cinco especies, a saber: el derecho penal delictivo, el derecho contravencional, el derecho disciplinario, el derecho correccional y el derecho de punición por indignidad política o "impeachment".

También ha señalado la jurisprudencia que si bien hay elementos comunes a los diversos regímenes sancionadores es lo cierto que las características específicas de cada uno de ellos exigen tratamientos diferenciales.

En ese orden de ideas, la Corte ha expresado que "entre el derecho penal y los otros derechos sancionadores existen diferencias que no pueden ser desestimadas. Así, el derecho penal no sólo afecta un derecho tan fundamental como la libertad sino que además sus mandatos se dirigen a todas las personas, por lo cual es natural que en ese campo se apliquen con máximo rigor las garantías del debido proceso.

En cambio, otros derechos sancionadores no sólo no afectan la libertad física, pues se imponen otro tipo de sanciones, sino que además sus normas operan en ámbitos específicos, ya que se aplican a personas que están sometidas a una sujeción especial -como los servidores públicos- o a profesionales que tienen determinados deberes especiales, como médicos, abogados o contadores. En estos casos, la Corte ha reconocido que los principios del debido proceso se siguen aplicando pero pueden operar con una cierta flexibilidad en relación con el derecho penal."
-subrayas fuera de texto-

En la doctrina se postula, así mismo, sin discusión que la administración o las autoridades titulares de funciones administrativas lo sean de potestad sancionadora y que ésta en cuanto manifestación del ius puniendi del Estado está sometida a claros principios generalmente aceptados, y en la mayoría de los casos proclamados de manera explícita en los textos constitucionales. Así, a los principios de configuración del sistema sancionador como los de legalidad (toda sanción debe tener fundamento en la ley), tipicidad (exigencia de descripción específica y precisa por la norma creadora de las infracciones y de las sanciones, de las conductas que pueden ser sancionadas y del contenido material de las sanciones que puede imponerse por la comisión de cada conducta, así como la correlación entre unas y otras) y de prescripción (los particulares no pueden quedar sujetos de manera indefinida a la puesta en marcha de los instrumentos sancionatorios), se suman los propios de aplicación del sistema sancionador, como los de culpabilidad o responsabilidad según el caso – régimen disciplinario o régimen de sanciones administrativas no disciplinarias- (juicio personal de reprochabilidad dirigido al autor de un delito o falta), de proporcionalidad o el denominado non bis in idem.

Así mismo dentro del ámbito sancionador administrativo cabe destacar la aceptación de la interdicción de las sanciones privativas de la libertad, la instauración de la multa como sanción prototípica y la necesaria observancia de un procedimiento legalmente establecido.

4.2.1.2 La especificidad del derecho disciplinario

De conformidad con la jurisprudencia constitucional, los principios del derecho penal -como forma paradigmática de control de la potestad punitiva- se aplican, a todas las formas de actividad sancionadora del Estado. Sin embargo en los otros ámbitos distintos al derecho penal dicha aplicación ha de considerarse como lo ha señalado reiteradamente la Corporación, sus particularidades (C.P., art. 29).

Dicha especificidad en lo que tiene que ver con el derecho disciplinario ha sido objeto de consideración por esta Corporación en numerosas ocasiones[41], en las que se ha referido particularmente a tres aspectos que, por lo demás, revisten especial importancia para el examen de los cargos planteados por el actor, ello son (i) la imposibilidad de transportar integralmente los principios del derecho penal al derecho disciplinario, (ii) **el incumplimiento de los deberes funcionales como fundamento de la responsabilidad** disciplinaria y (iii) la vigencia en el derecho disciplinario del sistema de sanción de las faltas disciplinarias denominado de los números abiertos, o *numerus apertus*, por oposición al sistema de números cerrados o *clausus* del derecho penal.

Al respecto cabe recordar en efecto que esta Corporación en relación con la imposibilidad de asimilar integralmente los principios del derecho penal al derecho disciplinario ha señalado que:

"La no total aplicabilidad de las garantías del derecho penal al campo administrativo obedece a que mientras en el primero se protege el orden social en abstracto y su ejercicio persigue fines retributivos, preventivos y resocializadores, la potestad sancionatoria de la administración se orienta más a la propia protección de su organización y funcionamiento, lo cual en ocasiones justifica la aplicación restringida de estas garantías - quedando a salvo su núcleo esencial - en función de la importancia del interés público amenazado o desconocido."

Y en otra ocasión, la Corte expresó:

"Sea lo primero señalar que, el ejercicio del derecho del Estado a sancionar (*ius punendi*) las faltas disciplinarias que cometan sus servidores para prevenir conductas contrarias al cumplimiento recto del servicio público y leal

de la función pública, lesivas de los bienes jurídicos protegidos con ellas, debe estar revestido de todas las garantías de orden sustantivo y procesal, consagradas constitucional y legalmente para los regímenes sancionatorios, particularmente, en lo que hace al derecho penal[43], en la medida en que ambos participan de elementos comunes. Sin embargo, la remisión a los institutos de ese derecho sólo es viable en el evento de una inexistencia de regulación específica y suficiente, habida cuenta que el derecho disciplinario constituye una disciplina autónoma e independiente de orden jurídico.

Dicha autonomía a que alude la jurisprudencia citada parte del hecho de que los objetivos perseguidos por la ley disciplinaria son claramente distintos a los que pretende el régimen penal.

La ley disciplinaria tiene como finalidad específica la prevención y buena marcha de la gestión pública, así como la garantía del cumplimiento de los fines y funciones del Estado en relación con las conductas de los servidores públicos que los afecten o pongan en peligro.

Cabe recordar en ese sentido que constituye elemento básico de la organización estatal y de la realización efectiva de los fines esenciales del Estado social de derecho, la potestad del mismo de desplegar un control disciplinario sobre sus servidores, dada la especial sujeción de éstos al Estado, en razón de la relación jurídica surgida por la atribución de una función pública; de manera que, el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades se efectúe dentro de una ética del servicio público y con sujeción a los principios de moralidad, eficacia y eficiencia que caracterizan la actuación administrativa y el cabal desarrollo de la función pública.

En el cumplimiento de esos cometidos estatales y durante el ejercicio de las correspondientes funciones o cargos públicos, los servidores públicos no pueden distanciarse del objetivo principal para el cual fueron instituidos, como es el de servir al Estado y a la comunidad en la forma establecida en la Constitución, la ley y el reglamento; por lo tanto, pueden verse sometidos a una responsabilidad pública de índole disciplinaria, cuando en su desempeño vulneran el ordenamiento superior y legal vigente, así como por la omisión o extralimitación en el ejercicio de sus funciones (C.P., arts. 6o. y 123)

En ese contexto la Corte ha precisado que el derecho disciplinario pretende garantizar "la obediencia, la disciplina y el comportamiento ético, la moralidad y la eficiencia de los servidores públicos, con miras a asegurar el buen funcionamiento de los diferentes servicios a su cargo"; cometido éste que se vincula de manera íntima al artículo 209 de la Carta Política porque sin un sistema punitivo dirigido a sancionar la conducta de los servidores públicos, resultaría imposible al Estado garantizar que la Administración Pública cumpliera los principios de "igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad" a que hace referencia la norma constitucional.

La Corte ha precisado igualmente que en materia disciplinaria, la ley debe orientarse a asegurar el cumplimiento de los deberes funcionales que le asisten al servidor público o al particular que cumple funciones públicas pues las faltas le interesan al derecho disciplinario en cuanto interfieran tales funciones. De allí que el derecho disciplinario valore la inobservancia de normas positivas en cuanto ella implique el quebrantamiento del deber funcional, esto es, el desconocimiento de la función social que le incumbe al servidor público o al particular que cumple funciones públicas.

En este sentido también ha dicho la Corte que si los presupuestos de una correcta administración pública son la diligencia, el cuidado y la corrección en el desempeño de las funciones asignadas a los servidores del Estado, la consecuencia jurídica de tal principio no podría ser otra que la necesidad de castigo de las conductas que atentan contra tales presupuestos, conductas que - por contrapartida lógica- son entre otras, la negligencia, la imprudencia, la falta de cuidado y la impericia. En términos generales, la infracción a un deber de cuidado o diligencia.

De otra parte cabe recordar que la jurisprudencia ha señalado que el régimen disciplinario se caracteriza, a diferencia del penal, porque las conductas constitutivas de falta disciplinaria están consignadas en tipos abiertos, ante la imposibilidad del legislador de contar con un listado detallado de comportamientos donde se subsuman todas aquellas conductas que están prohibidas a las autoridades o de los actos antijurídicos de los servidores públicos.

Ha dicho la Corte:

"(..) es de anotar como peculiaridad propia del derecho disciplinario, la posibilidad de que las conductas constitutivas de faltas disciplinarias se encuadren en la forma de tipos abiertos. A diferencia de la materia penal, en donde la descripción de los hechos punibles es detallada, en la disciplinaria el fallador cuenta con un mayor margen de valoración e individualización de las faltas sancionables por la diversidad de comportamientos que pugnan contra los propósitos de la función pública y del régimen disciplinario, por las razones que a continuación se señalan:

La prohibición de la conducta delictiva involucra un conjunto de patrones que establecen una precisión tipológica en la que se describen de manera detallada los elementos conformantes del tipo, de manera que, sujeto activo, conducta, intención, sujeto pasivo y circunstancias llevan en el procedimiento penal a una exhaustiva delimitación legal de las conductas; mientras que en la definición de las faltas disciplinarias, entran en juego, elementos propios de la función pública que interesan por sobre todo a contenidos político-institucionales, que sitúan al superior jerárquico en condiciones de evaluar con mayor flexibilidad, y de acuerdo con criterios que permiten un más amplio margen de apreciación, tal como lo ha entendido el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, órgano competente para interpretar y aplicar el Convenio Europeo de Derechos Humanos.

Las sanciones penales se dirigen, de manera general, a la privación de la libertad física y a la reinserción del delincuente a la vida social, al paso que las sanciones disciplinarias tienen que ver con el servicio, con llamados de atención, suspensiones o separación del servicio; lo que impone al acto sancionatorio un carácter independiente, de donde surge el aceptado principio, de que la sanción disciplinaria se impone sin perjuicio de los efectos penales que puedan deducirse de los hechos que la originaron.

De las consideraciones anteriores se desprende entonces que las normas disciplinarias tienen un complemento normativo compuesto por disposiciones que contienen prohibiciones, mandatos y deberes, al cual debe remitirse el operador disciplinario para imponer las sanciones correspondientes, circunstancia que sin vulnerar los derechos de los procesados permite una mayor adaptación del derecho disciplinario a sus objetivos. Así mismo cabe concluir que la infracción disciplinaria siempre supone la existencia de un deber cuyo olvido, incumplimiento o desconocimiento genera la respuesta represiva del Estado y que dado que el propósito

último del régimen disciplinario es la protección de la correcta marcha de la Administración pública, es necesario garantizar de manera efectiva la observancia juiciosa de los deberes de servicio asignados a los funcionarios del Estado mediante la sanción de cualquier omisión o extralimitación en su cumplimiento, por lo que la negligencia, la imprudencia, la falta de cuidado y la impericia pueden ser sancionados en este campo en cuanto impliquen la vulneración de los deberes funcionales de quienes cumplen funciones públicas.

Con base en las anteriores precisiones la Corte procede a efectuar el examen de los cargos planteados por el actor en relación con los artículos enunciados en el presente acápite de esta Sentencia.

4.2.2. El análisis de los cargos planteados en la demanda en contra del artículo 5 de la Ley 734 de 2002.

Para el actor el artículo 5 de la Ley 734 de 2002 debe ser declarado executable pero bajo el entendido que la afectación del deber material a que alude la norma debe ser material y no formal. Petición que la vista fiscal considera improcedente por cuanto la norma no hace otra cosa que desarrollar la naturaleza del derecho disciplinario basada en el encauzamiento de la conducta de quienes cumplen funciones públicas con el objeto de que se cumplan los fines del Estado, por lo que en su concepto el resultado material de la conducta no es esencial para que se estructure la falta disciplinaria, pues el solo desconocimiento del deber es el que origina la antijuricidad de la conducta.

Al respecto la Corte constata que la norma traduce la adopción por el Legislador de una postura clara a favor de la autonomía del derecho disciplinario en materia de determinación de la antijuricidad de las conductas que dicho derecho sanciona frente a las categorías propias del derecho penal

Cabe recordar en efecto que en el proyecto inicial presentado a consideración del Congreso el artículo quinto acusado era de un tenor sustancialmente diferente del que ahora se examina. Dicho artículo señalaba lo siguiente:

Artículo 5°. Lesividad. La falta del servidor público o del particular que ejerza funciones públicas solo dará lugar a responsabilidad disciplinaria cuando afecte o ponga en peligro la función pública.

La exposición de motivos sustentaba dicho texto basada en las siguientes consideraciones:

"Otra de las innovaciones en materia de principios rectores con contenido garantista la constituye la consagración expresa del principio de lesividad, refiriéndolo específicamente a la función pública, como único bien jurídico cuya lesión o puesta en peligro amerita reproche disciplinario. Debido a la falta de claridad de la legislación vigente sobre este aspecto, la jurisprudencia y la doctrina plantearon tesis encontradas que el proyecto pretende resolver mediante una regulación expresa e inequívoca, en aras de la seguridad jurídica. El principio de lesividad se estructura como una garantía adicional en favor de los destinatarios de la ley disciplinaria, pero en el caso de este proyecto, claramente diferenciado del principio de lesividad o de antijuridicidad material que se desarrolla en la legislación penal vigente; el quebrantamiento de la norma sólo merece reproche disciplinario cuando la misma está concebida para preservar la función pública, y la infracción, en el caso concreto, la vulnera o la pone en peligro."

Este texto no fue acogido por el Congreso, que adoptó finalmente el texto que ahora se examina por la Corte. Para sustentar el abandono del texto inicial en la Ponencia para primer debate en la Cámara de Representantes del proyecto que se convertiría en la Ley 734 de 2002 se hicieron las siguientes consideraciones:

"La expresión "lesividad" es propia del derecho penal, mecanismo de control social que tiene como fundamento la protección de bienes jurídicos cuyo contenido viene dado por los derechos fundamentales. Trasplantar del derecho penal al derecho disciplinario tal expresión comporta introducir factores perturbadores que incidirán en la correcta interpretación de la ley, habida cuenta que, si bien en derecho disciplinario deben regir las categorías tipicidad, antijuridicidad y culpabilidad, las mismas deben estar dotadas de contenido propio y autónomo.

Ciertamente que el derecho disciplinario protege en términos generales el correcto desempeño de la función pública, lo cual hace a través de una consideración global de la materia; empero, las especificaciones de tal protección vienen dadas por la imposición de deberes funcionales acordes con la función que cumple el servidor público en un Estado Social y Democrático de Derecho (artículos 2º, 6º y 122 inciso 2º de la Carta Política).

Decoro, eficiencia y eficacia no son los únicos valores constitucionales encarnados en los deberes funcionales, habida cuenta que juegan otros como la moral pública, la imparcialidad, transparencia y objetividad que emanan de la Carta Política y el orden jurídico desarrolla.

No basta como tal la infracción a un deber, ni a cualquier deber, sino que se requiere, para no convertir la ley disciplinaria en instrumento ciego de obediencia, que ello lo sea en términos sustanciales; esto es, que de manera sustancial ataque por puesta en peligro o lesión el deber funcional cuestionado.

Ello es lo que se busca con la redacción inicial, empero, la misma resulta equívoca en la medida en que trata de buscar una autonomía e independencia del derecho penal a través de la utilización de las categorías dogmáticas de éste.

En efecto, la exposición de motivos presentada por la Procuraduría General de la Nación deslinda derecho penal y derecho disciplinario, señalando a éste como un "sistema autónomo e independiente, con objetivos y características propios", precisando la necesidad de diferenciar la antijuridicidad penal de la disciplinaria, pues en aquél se habla del "principio de lesividad o de antijuridicidad material"

Pues bien, si ello es así, como lo es por resultar correcto, no se puede utilizar en derecho disciplinario la expresión lesividad, habida cuenta que la misma denota un sistema de injusto montado sobre la base de la lesión a bienes jurídicos tutelados, cuya puesta en peligro o lesión origina la antijuridicidad material como categoría dogmática.

El derecho disciplinario no puede ser entendido como protector de bienes jurídicos en el sentido liberal de la expresión, toda vez que se instauraría una errática política criminal, habida cuenta que no existiendo diferencias sustanciales entre derecho penal y derecho disciplinario por virtud de ello, llegaría el día en que el legislador, sin más ni más, podría convertir sin ningún problema todos los ilícitos disciplinarios en injustos penales.

Si, como lo afirmó la exposición de motivos "el quebrantamiento de la norma sólo merece reproche disciplinario cuando la misma está concebida

para preservar la función pública, y la infracción, en el caso concreto, la vulnera o la pone en peligro"³, tal cometido, sin que se presente a interpretaciones diferentes, se logra con la modificación propuesta."

Para la Corte, como se desprende de las consideraciones preliminares que se hicieron en relación con la especificidad del derecho disciplinario, resulta claro que dicho derecho está integrado por todas aquellas normas mediante las cuales se exige a los servidores públicos un determinado comportamiento en el ejercicio de sus funciones[56]. En este sentido y dado que, como lo señala acertadamente la vista fiscal, las normas disciplinarias tienen como finalidad encauzar la conducta de quienes cumplen funciones públicas mediante la imposición de deberes con el objeto de lograr el cumplimiento de los cometidos fines y funciones estatales, el objeto de protección del derecho disciplinario es sin lugar a dudas el deber funcional de quien tiene a su cargo una función pública.

El incumplimiento de dicho deber funcional es entonces necesariamente el que orienta la determinación de la antijuricidad de las conductas que se reprochan por la ley disciplinaria. Obviamente no es el desconocimiento formal de dicho deber el que origina la falta disciplinaria, sino que, como por lo demás lo señala la disposición acusada, es la infracción sustancial de dicho deber, es decir el que se atente contra el buen funcionamiento del Estado y por ende contra sus fines, lo que se encuentra al origen de la antijuricidad de la conducta.

Así ha podido señalar esta Corporación que no es posible tipificar faltas disciplinarias que remitan a conductas que cuestionan la actuación del servidor público haciendo abstracción de los deberes funcionales que le incumben como tampoco es posible consagrar cláusulas de responsabilidad disciplinaria que permitan la imputación de faltas desprovistas del contenido sustancial de toda falta disciplinaria.

Dicho contenido sustancial remite precisamente a la inobservancia del deber funcional que por sí misma altera el correcto funcionamiento del Estado y la consecución de sus fines.

No asiste razón, en consecuencia, al actor cuando solicita la constitucionalidad condicionada de la norma, pues como se ha visto ella simplemente traduce la especificidad propia de la falta disciplinaria en relación con la

antijuricidad de las conductas que sanciona la Ley disciplinaria, por lo que la Corte declarará la exequibilidad pura y simple del artículo 5 de la Ley 734 de 2002, pero circunscrita al cargo analizado y así lo señalará en la parte resolutive de esta sentencia. Sent 948 02 (**Lo destacado no lo es en el texto**)

Es más que evidente que siendo la medicina una profesión liberal, su ejercicio es bien diverso del de las otras profesiones, y que por sus objetivos y finalidades el médico en el ejercicio de la misma tiene implícitos una infinidad de deberes, que se encuentran plasmados en el juramento Hipocrático y que son el origen de una serie de principios propios de la profesión médica, que todo profesional debe cumplir, so pena de vulnerar los principios éticos que la profesión le impone....”

A diferencia de lo que ocurre en el campo penal, no se puede elaborar una tipificación exhaustiva del acto médico transgresor de la ética y su consecuencia jurídica, pues debido al número de variables involucradas esto sería imposible.

Como se menciona ut supra, el juez disciplinario ético médico no tiene una indicación exacta sobre la graduación de las faltas y su consecuencia punitiva. Por eso sugerimos que se analicen primero las faltas que constituyen mayor gravedad. En este aspecto, recordamos una tentativa de tipificación para el efecto en la siguiente forma.

a. Guía básica en el código penal, todas aquellas faltas o transgresiones que involucren de forma directa y simultánea un capítulo específico del código penal son las más graves y deben evaluarse conjuntamente con las transgresiones éticas. Así mismo, deberán establecerse los casos en los cuales es necesario u obligatorio compulsar copias a la jurisdicción penal en forma simultanea

b. Intencionalidad del acto médico. Es excepcional la presencia del dolo por parte del médico en sus actos profesionales. Sin embargo, debido a los múltiples cambios sociales de nuestras comunidades, se torna necesario investigar a este respecto, por ejemplo, en casos de aborto pueden existir varias modalidades: doloso, culposo y autorizado legalmente por la sentencia C-355 de la honorable Corte Constitucional.

III. LOS TRIBUNALES NO PUEDEN FALLAR SOBRE DISCUSIONES CIENTÍFICAS.

Para cada enfermedad y situación existen diferentes formas de tratamiento. Si se aplican las normas científicas recomendadas por instituciones autorizadas para ello, los tribunales no pueden fallar a favor o en contra de un tratamiento específico a no ser que sea manifiestamente absurdo o no avalado por la ciencia.

En el presente caso, ciertamente no hay ni asomo de indicio que permita la discusión respecto del dolo por parte de ninguno de los médicos tratantes en relación con el paciente en estudio. Adicionalmente se resalta el hecho de existir unas guías de manejo en el Hospital San Francisco de Ibagué, guía que fue seguida por todos los médicos involucrados y que se encuentra en los folios 214 a 232 del proceso.

Respecto de las causales de culpa en esta serie de actos médicos debemos decir que:

1. no hubo impericia, pues todos los médicos eran conocedores del cuadro clínico de fiebre infantil y problemas gastro intestinales, cuyo manejo se siguió bajo la matriz vectorial de estas guías
2. no se presentó negligencia pues se siguieron todos los pasos que la norma local que el hospital recomendaba
3. respecto de la imprudencia, cabe la consideración de no haber seguido la dirección prohibitiva de aplicación de medicamentos intra musculares en un paciente con tendencia hemorrágica la cual esta contraindicada

Puede notarse entonces que no se presentaron causales de culpa médica en ninguna de sus modalidades (impericia, imprudencia o negligencia). Muy por el contrario, la participación de todos los médicos se siguió teniendo en cuenta los elementos de una sana crítica diagnóstica médica, aun sin conocerlos previamente.

No se puede dictaminar un diagnóstico preciso de las complicaciones subsiguientes que pudieron ser debidas a multitud de causas.

1. una progresión de la enfermedad hacia un fallo multistémico por sepsis generalizada
2. un síndrome de falla multisistémica aguda a pesar de la aplicación de líquidos, electrolitos, antibióticos, etc.
3. es probable que ni siquiera con autopsia de médico legal en caso de muerte, se hubiese podido detectar con exactitud este cuadro clínico rápidamente progresivo.
4. No queda lugar a ninguna duda que los médicos le dedicaron tiempo suficiente a este menor enfermo y esto lo demuestran todos los registros de historia clínica
5. En cuanto a la aplicación de Plitican, hay una disertación científica en el folio 373, que muestra desacuerdos y opciones de tratamiento respecto de esta medicación en el paciente motivo de este proceso, simplemente debe advertirse que:

a. existen puntos de vista a favor y en contra del medicamento, todos con respaldo en literatura médica internacional, por lo tanto de valor científico equiparable. Como se ha dicho ut supra, los tribunales de ética no pueden fallar sobre discusiones científicas de similar ponderación. Adicionalmente hay una extensa revisión “Dengue Memorias“ folios 265 a 299 que constituyen un fuerte respaldo científico a favor de los médicos acusados y se encuentra claramente escrito, con base en más de 652.000 casos de dengue en la región tolimense.

Existe prueba en el expediente de que el diagnóstico de dengue fue muy rápido, como lo confirma la declaración del padre del menor paciente, quien relata que desde el primer momento se sospechó el cuadro de dengue y le hicieron seguimiento con laboratorios frecuentes como corresponde.

De otro lado en la misma historia clínica se anota que existió una sospecha diagnóstica diferencial que involucró múltiples causas de fiebre infantil, entre ellas gastroenteritis bacteriana, pródromos de infección viral no especificada, infección urinaria y dengue.

De todas maneras se le brindó al niño el tratamiento básico de soporte de toda virosis febril severa y lo respaldaron las guías de manejo ya mencionadas.

En lo que se relaciona a una supuesta alergia a la metoclopramida, esta no fue demostrada probatoriamente y ni siquiera consta en los antecedentes

de ingreso del niño diversas instituciones y médicos, incluidos el Hospital San Francisco y el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, en donde claramente se registra que no hay antecedentes tóxicos alérgicos a ningún medicamento. De contera, tampoco existe sustento respecto a la reacción al Plitican.

Teniendo en cuenta los anteriores puntos, resaltamos varios hechos:

- A. el paciente estuvo completamente apoyado por médicos, enfermeras y el resto del equipo de salud todo el tiempo
- B. el enfermo no fue sometido a riesgos innecesarios
- C. la relación ponderada del artículo 2 de la ley 23 de 1981 del código de ética médica no encuentra sustento en lo respectivo a ética general, ética profesional y ética ciudadana, por lo cual no se acepta sanción en este sentido.

1. Por lo anterior queda sin piso la transgresión de los artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981, por lo que esta superioridad deberá revocar la decisión de los colegas del tribunal *A quo*, lo cual se verá plasmado en la decisión final de este recurso de alzada.

En resumen, el paciente fue atendido por especialistas titulados tanto en el Hospital San Francisco como en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué.

2. En lo que hace referencia a someter al paciente a riesgos innecesarios, como se ha dicho anteriormente, no se encuentra prueba de impericia, negligencia o imprudencia médica.

Con estos racionios probatorios, no vemos el fundamento para sancionar al médico disciplinados, descartándose así el dolo o la culpa grave, siendo entonces necesario cuestionar dicha sanción, tomando una respuesta necesariamente contraria.

3. La relación ponderada del artículo 1 numeral 2 de la ley 23 de 1981 del código de ética médica no encuentra sustento en lo respectivo a ética general, ética profesional y ética ciudadana, por lo cual no se acepta sanción en este sentido.

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar como en efecto revoca la decisión del honorable Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima de sancionar al doctor J.A.A. identificado con cédula de ciudadanía número..... de..., por violación del numeral 2 del artículo 1, artículo 10 y 15 de la ley 23 de 1981, y en su lugar declarar la ausencia de responsabilidad de los galenos mencionados. **ARTÍCULO SEGUNDO:** contra la presente decisión no caben recursos. **ARTÍCULO TERCERO:** Remitir al tribunal de origen el expediente para su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. GERMÁN GAMARRA HERNANDEZ, Presidente – Magistrado; FERNANDO GUZMAN MORA, Magistrado Ponente; HERNÁN JIMÉNEZ ALMANZA Magistrado; ARIEL IVAN RUIZ PARRA, Magistrado; JOSÉ MIGUEL SILVA HERRERA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y CLAUDIA LUCIA SEGURA ACEVEDO, Abogada Secretaría.

Bogotá, noviembre veinte (20) del año dos mil dieciocho (2018)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1438 DEL VEINTE (20)
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO (2018)**

REF: Proceso No. 939 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico

Denunciante: Sr. G.R.G.

Contra: Dr. A.L.S.M.

Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney

Providencia No. 76-2018

VISTOS

Por hechos relacionados con una presunta negligencia e imprudencia en la intervención quirúrgica del adolescente G.J.R.E. (q.e.p.d.) de 17 años de edad para el momento de los hechos, realizada el 15 de febrero de 2015 en la IPS CLÍNICA SAN IGNACIO LTDA de la ciudad de Barranquilla, donde aparentemente se transgredieron los artículos 10, 15 y 34 de la Ley 23 de 1981, el Señor G.R.G. interpuso queja contra el doctor D.V. ante el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico el 21 de agosto de 2015.

El 27 de julio de 2016, el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico inició investigación preliminar contra el médico A.L.S.M.

Mediante providencia del 29 de noviembre de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional elevaron pliego de cargos contra el médico A.L.S.M.

La providencia fue notificada por estado el 6 de diciembre de 2017.

El 21 de marzo de 2018, el médico implicado rindió descargos en compañía de su apoderado.

Mediante providencia del 29 de agosto de 2018, el Tribunal Seccional no aceptó los descargos y le impuso una sanción de CENSURA ESCRITA Y PÚBLICA al médico A.L.S.M.

La providencia fue notificada por Edicto el 5 de septiembre de 2018.

El 28 de septiembre del mismo año, el médico a través de su apoderado interpuso recurso de Apelación contra la providencia del 29 de agosto de 2018.

Mediante Estado del 4 de octubre de 2018; el Tribunal Seccional concedió el recurso de Apelación para ante este Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 9 de octubre se recibió el expediente, el cual, mediante reparto en Sala del 16 de octubre, le correspondió al Magistrado Gabriel Lago Barney.

HECHOS

Paciente de 17 años de edad para el momento de los hechos quien consultó en compañía de familiar al servicio de urgencia de la IPS CLÍNICA SAN IGNACIO LTDA de la ciudad de Barranquilla el día 15 de febrero de 2015 a las 9:09 horas por: *“Tiene una bola en el testículo y le duele.”* Presentaba de siete días de evolución, con exacerbación ocho horas antes del ingreso, induración en región inguino escrotal izquierda asociado a dolor intenso (9/10) acompañado de cambios en el aspecto y coloración.

No se anotaron antecedentes personales ni familiares de importancia.

Al ingreso se encontró un paciente con peso de 48 Kg, estatura de 150 cm, frecuencia cardíaca de 85 latidos por minuto, tensión arterial de 100/60 mm Hg, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36.8°C

Al examen físico se encontró alerta, con dolor intenso (9/10), quejumbroso, con mucosa oral seca; al examen de abdomen se registró: *“Abdomen blando depresible, no doloroso, se palpa induración en región inguinoescrotal izquierda, dolorosa, no coercible, no reducible, con eritema perilesionar, no irritación peritoneal.”* En genitales masculinos

se registró: *“Escroto izquierdo, dolor a la palpación, signo de Prehn negativo, reflejo cremasteriano bilateral conservado, prueba de luz en escroto la cual traspasa.”* Con estos hallazgos clínicos se planteó como hipótesis diagnóstica: *“Hernia inguinal bilateral con obstrucción, sin gangrena.”* El paciente fue ingresado a observación, se dejó sin vía oral, iniciaron líquidos endovenosos, se administró N-butil bromuro de hioscina, ranitidina y se solicitaron hemograma, PCR, VSG y ecografía de tejidos blandos; se solicitó valoración por cirugía general. Fdo. K.P.G.

A las 10:30 horas se informó hemograma dentro de parámetros de normalidad; PCR negativa, VSG 15 mm/1h; no se había realizado la ecografía ni realizado la valoración por cirujano.

A las 14:42 la doctora M.M.S. anotó: *“Paciente valorado por cirugía general, quien considera por clínica del paciente y datos de estrangulamiento de hernia inguinoescrotal izquierda, previo consentimiento de padres firmados y anexado a historia clínica, preparar para cirugía por clínica de inminente complicación y riesgo de irritación peritoneal, por lo que se traslada sin ecografía de tejidos blandos con respaldo de hallazgos clínicos evidentes y paraclínicos normales. Se solicitan tiempos de coagulación y valoración por anestesiología. Familiares informados entienden y aceptan conducta. Se explican riesgos. Atentos a evolución.”* (Folio 21).

Se solicitaron tiempos de coagulación y plaquetas que fueron informados a las 15 horas, normales. Igualmente, se informó a los familiares y se les explicaron los riesgos. (Folio 21)

A folio 52 del expediente, la enfermera Ivone Ramos Verdugo registró a las 14:45 horas: *“Paciente recibe valoración por Cx (sic) quien ordenar hospitalizar para preparar para realizar herniorrafia.”* Nombre de procedimiento quirúrgico que repite en su registro de las 14:50 al trasladarlo a cirugía. Igualmente, el anestesiólogo, doctor M.T., anotó en la hoja de anestesia en el acápite de cirugía: *“Herniorrafia”* y como sitio de colocación de la anestesia L2-L3(Folio 43) Igualmente, a folio 25 correspondiente al Anexo Técnico N° 3 Solicitud de Autorización de Servicios de Salud, elaborado a las 14:49 del 12 de febrero de 2015, en la justificación clínica se anotó: *“Servicio solicitado: 7102B: Herniorrafia inguinal.”* Como justificación clínica se registró: *“Paciente masculino*

de 17 años de edad quien ingresa al servicio de urgencias con un cuadro clínico de 8 horas de evolución caracterizado por un tumor en región inguinoescrotal izquierda de gran tamaño acompañado de dolor de gran intensidad, se le ordenan paraclínicos y es valorado por cirujano en turno quien ordena hospitalizar para realizar herniorrafia inguinal para mejora del cuadro clínico.”

A folio 53 del expediente y 53 vto. figura consentimiento informado en que el señor G.R.G., padre del menor paciente, autoriza al doctor A.S. para realizar orquidectomía izquierda y al doctor M.T. para administrar la anestesia. Sin embargo, el consentimiento aparece firmado por la señora E.E. y no tiene la firma de los galenos intervinientes.

El médico A.L.S.M. intervino al paciente con anestesia epidural, encontrando una masa dura que describió del tamaño de una “mandarina” con apariencia de seminoma, procediendo a realizar orquidectomía. (Folio 42) Según las notas de enfermería de quirófano, la cirugía inició a las 15:30 horas y terminó a las 16:10 horas. Describen la masa como de gran tamaño. (Folio 50)

A las 17:45 horas el menor paciente fue trasladado a habitación con órdenes médicas prescritas por la doctora L.E.G.M. consistentes en nada vía oral, líquidos endovenosos, cefalotina, gentamicina y dipirona. Se solicitó patología de testículo izquierdo (Folio 34) Al día siguiente, a las 8:45 horas, el doctor A.E.C.M. inició alimentación y a las 16 horas registró: **“Egreso hospitalario por Cirugía general.”** (Subrayado no lo es en el texto)

La patología informada el 24 de febrero de 2015 por la doctora M.C.H. Describió: *“...se recibe masa que pesa 180 gramos, mide 9x5.5 x5 cms, se observa en la superficie zona de disrupción de 2.2 x 1.5 cms, al corte se aprecia masa bien circunscrita que mide 5.2 x 3.5 cms, con superficie de corte homogénea, carnosa de color pardo amarillenta, que alterna con una zona esponjosa; adicionalmente vemos áreas blanquecinas, necrosis y hemorragia focal; adyacente a esto vemos zona esponjosa que mide 3.8 cm x 2.2. cms SPF x Rs (sic)”* En la descripción microscópica se describió: *“Los cortes muestra la imagen de tumor maligno de origen germinal, constituido por sábanas de células de citoplasmas acrofilicos con núcleos centrales, ovoides con núcleo prominente divididas por fi-*

nos septos fibrosos acompañados de infiltrado linfoide maduro escaso; localmente se reconoce necrosis en algunas áreas que recuerda al tipo granulomatoso; el carácter infiltrante de la lesión se visualiza en algunas zonas donde hay atrapamiento de túbulos e inclusive neoplasia intratubular de células germinales; otras secciones presentan un patrón de crecimiento trabecular y tubular. No hay evidencia de otros componentes germinales. El margen quirúrgico de sección del anexo testicular está libre de malignidad. No se reconoce testículo no tumoral.” Como diagnóstico se registró: “Seminoma clásico de 9x5.5 x5 cms; Neoplasia intratubular germinal; margen de sección de anexo testicular libre de malignidad.” (folio 64).

El 27 de febrero el paciente consultó a la Clínica IPS SAN IGNACIO LTDA por presentar dolor lumbar de intensidad 9/10, descrito como tipo cólico; acompañado de fiebre no cuantificada, polaquiuria, disuria, coluria. Se realizaron ayudas diagnósticas, incluyendo ecografía abdominal y se dio de alta al día siguiente con diagnóstico de cólico renal, se prescribió analgésico.

El 5 de marzo de 2015 consultó nuevamente a la clínica por cuadro clínico de tres días caracterizado por dolor en miembros inferiores de intensidad 9/10 acompañado de pérdida de fuerza muscular en miembro inferior izquierdo que limitaba la bipedestación. Se confeccionó el diagnóstico de lumbago con ciática y neuropatía aguda no especificada. La radiografía de columna fue informada dentro de lo normal. Por el fracaso en la respuesta a la administración de analgésicos y corticoides se remitió al Hospital Universitario CARI E.S.E. el día 6 de marzo de 2015 para realización de resonancia nuclear magnética y continuar tratamiento.

En el Hospital Universitario CARI E.S.E. iniciaron tratamiento analgésico y antiinflamatorio. El 24 de marzo fue llevado a cirugía para descompresión de la cola de caballo encontrando fractura a nivel L2 y L4 con hernia discal y se resecó tumor epidural.

El 25 de marzo los oncólogos consideraron se trataba de un cuadro clínico de metástasis a columna con fractura patológica de vértebras. Para este momento el paciente se encontraba en malas condiciones generales.

El 27 de abril la tomografía axial computada de abdomen, pelvis y cráneo mostró presencia de ascitis y múltiples lesiones líticas que comprometían

todos los cuerpos lumbares y sacros con fracturas patológicas a nivel de L2 y L4. Igualmente, se observó compromiso del hueso sacro, ambos ilíacos y los segmentos proximales de ambos fémures. En cráneo se describieron múltiples lesiones líticas de aspecto metastásico en la calota craneana. (Folios 256 a 258 del cuaderno 2) En la TAC de tórax se observó neumonía basal bilateral con derrame pleural bilateral de predominio derecho; en la ventana ósea se observaron múltiples lesiones líticas que comprometían ambas cabezas humerales, escápula, cuerpos vertebrales dorsales y el esternón, también se observó la presencia de fractura – acúñamiento central del cuerpo vertebral T9 (Folio 260)

El 31 de marzo se inició quimioterapia de alto grado (Folio 61, Cuaderno 2) El inicio de la quimioterapia se retrasó por la condición de manejo de dolor en el paciente, la necesidad de descomprimir la lesión en la cola de caballo, el manejo de infecciones respiratoria y urinaria, el compromiso renal AKIN II y el manejo de hipertensión y anemia que requirió de transfusiones. Igualmente, hubo necesidad de intervenir con psicología ante el comportamiento que exhibió el paciente asociado a su diagnóstico y condición.

Inicialmente la evolución del paciente no fue favorable requiriendo traslado a la unidad de cuidados intensivos entre el 10 y 20 de abril de 2015. Sin embargo, la evolución clínica mejoró. Por la evolución clínica favorable fue dado de alta en hemato oncología el 22 de abril de 2015 con control para nueva quimioterapia una semana después. El paciente falleció con posterioridad. Según el quejoso estuvo cinco meses en hospitalización antes del deceso.

CONSIDERANDOS Y RESULTANDOS

En la apelación ante este Tribunal Nacional de Ética Médica, la defensa consideró que el Tribunal *A quo* careció de fundamentos probatorios e incurrió en graves yerros de apreciación e interpretación.

Según la defensa, el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico consideró que el paciente no fue evaluado por su prohijado basados en la inexistencia de un registro de la ocurrencia de dicha valoración, diferenciando: “...*La obligación de valorar al paciente y la obligación de dejar registros de ello en la historia clínica.*”

Igualmente, argumentó la defensa que, desde la valoración prequirúrgica realizada por el galeno endilgado se varió el diagnóstico de hernia inguino-escrotal que habían confeccionado los médicos generales que valoraron previamente al menor paciente; de allí que, en el consentimiento informado se solicitara la realización de una orquidectomía izquierda. Sin embargo, en el expediente obran varias anotaciones que llevaron a pensar a quienes realizaron varias acciones y gestiones, tanto clínicas, de enfermería, como administrativas, a prepararse para un herniorrafia. Veamos porqué.

A las 14:42 la doctora M.M.S., médica general, anotó: *“Paciente valorado por cirugía general, quien considera por clínica del paciente y datos de estrangulamiento de hernia inguinoescrotal izquierda. Previo consentimiento de padres firmados y anexado a historia clínica, preparar para cirugía por clínica de inminente complicación y riesgo de irritación peritoneal, por lo que se traslada sin ecografía de tejidos blandos con respaldo de hallazgos clínicos evidentes y paraclínicos normales...”* (folio 21) La situación de un estrangulamiento de hernia, clínicamente evidente, acompañada de intenso dolor en el paciente, ameritaba la urgencia y obviar una ecografía testicular con el fin de tratar de evitar, como se anotó, un compromiso peritoneal. De aquí se infiere que el paciente si fue valorado por el doctor S.

Adicionalmente, a folio 52 del expediente, la enfermera Ivone Ramos Verdugo registró a las 14:45 horas: *“Paciente recibe valoración por Cx (sic) quien ordenar hospitalizar para preparar para realizar herniorrafia.”* Nombre del procedimiento quirúrgico que repite en su registro de las 14:50 al trasladarlo a cirugía. Igualmente, el anesthesiólogo, doctor M.T., registró en la hoja de anestesia en el acápite de cirugía: *“Herniorrafia”* y como sitio de colocación de la anestesia L2-L3(Folio 43) Del mismo modo, a folio 25 correspondiente al *“Anexo Técnico N° 3 Solicitud de Autorización de Servicios de Salud”*, elaborado a las 14:49 del 12 de febrero de 2015, en la justificación clínica se anotó: *“Servicio solicitado: 7102B: Herniorrafia inguinal.”* Luego, el Tribunal A quo tenía suficientes elementos de juicio para pensar que se trataba de una hernia estrangulada, y así lo entendieron los médicos generales, el anesthesiólogo, las enfermeras y el personal administrativo. Sin embargo, en la justificación clínica al momento de solicitar la autorización del servicio, se registró: *“Paciente masculino de 17 años de edad quien ingresa al*

servicio de urgencias con un cuadro clínico de 8 horas de evolución caracterizado por un tumor en región inguinoescrotal izquierda de gran tamaño acompañado de dolor de gran intensidad, se le ordenan paraclínicos y es valorado por cirujano en turno quien ordena hospitalizar para realizar herniorrafia inguinal para mejora del cuadro clínico.”(-Subrayado fuera de texto)

Es importante resaltar lo manifestado en Versión Libre rendida el 8 de noviembre de 2016 por el galeno endilgado: “... Yo contesté que subieran al paciente al segundo piso, donde queda observación y cirugía, para mirar al paciente. Cuando subieron el paciente, yo lo examiné, le comenté que no era una hernia inguinal sino una tumoración en el testículo izquierdo, y que necesitaba hablar con algún familiar, me contestó que el padre estaba por ahí por la Clínica, el cual lo mandamos a llamar. Cuando llegó el papá del joven, le comenté que el joven tenía era un tumor de testículo izquierdo, que no era una hernia y que ese dolor era debido precisamente a ese tumor, que a simple vista era un seminoma y que esa evolución en 15 días que decía el muchacho, no debería ser sino mucho más. Le expliqué al papá que había que operarlo y mandar la pieza urgente a patología, el papá me dijo que si eso era lo que había que hacer, entonces procediera. Se le hizo la cirugía al joven y se mandó o se le entregó a él la patología que era el testículo izquierdo. De ahí no supe más, sino por comentarios que preguntaba en la Clínica del joven hasta ahora que me llaman acá.”

Igualmente, en el consentimiento informado, el señor G.R.G. autorizó a los doctores A.S. y M.T. cirujano y anestesiólogo respectivamente, para la realización de Orquidectomía Izquierda, documento que únicamente aparece firmado por la Señora E.E. (Folios 53 y 53 Vto.).

El médico A.L.S.M. intervino al paciente con anestesia epidural, encontrando una masa dura que describió del tamaño de una mandarina con apariencia de seminoma, procediendo a realizar orquidectomía. En dicha nota no se registró la hora de la cirugía. (Folio 42) Según las notas de enfermería de quirófano la cirugía inició a las 15:30 horas y terminó a las 16:10 horas. Describen la masa como de gran tamaño. (Folio 50)

Las órdenes médicas y la solicitud de enviar la muestra del testículo izquierdo a patología fueron firmadas por el galeno encartado, pero no

tienen registro de la hora de elaboración como se aprecia a folio 41 del expediente. Las órdenes médicas y de traslado a piso aparecen firmadas por la doctora L.E.G.M. a las 17:45 horas.

Considera este Tribunal que, a pesar que las anotaciones generaron dudas o confusión a quienes elaboraron los registros y a los magistrados del Tribunal A quo, el doctor S. realizó la valoración preoperatoria del paciente según lo anotado por los mismos galenos y el registro anotado en la justificación de la cirugía al momento de solicitar la autorización de la misma, así no conste registro escrito de la evaluación, que, según el galeno realizó en hoja de evolución de puño y letra, y que según éste, fue extraviada por las personas encargadas de la custodia de la historia clínica de la IPS CLÍNICA SAN IGNACIO LTDA, de la ciudad de Barranquilla.

Luego, se concluye que el doctor S. evaluó realmente al adolescente G.J.R.E. (q.e.p.d.) y procedió a intervenirlo con la impresión diagnóstica de seminoma en el testículo izquierdo de un adolescente sin que se encontrara en el expediente constancia escrita de su actuación.

Con relación al registro de la valoración que el doctor S. realizó en una hoja de evolución a puño y letra, y que según éste fue extraviada en la IPS CLÍNICA SAN IGNACIO LTDA, responsable de su custodia, llamó la atención de este Tribunal Nacional que la doctora M.M.S. anotara a las 14:42 que el paciente fue valorado por el cirujano, quien consideró que éste tenía un estrangulamiento de hernia inguinoescrotal izquierda con riesgo de irritación peritoneal, que se debía preparar para cirugía previa firma del consentimiento informado por los padres y anexado a la historia clínica y que se procediera a trasladar el paciente a salas, solicitud que se cumplió a las 14:50, es decir ocho (8) minutos después de la nota de la doctora M., como consta en los registros de enfermería. (Folio 52) Igualmente, que, después de la valoración, fuera la médica general quien solicitara las ayudas diagnósticas preoperatorias y quien registrara su resultado; igualmente, quien solicitara la valoración preanestésica y trasladara el paciente a cirugía sin la realización de la ecografía de tejidos blandos solicitada previamente. Se pregunta ésta Corporación, ¿Si existía un registro del galeno endilgado, porqué todos los demás miembros del equipo siguieron la directriz de la médica general y no la del cirujano que ordenó la preparación para cirugía y tenía en mente otro diagnóstico

diferente si ambas notas reposaban en la historia clínica? ¿En qué documento se basaron el anesthesiologo, las enfermeras y el personal administrativo para hacer referencia a una hernia y no a un tumor, probable seminoma? ¿Por qué no se orientaron con el escrito del galeno endilgado sino por el de la doctora M. ? ¿Por qué no constan en el consentimiento informado las firmas del cirujano y el anesthesiologo? Los cuatro escritos del doctor S. que reposan en el expediente se caracterizan por estar mal diligenciados, el consentimiento informado sin firma, la descripción quirúrgica y la órdenes médicas sin hora y la hoja de seguridad del paciente sin identificación. ¿Corresponde lo actuado por el equipo médico y administrativo a lo registrado por la médica general o a lo registrado por el doctor S. en su escrito en hoja de evolución?

Del mismo modo, llamó la atención de este Tribunal, que excepto la valoración realizada por el doctor S., todos los demás contenidos de la historia clínica guardan una coherencia y secuencia, sean estos de carácter médico, de enfermería, de laboratorio, de salas de cirugía (Descripción quirúrgica, hoja de anesthesiología, órdenes postoperatorias, consentimiento informado, registros de enfermería) controles, autorización de cirugía, informe de patología y citas posteriores; y sólo falta la valoración realizada por el médico endilgado.

Este documento, es probable que no se haya elaborado, pero que también se haya perdido, habida cuenta que fue el menor paciente el que tuvo que ser desplazado a salas de cirugía y no el cirujano quien fuera a valorar al paciente al servicio en que se encontraba, lo que explica que se pudiera haber refundido en Salas de cirugía y no conste copia de éste en la historia, a pesar que los demás documentos allí elaborados no se refundieron. Sin embargo, le asiste razón a la defensa que la historia clínica debió haberse foliado conforme lo ordena la Ley 1995 de 1999, y debía estar en custodia de la IPS CLÍNICA SAN IGNACIO LTDA y no de la EPS MUTUAL SER, y que el Tribunal *A quo* faltó al haber realizado la inspección en la IPS y no haber procedido a realizarlo en la EPS cuando fue informado de la localización del original de la historia clínica en la EPS MUTUAL SER, lo que generó una duda razonable que, a pesar de dejar esta duda y un tufillo, obliga a proceder Pro disciplinado. Queda en la conciencia del médico que la elaboró y el documento elaborado, la conciencia y verdad sobre este hecho.

Igualmente, la defensa manifestó que, no fue el doctor S. quien dio el alta del menor paciente G.J.R.E. (q.e.p.d.) el día siguiente sino el doctor A.E.C.M., médico general, quien inició alimentación y le dio el alta. Argumentó la defensa que el manejo, por tratarse de un paciente institucional era en equipo; como prueba de ello se registró lo manifestado por el galeno endilgado: *“Su atención llegó sólo hasta el momento de la cirugía”* y *“...que no tiene registro alguno de haber atendido al paciente el día de su alta médica, ni de haberla ordenado.”* Siguiendo la sugerencia de la defensa de acudir a la declaración del quejoso, revisando el expediente éste, tanto en su queja original como en la ampliación de queja que realizara, la cual se hizo bajo la gravedad del juramento, es reiterativo en su relato al referirse a un solo cirujano, que fue quien operó a su hijo.

Con posterioridad se pudo establecer que el médico que operó al adolescente G.R.E. (q.e.p.d.) no fue el doctor D.V.S., médico ginecobstetra, contra quien el padre del paciente interpuso la denuncia sino el doctor A.L.S.M., médico con especialización en cirugía general y quien aseveró que fue él quien lo operó. La experiencia muestra y la ciencia demuestra que la memoria fija momentos de gran impacto sobre la salud mental de las personas, permitiendo su fácil recordación, es así como uno se acuerda en detalle del día del matrimonio, el grado, el nacimiento de un hijo, los logros, fracasos, accidentes de estos, eventos relevantes como una cirugía de esta naturaleza y de la muerte de los seres queridos, máxime si de un hijo se trata, pero a su vez confunde cifras, nombres y aspectos de tiempo; de allí la importancia de la memoria histórica en eventos violentos, para evitar su olvido y prevenir que se repitan. (Abuso sexual infantil. Cuestiones Relevantes para su tratamiento en la Justicia. Capítulo 11. La memoria de los sucesos traumáticos. Consideraciones evolutivas. UNICEF, CEJU, Fiscalía General de la Nación, Uruguay, 2015. Págs. 232 a 245) A lo largo del proceso, el galeno endilgado, según su decir, interactuó con el padre del paciente en el momento que lo mandó subir al segundo piso a salas de cirugía, le informó que se trataba de un tumor en el testículo; igualmente, cuando, según el paciente, salió con las manos ensangrentadas y le mostró unas imágenes en su teléfono móvil con los hallazgos y cuando le entregó la muestra para que la llevara a patología, como lo sostuvo el mismo doctor S. a lo largo del proceso. El quejoso manifestó en su declaración haberse sorprendido y haberle reclamado al médico por su conducta, lo cual no es fácil de olvidar para

un padre a quien le entregan el testículo de un hijo y le informan que se trata de un cáncer, eventos, que como se verá no son de la cotidianidad y contienen una gran carga emocional. Si el doctor S. actuó conforme la *Lex artis Ad Hoc*, también debió interactuar al momento de explicarle los riesgos y beneficios de la cirugía a su paciente y acudientes antes de que los padres consintieran aparecer en el Consentimiento Informado, y se esperaría que lo hubiera hecho nuevamente en el momento de explicarle al menor de edad y a los padres el significado y las implicaciones de los hallazgos intraoperatorios y la conducta realizada. Luego, hay suficientes elementos para inferir que quien lo operó fue el mismo que lo valoró en la mañana y quien dio el visto bueno al médico general, A.E.C.M. para que a las 8:41 horas del 13 de febrero de 2015 registrara una evolución en que describe el estado clínico del niño anotando que fue valorado por el cirujano quien ordenó iniciar la vía oral, continuar los antibióticos y realizar vigilancia postquirúrgica; el doctor C.M. registró: *“Paciente y familiar informados. Afirman comprender y aceptar la conducta.”* A las 16 horas, según registro realizado por el mismo galeno el paciente fue valorado por cirujano quien: *“refiere criterios de egreso.”* En el expediente obra que el paciente estaba bajo la cabeza de cirugía. (Folio 36 y 52) Sin embargo, en todo el expediente las únicas notas que aparecen realizadas por un cirujano, son la descripción de la cirugía y las órdenes médicas realizadas por el doctor S., ambas sin indicar la hora de realización (Folios 41 y 42), y la firma en la lista de verificación de la seguridad de cirugía, sin que en ella obre fecha, nombre y procedimiento de la persona intervenida (Folio 44) Con lo anterior le queda claro a este Tribunal que los padres del menor paciente se reunieron en más de una ocasión con el doctor S., como éste lo ha reconocido a lo largo del proceso, por lo cual es creíble y razonable su afirmación obrante a folio 112, correspondiente a la ampliación de la denuncia presentada por el Señor G.R.G., padre del menor paciente fallecido, quien manifestó: *“... Llego y el doctor D.V., tiene las manos llenas de sangre y me mostre(sic) en el celular lo que le grabó, una bola que le sacó, me dice que no pudo expandirse para arriba porque tenía otro color, yo me sorprendí, y le dije que porqué no le hicieron unos exámenes, valoración y lo único que me dijo, esto no cogió arriba, y le pregunté quien lo operó, donde estaban los exámenes? Y lo que me dijo era que tenía que operarlo u operarlo, y le dije que si yo lo traigo por un dolor y ese no era el tratamiento que tenía que hacer, me lo mandó a casa el mismo día que lo operó, no me lo mandó a un oncólogo, ni una cita médica sin calmantes.”* (Subrayado

fuera de texto). Es comprensible, como lo sostiene la ciencia, que ante una vivencia de un estrés intenso como el generado por una situación como esta, que el manejo del concepto de tiempo se deforme, lo cual no resta validez al testimonio del padre del paciente. La defensa, ni el doctor S. desvirtuaron lo dicho por el padre del joven fallecido en ningún momento del proceso.

Con relación al reproche que le hizo el Tribunal A quo al galeno endilgado sobre la indicación del alta médica y la inexistente valoración de la prueba testimonial calificada aportada por la defensa, debe primero este Tribunal aclarar al doctor S. y a su defensa que, si bien la Corte Suprema de Justicia dice, como lo sostiene la defensa:

“Se actualiza en condiciones semejantes el tema referido a la ciencia privada del juez, esto es, al conocimiento directo que el servidor judicial puede haber tenido de hechos sometidos a su saber y definición, y en particular a la significación que a dicha percepción podría otorgársele.

*La respuesta resulta siempre contundente, partiendo del supuesto según el cual no es admisible que el juez ostente una doble condición de juzgador y testigo, por lo que cuando se habla de observación inmediata o directa por parte del juez, se entiende que se está hablando de percepción judicial o procesal, **debiendo quedar al margen del proceso cualquier otro conocimiento en tanto no se introduzca a este a través de los diversos medios reglados: por ley.**”*; también lo es que la naturaleza de los tribunales de Ética Médica y su creación obedecen a las particularidades de la medicina y su ejercicio acogándose a un comportamiento ético y a un *Lex artis Ad Hoc* que debe valorarse desde la medicina, por su naturaleza, por quienes la ejercen, por lo cual, el juez médico no puede sustraerse a los principios ni a los conocimientos científicos que rigen la medicina, de lo contrario no tendría razón de ser la existencia de los tribunales de ética médica.

Falló el Tribunal *a quo*, y en eso está de acuerdo el Tribunal Nacional de Ética Médica con la defensa del doctor S., en que no se aportó la evidencia científica sobre el manejo técnico del caso, lo cual no es impedimento para considerar el comportamiento del galeno endilgado con el menor paciente G.J.R.E. (q.e.p.d.), con su familia y sus colegas como merecedor del reproche de esta superioridad. Veamos por qué.

En primer lugar, no se trataba de un caso cualquiera ni de ocurrencia frecuente, como lo hacen ver los testimonios de los galenos convocados por la defensa. Se trataba de un joven de 17 años con una masa en un testículo, que según el mismo concepto del doctor S. debía tener una larga evolución, que como es sabido por la experiencia, genera gran pudor, y por ende retarda la consulta cuando de un adolescente se trata, con las consecuencias en términos de metástasis y sobrevida que ello conlleva; de hecho el galeno endilgado advirtió al padre del adolescente que el cuadro clínico debía llevar más tiempo de evolución. En el artículo científico *“Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: Results of a qualitative study.”* Los autores P. Gascoigne, M.D. Mason y E. Roberts realizaron un estudio en que, con relación al cáncer testicular, el descubrimiento de los síntomas en los testículos produce respuestas emocionales que incluyen vergüenza y miedo al cáncer y a la castración, lo que llevó a que la búsqueda de ayuda médica, por parte de los pacientes, se retrasara seis meses. (Psycho-Oncology, Volume 8; issue 2, Marzo-abril de 1999, pág. 144-154 -First published: 16 April 1999 - [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199903/04\)8:2<144::AID-PON349>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199903/04)8:2<144::AID-PON349>3.0.CO;2-P)) En el caso in comento, como así lo sugirió el galeno encartado y lo que muestra la historia clínica, el motivo de consulta fue el dolor testicular, que según la literatura médica, se pudo deber a que: *“...En un 10% de los casos el síntoma de presentación es un dolor escrotal de aparición aguda, resultado de un infarto o hemorragia intratumoral, o bien de una torsión testicular.”* (Martín C, Rodríguez G, Rengifo D. Escroto Agudo. Urgencias en Urología: Manual para residentes. Jarpyo editores. Madrid 1995. p: 205-230.) ¿Cuál sería la causa para que un joven con una masa testicular del tamaño de una *“mandarina”* como la describió el galeno encartado, no hubiera consultado antes?; lo más probable, según la literatura médica, sería el pudor y el temor a la castración. Enfrentarse a un cáncer testicular en un adolescente, etapa de la vida en que la sexualidad y la virilidad adquieren gran importancia, conlleva una doble connotación, la del cáncer y la de la posibilidad de castración, situaciones que confluyeron en este caso y que como concluye una revisión de la literatura sobre la depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer testicular en que se analizaron pacientes dentro del rango de edad del menor fallecido, encontraron que el grupo más vulnerable fue el de los pacientes jóvenes y el momento más crítico, el del tratamiento sobre el de seguimiento, por lo que concluyeron que es indispensable implantar intervenciones psicológicas dirigidas a desarrollar estrategias de afrontamiento tempranas. (Leonor

Valadez-Téllez, Oscar Galindo-Vázquez, Miguel Ángel Álvarez-Avitia, Catalina González-Forteza, Rebeca Robles-García, Salvador Alvarado-Aguilar. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*; Vol. 10 Núm.3 Mayo 2011, págs. 121-175) No es necesario ser científico, psicólogo ni psiquiatra sino tener sentido común y un poco de humanismo para comprender que, un padecimiento humano de esta naturaleza, acompañado de intenso dolor en el paciente; temor y ansiedad en su familia, demanda del médico un comportamiento compasivo y ético que el médico reconoció no haberle brindado al aseverar que su relación con el paciente finalizó en el momento en que terminó la cirugía y con el padre en el momento en que le entregó el fruto de su trabajo, es decir un testículo, como si de mamoncillos se tratara. ¿Habría pasado por la cabeza del médico endilgado qué implica para un padre tener el testículo de su hijo en una bolsa, y para el joven ver su testículo en ésta? ¿No merece esto un poco de consideración, misericordia y acompañamiento a quien sufre? No sin razón, los fundadores de la profesión en el Juramento Hipocrático exigieron: “*Velar solícitamente y ante todo, por la salud de mi paciente*”; lo que incluye, por supuesto, a la salud mental. Igualmente, el legislador fue sabio en la declaración de principios que rigen la profesión en Colombia, considerar el respeto por la vida y los fueros de la persona humana como constituyentes de su esencia espiritual, confiriéndole a la Medicina implicaciones humanísticas que le son inherentes (Artículo 1.1. Ley 23 de 1981), y considerar al hombre una unidad psíquica y somática, para ello advirtieron la necesidad de: “*...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 correspondientes.*” (Artículo 1.2. Ley 23 de 1981)

El galeno endilgado como parte de su proceso de atención tenía la obligación como responsable en ese momento del paciente y coordinador del equipo quirúrgico explicarle a su paciente los hallazgos de cirugía, activar los mecanismos de inicio de los estudios de extensión, y sobre todo, velar por la integridad mental del paciente y su familia, que como bien se sabe son el soporte fundamental de una paciente con cáncer, al no hacerlo no sólo la faltó dedicación e interés en su paciente sino que lo expuso a riesgos innecesarios.

El médico S., se limitó a mantener una relación médico-órgano-evento en su mínima expresión, y durante su defensa mantuvo esta postura escudada en la medicina institucional, despersonalizada y eficiente como se verá a continuación.

Un primer indicador del tipo de relación médico paciente que se dio se evidencia en que el padre del paciente con quien el médico afirma haberse entrevistado, no llegó a conocer ni siquiera su nombre, lo que lo llevó a acusar injustamente al doctor D.V.S., con las implicaciones que ello tuvo para el galeno.

Un segundo indicador de mala calidad de la atención, fue lo impersonal de la relación con sus colegas y el equipo médico con el que pretende justificar su actuación, en que ninguno de sus miembros parecer conocer su nombre, o por lo menos mencionarlo, prefiriendo referirse a él como el cirujano de turno durante toda la estancia del paciente en la Institución, lo cual lleva a inferir que no había un equipo, pues este concepto implica, como mínimo, el conocimiento del nombre de los que lo conforman. Se pregunta este Tribunal, ¿Por qué nadie se tomó la molestia de escribir el nombre del médico A.S.?, ¿Nadie lo conocía?, lo cierto es que los demás médicos, enfermeras y personal administrativo si dejaron constancia de sus actuaciones con su nombre propio.

Como indicador de falta de humanismo se configuró cuando el médico afirmó haber solicitado que le llevaran el niño con dolor en niveles 9/10 de intensidad a salas de cirugía para que él lo valorara; ¿no era lógico, ni una manifestación mínima de respeto y consideración con el niño, que el doctor S., se tomara la molestia de acudir al llamado del colega quien lo solicitaba, precisamente para que calmara el dolor de su paciente?

Tampoco encontró este Tribunal evidencia en la historia clínica, que el médico cirujano haya solicitado consentimiento al adolescente para que le permitiera realizarle una orquidectomía, cirugía, que según manifestó y obra en el consentimiento informado firmado por los padres y que carece de la firma del cirujano y anesthesiólogo, se trataba de un tumor (semionoma). Argumentará el galeno que esta información reposa en el escrito que se perdió. Lo que es cierto, es que posterior a la cirugía, según lo manifestado por el cirujano, en que aseguró no haber vuelto a tener contacto con el paciente, y la ausencia de registro en la historia clínica, al paciente

no le informó el resultado de la cirugía, el significado de los hallazgos, efectos sobre su salud física y mental, ni el plan a seguir o las implicaciones de los hallazgos sobre su futuro y sobrevivencia. Simplemente, según su decir, se limitó a extirpar un testículo dañado y entregarlo para que le realizaran los estudios de patología, lo que confirma que su relación fue con un órgano, en un evento y no con una persona.

Todos estos elementos indican que el doctor S., no le dedicó a su paciente el tiempo que necesitaba, por lo cual se confirmará el cargo de transgresión del Artículo 10 de la Ley 23 de 1981: *“El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.”*

Del mismo modo, al proceder a operar al menor paciente con la impresión diagnóstica preoperatoria de seminoma, no se explica este Tribunal por qué el cirujano prescindió de la ecografía solicitada por sus colegas, que, como lo demuestra la literatura médica, tiene, en el caso del seminoma, una sensibilidad cercana al 100% (13. Horstman WG. Estudio por imagen del escroto. En: Clínicas de Urología de Norteamérica. McGraw-Hill Interamericana Editores. México D.F. 1997. p:747-768 y, Guía Clínica sobre el Cáncer de Testículo. European Association of Urology 2010, Pág. 390), con lo que podría haber ayudado a orientar mejor el abordaje operatorio y el tratamiento médico posterior, complementándolo con las ayudas diagnósticas pertinentes. (Marcadores e imágenes radiológicas) Si bien la condición de escroto agudo permitía obviar la ecografía, también lo es que el Lex artis obligaba al doctor S. a solicitar, por lo menos una radiografía de tórax si no era posible realizar los marcadores tumorales, con el fin de descartar la presencia de metástasis o garantizarle el acceso a una institución que sí lo pudiera hacer. Su deber era garantizar la integridad física, mental y social del paciente y procurar que llegara a buen puerto para su estudio y tratamiento, de lo cual no hay registro en la historia clínica. En las prescripciones que dio luego de la cirugía, momento en que afirma haberse relacionado por última vez con el paciente, documento que carece de hora y obra a folio 41 del expediente, anotó: 1. Hartman 1500 c.c. (No indica velocidad de administración); 2. Gentamicina 160 mg c/24 horas; 3. Cefalotina 1 gr c/8 horas; 4. Dipirona 2gr c/8 horas; 5. C.S.V. (sic); 6. N.V.O. (sic); 7. Avisar cambios. Fdo. A.S. A renglón seguido registró: 8. Se solicita enviar a patología pieza

testicular izq. (sic) y firma nuevamente. Como se observa, en calidad de coordinador del equipo médico y tratante del paciente, en ese momento no indicó los estudios complementarios y de extensión que, para este tipo de padecimientos, recomienda el *Lex artis* y la prudencia. Tampoco veló por la salud mental de un joven que consultó en forma tardía como le informara a la familia.

Con la experiencia quirúrgica del doctor S., dada por los años de ejercicio profesional como cirujano general e indicando haber sido ayudante en cirugías de urología oncológica, debió haber solicitado los exámenes de extensión y no sólo a limitarse a esperar el resultado de una patología, que como bien argumentó, demoraría varios días en salir, teniendo certeza del diagnóstico, como lo manifestó y registró en la descripción quirúrgica, al momento de operar al paciente. La prudencia y los colegas habían recomendado la ecografía, la cual como se demostró previamente tenía un 100% de sensibilidad para seminoma. El dolor asociado al tumor y que descartó se tratara de una hernia encarcelada le debió hacer pensar en que el proceso tumoral era más avanzado, o de mayor duración a la manifestada al ingreso al Hospital, como de hecho se lo comunicó al padre del menor paciente. La prudencia indicaba la necesidad de realizar estudios adicionales y procurar una adherencia del paciente al tratamiento, para lo cual era fundamental la participación de psicología o diferir el alta hasta verificar la comprensión de la magnitud e implicaciones para la salud y vida de un adolescente con seminoma. La mejor manera de garantizarlo era complementando los exámenes. Igualmente, el *Lex artis* obliga no sólo a hacer el diagnóstico sino a establecer una conducta y proyectar un pronóstico, todos estos derechos del paciente, su familia y mandatos de la ciencia médica, que el doctor S., no preservó.

En caso de haber solicitado la ecografía solicitada por los colegas y de la cual prescindió al momento de operar, hubiera permitido al anestesiólogo modificar el tipo de anestesia a administrar. De todas maneras, la conducta que dicta la prudencia era la de mantener al paciente hospitalizado o remitirlo inmediatamente a una institución de mayor complejidad para iniciar la estatificación lo antes posible, y sobretodo, para ayudarlo a asimilar la doble condición de castrado con padecimiento de cáncer.

La sintomatología que presentó el menor paciente el 27 de febrero de 2015, es decir 14 días después del alta, guarda relación con el tipo de

anestesia utilizada, la cual consistió en la administración de lidocaína epidural a nivel de L2-L3 y de la cual no se puede endilgar culpa al anesthesiólogo, quien registró en la hoja de anestesia, como intervención quirúrgica: “*Hernia inguinal izquierda.*” (Folio 43) El haber tenido una buena comunicación con el equipo quirúrgico que coordinaba en ese momento el doctor S., habría permitido al cirujano advertir al anesthesiólogo sobre el tipo de cirugía a realizar y por ende, al anesthesiólogo decidir con claridad el tipo de anestesia a suministrar. Lo cierto es que entre el 27 de febrero y el 5 de marzo el paciente consultó en varias oportunidades a la IPS CLÍNICA SAN IGNACIO LTDA por dolores lumbares y deterioro en la marcha que obligó a los galenos tratantes a remitir al menor paciente al HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E. de la ciudad de Barranquilla, donde se identificaron las metástasis y el compromiso lumbar y sacro con fracturas de L2 y L4, así como la presencia de una masa epidural y una compresión de la cola de caballo que fue necesario liberar el 24 de marzo de 2015 por neurocirujano. Las lesiones L2 y L4 se corresponden con el nivel en que le fue aplicada la anestesia epidural. Igualmente, luego de la anestesia epidural, fue que el paciente manifestó la sintomatología y el neurocirujano detectó una lesión epidural con compromiso compresivo de la cola de caballo. No es difícil establecer la relación entre el tipo de anestesia y la aparición temprana de la sintomatología neurológica, tampoco los riesgos de extensión de la metástasis por la localización de las lesiones. Con esta actuación y a pesar de la conducta tomada por los colegas y lo recomendado por el Lex artis, el doctor S., expuso a riesgos innecesarios a su paciente al confiar sólo en el examen clínico del testículo, y una vez elaborado el diagnóstico, fue negligente al no complementar los estudios ni descartar metástasis en un paciente con una masa dolorosa con posible proceso de isquemia o necrosis que consideró se trataba de un seminoma, esperanzado en el resultado de patología, que si bien ayudaba a confirmar el diagnóstico y tipo de seminoma, no así la presencia ni extensión de las metástasis como se pudo comprobar en el HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E. Es por lo anterior que este Tribunal Nacional de Ética Médica considera que el doctor S., con su actuación transgredió el artículo 15 de la Ley 23 de 1981: “*El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuera posible, y le explicará al paciente o sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.*”

Para complementar el desinterés con el paciente y la patología que éste presentaba, consideró el galeno que, con ser un simple operario y limitarse a un acto operatorio y entregar el testículo extirpado era suficiente la relación con el paciente y la patología, como si para el paciente esto fuera asunto de poca monta y la patología que presentó fuera de ocurrencia usual. Según la Guía Colombiana de Cáncer de Testículo: *“El cáncer testicular es poco frecuente, sin embargo es el tumor maligno sólido más común en hombres entre los 15 y 34 años. El pico de incidencia se presenta en la tercera década de la vida para las neoplasias no seminomatosas y en la cuarta década para los seminomas. Los tumores testiculares corresponden al 1 – 1,5% de las neoplasias masculinas.*

De acuerdo a las estadísticas de Globocan (proyecto de la organización mundial de la Salud) la incidencia de esta patología es de poca frecuencia (la incidencia de tumores testiculares en Colombia es de 2 x 100 mil habitantes y 2,8 realizando estandarización para la edad) con una mortalidad del 0,4% y prevalencia a 5 años del 2,9%”; correspondiendo el grupo de edad del paciente a uno de los más prevalentes. (Sociedad Colombiana de Urología. Guías de Práctica Clínica (gpc). Guía Colombiana de Cáncer de Testículo . Elsevier, Doyma, 2016, pág. 2)

De aquí se infiere, que ni el paciente ni su patología generaron el mínimo interés científico al galeno endilgado como se desprende de su actuación y de la forma en que se enteró de la evolución de su paciente: *“Se le hizo la cirugía al joven y se mandó o se le entregó a él la patología que era el testículo izquierdo. De ahí no supe más, sino por comentarios que preguntaba en la Clínica del joven hasta ahora que me llaman acá.”*

Así las cosas, considera esta Corporación que hay dudas sobre la transgresión del artículo 34 de la Ley 23 de 1981; *“La historia clínica es el registro obligatoria de las condiciones de salud del paciente...”* por parte del doctor S., por lo cual se proferirá sobre este cargo el in dubio pro disciplinado.

Con relación a la vulneración del Artículo 10 de la Ley 23 de 1981, considera esta Corporación que con su actuación el galeno disciplinado se limitó a operar un órgano sin haberle dedicado el tiempo necesario al menor paciente dueño del mismo, y con los argumentos esgrimidos por el galeno y su defensa, demostraron un desprecio por el paciente y la

vida humana que merece una sanción mayor, que el principio *Reformatio in pejus* no permite aplicar.

Igualmente, con su actuación limitada a la extracción de un órgano, el galeno endilgado no procedió a complementar sus acciones conducentes a la aclaración y estatificación del tumor, ni a mantener la integridad del paciente con lo cual lo expuso a riesgos innecesarios.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma, la Sanción de CENSURA ESCRITA Y PÚBLICA al doctor A.J.S.M., médico cirujano general, por la transgresión de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1.981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente decisión no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devuélvase el expediente al Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado- Presidente
GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZ-
MÁN MORA, Magistrado; GERMÁN GAMARRA HERNANDEZ,
Magistrado; ALBERTO VANEGAS SAAVEDRA, Magistrado; EDGAR
SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico y MARTHA LUCÍA BOTERO
CASTRO, Secretaría.

Bogotá, veintinueve (29) de mayo del año dos mil dieciocho (2018)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1414 DEL VEINTINUEVE (29)
DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO (2018)**

REF: Proceso No. 2013-352 del Tribunal de Ética Médica de Nariño

Denunciante: Sr. C.E.P.

Contra: Dr. M.I.Q.I

Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney

Providencia No. 28-2018

VISTOS

Por hechos ocurridos durante el primer semestre de 2013 relacionadas con presuntas fallas en la atención médica dispensada a la menor de edad D.F.G. en el Hospital EDUARDO SANTOS del municipio de La Unión, Nariño, y el comportamiento del doctor M.I.Q.I., relacionado con el cobro de material de osteosíntesis fue presentada queja por la madre de la paciente al asegurador, quien después de realizar averiguaciones, por medio de derecho de petición solicitó al Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño, realizar investigación disciplinaria en contra del galeno endilgado.

Mediante providencia del 26 de enero de 2015, los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño encontraron méritos para formular pliego de cargos al doctor M.I.Q.I. La providencia le fue notificada personalmente al apoderado del médico implicado el 12 de febrero de 2015.

El 2 de marzo de 2015 el médico endilgado a través de su apoderado presentó escrito de descargos.

Mediante providencia del 3 de abril de 2017, los magistrados del Tribunal seccional resolvieron no aceptar los descargos presentados por el apoderado del implicado, doctor M.I.Q.I., considerando que con su actuación transgredió los artículos 2, 10, 12, 15, 16 y 42 de la Ley 23 de 1981. Le impusieron una sanción de suspensión en el ejercicio profesional por el término de cuarenta y cinco (45) días. La providencia le fue notificada al apoderado del implicado el 9 de mayo del mismo año.

El 31 de mayo de 2017 el apoderado del médico endilgado interpuso recursos de Reposición y en subsidio de Apelación contra la providencia de 3 de abril del mismo año. Igualmente, solicitó nulidad del proceso.

Mediante providencia del 16 de abril de 2018, el Tribunal Seccional no decretó la nulidad ni repuso la decisión del 3 de abril de 2017 y concedió el recurso de Apelación interpuesto para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

EL 2 de mayo de 2018 se recibió el expediente en esta Corporación y por sorteo realizado en la Sala del 8 de mayo le correspondió al Magistrado Gabriel Lago Barney.

HECHOS

La menor paciente D.F.F.G. de 8 años para el momento de los hechos, presentó fractura del fémur derecho, asociada a osteogénesis imperfecta, cuando se encontraba en el colegio. Fue llevada para atención de urgencias al HOSPITAL EDUARDO SANTOS del municipio de La Unión, Nariño, donde recibió atención inicial y fue valorada por ortopedista, quien la inmovilizó y programó para cirugía el día siguiente. Según la quejosa y madre de la paciente, señora A.M.G.M., el médico ortopedista le entregó dos clavos al padre de la niña indicándole que los llevara a un taller para que los *“desdoblaran en una prensa para utilizarlos al otro día en la cirugía”* a lo que la madre se negó porque los clavos habían sido solicitados a la Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud Emssanar E.S.S., aseguradora de la niña, donde le informaron que éstos estarían disponibles en horas de la tarde en la Institución. Sin embargo, según la quejosa, el galeno le informó que la aseguradora duraba más días en proveer el material de osteosíntesis y que era una irresponsabilidad de la madre dejar a la niña padeciendo dolor. Al día siguiente, fue aportado

el material de osteosíntesis, que el médico consideró era de un tamaño inadecuado para la paciente por lo que canceló la cirugía y remitió a la paciente a su hogar. En el momento de la salida del Hospital, la niña presentó nueva fractura en húmero izquierdo; en la radiografía que le realizaron se observó material de osteosíntesis que había sido colocado por el mismo galeno con anterioridad y, supuestamente se había retirado en su totalidad, la niña fue remitida a la CLÍNICA HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES, de la ciudad de San Juan de Pasto, institución de tercer nivel de complejidad. La madre igualmente manifestó en su queja, que la niña había sido operada por el doctor Q.I. tres meses antes por fractura del fémur contralateral. En dicha ocasión, el galeno endilgado había vendido el material de osteosíntesis a la paciente, a pesar de la solicitud de la madre que se los prestará mientras llegaba el material solicitado, el galeno no accedió. Según la madre, consultó con el asegurador quien le informó que no tenía por qué cancelar ese dinero, a lo que el doctor Q.I. respondió que de no cancelar el dinero no daría de alta a la niña, la madre accedió a pagar y solicitó la factura de la venta, recibiendo una respuesta del médico que la progenitora de la niña calificó como “*grocera*” aduciendo que él no tenía por qué darle un recibo. El dinero cancelado le fue devuelto a la madre de la paciente en mayo del mismo año cuando la niña fue intervenida de la fractura del brazo, según la madre, como un acto de “*Vivesa y cobardía*” para que no le informara al instrumentador quien se encontraba ese día en la cirugía. La niña fue remitida a la CLÍNICA HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES, donde ingresó el 2 de junio de 2013 por fractura de tercio medio de húmero izquierdo y de tercio medio de fémur derecho donde la intervinieron. El doctor F.J., médico ortopedista y traumatólogo retiró del fémur, material de osteosíntesis y placa, practicó curetaje de espículas óseas sobre el lecho de la placa y procedió a realizar reducción abierta y alineación de la fractura colocando placa y material de osteosíntesis. En el húmero izquierdo se extrajo un tornillo, y se realizó reducción abierta de la fractura hasta lograr un adecuado alineamiento óseo, procediendo a colocar placa y material de osteosíntesis, que, según la madre de la paciente había sido mal colocado por el doctor Q.I., y le impedía un crecimiento adecuado.

La niña tenía antecedentes de haber sufrido fractura de húmero izquierdo durante el parto, de tibia y peroné izquierdo tres años antes que requirió colocación de material de osteosíntesis. El 4 de abril de 2013 había presentado fractura diafisaria desplazada de fémur derecho; el 30 de mayo

presentó nueva fractura, esta vez proximal en el mismo fémur, al día siguiente consultó por fractura cabalgada de tercio proximal de húmero izquierdo.

La conducta del doctor Q.I. obligó a la Jefe de Salud Regional del Putumayo de EMSSANAR ESS a solicitar al director del HOSPITAL EDUARDO SANTOS que el galeno endilgado se abstuviera de atender a los pacientes y en su defecto que éstos fueran remitidos a la red alterna. (Folio 7)

En el informe de auditoría realizado en EMSSANAR la madre se ratificó en su queja y presentó ante el auditor, los clavos que el galeno le entregó al esposo para enderezar; éste consideró que los mismos no cumplían con los criterios de seguridad, calidad ni asepsia. No se obtuvo muestra de la transacción comercial realizada diferente el producto vendido. No se pudo obtener la versión del galeno endilgado. (Folio 12).

CONSIDERANDOS Y RESULTANDOS

En el caso sub examine, la madre de la paciente refirió en su queja tres eventos ocurridos en la atención de su hija D.F.F.G. de 8 años de edad, producto de tres de las atenciones de ortopedia realizadas por el doctor M.I.Q.I. en el HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E. II Nivel en la población de La Unión, Nariño.

La primera de ellas hace referencia a una intervención realizada por el galeno endilgado para el retiro de material de osteosíntesis en húmero y tibia izquierdos, aparentemente retirando la totalidad del material de osteosíntesis del húmero el 7 de septiembre de 2011, según obra en la hoja de “*Intervención quirúrgica*” y los registros operatorios de la misma obrantes a folios 81 a 83 del expediente, en los cuales, según lo registrado, el material se retiró: “*sin complicaciones.*”

La segunda intervención objeto de queja fue la realizada el 4 de marzo de 2013 por el Doctor Q.I. para la realización de osteosíntesis de fémur izquierdo, como obra a folios 31 a 38, donde ya tenía conocimiento de la patología genético hereditaria que padecía la niña, pues el 11 de abril de 2012 la había intervenido por fractura en el fémur contralateral. (Folio 42) En esta intervención utilizó, según la quejosa, y como lo reconoció

el galeno endilgado en versión libre rendida en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño, material de osteosíntesis aportados por él, por los que la paciente canceló un dinero sin que le fuera expedido recibo alguno ni fuera del conocimiento de las autoridades de la Institución ni del asegurador. El acto lo justificó el galeno como una **improvisación** producto de un paro campesino en la región, que según éste no permitió la remisión de la niña, sin que obre evidencia de haber intentado su traslado a un hospital que contara con los recursos o haberle solicitado a la fuerza pública escolta para el traslado de la niña si realmente la postura de los campesinos era de tal intransigencia, teniendo en cuenta la gravedad y urgencia de la intervención. Tampoco hay registro de haber comunicado la situación a las directivas del Hospital ni al asegurador como era su deber y buscar con estos alternativas para la paciente o la autorización para su proceder.

La tercera atención incluida en la queja corresponde a la dispensada por el galeno disciplinado el 30 de mayo de 2013 cuando, durante la valoración de ortopedia, encontró una paciente con: “...*deformidad, edema e impotencia funcional con fractura en tercio proximal con tercio medio en el extremo distal de placa que se a (sic) fijado anteriormente por presentar fractura más proximal.*” Se diagnosticó fractura de fémur, se inmovilizó con férula posterior de yeso, se prescribieron analgésicos, se programó para cirugía y fue dada de alta mientras se realizaba la misma. (Folio 152) En esta ocasión entregó al padre dos clavos para que fueran enderezados en un sitio fuera del HOSPITAL con el fin de utilizarlos en la intervención, los cuales la madre guardó al generarle desconfianza. El material de osteosíntesis solicitado al asegurador llegó para el momento de la cirugía, pero el concepto del galeno endilgado fue que este material tenía un tamaño mayor que el requerido por la paciente. (Folio 150) Ante la nueva fractura de húmero que sufrió la niña, se decidió el traslado de la paciente, el cual se hizo efectivo el 2 de junio de 2013. Es de anotar que la oferta de utilizar los clavos no se dio en el contexto de un nuevo para campesino ni otra situación de orden público.

Considera esta Corporación como punto de partida para el análisis del caso que la niña D.F.F.G. de 7 a 8 años de edad para el lapso que comprenden los hechos objeto de la queja, por su condición de base, osteogénesis imperfecta grado III, debió haberse remitido desde su diagnóstico a una institución de tercer nivel para estudio y manejo integral e interdisciplinario

médico, de ortopedia infantil, genético, familiar y social, entre otros; igualmente, para su tratamiento, rehabilitación, integración social y escolar, así como para el seguimiento durante el crecimiento y desarrollo por la naturaleza y gravedad de su enfermedad, el hecho de no hacerlo, expuso a la paciente a riesgos injustificados. El doctor Q. quien para el momento era quien había realizado la mayoría de las intervenciones a la niña, conocía su gravedad y condición.

En cuanto la provisión de material de osteosíntesis, el auditor del asegurador, en cumplimiento de sus funciones, no encontró claridad sobre los lineamientos y protocolos administrativos para la adquisición del material de osteosíntesis en el HOSPITAL EDUARDO SANTOS, situación que fue aprovechada por el Doctor Q.I. para su beneficio económico a costa del dolor y necesidad de sus pacientes y familias, como se desprende del contenido de la queja interpuesta por la señora G.M., cuyos hechos, uso de material de osteosíntesis inadecuado fueron verificados por el auditor de cuentas médicas de EMSSANAR E.S.S., Á.E.R.A., el cual procedió a solicitar una investigación disciplinaria. La madre de la paciente, el galeno endilgado y el auditor reconocen, como obra en diferentes folios del expediente, la existencia de un material de osteosíntesis que debería repararse para ser utilizado en la paciente sin conocimiento ni autorización de los responsables del Hospital ni del asegurador.

En versión libre rendida ante el Magistrado Instructor del Tribunal *A quo* el galeno endilgado manifestó haber ofrecido material de osteosíntesis en calidad de obsequio a su paciente, y mantener una relación comercial como proveedor de material de osteosíntesis con EMSSANAR, para lo cual anexó una cuenta de cobro del año 2005, obrante a folio 243 del expediente relacionada con dicho material; sin embargo, al ser requerido el asegurador para que informara si se autorizó la comercialización del material con la niña D.F.F.G., la coordinadora de Auditoría en Servicios de Salud del asegurador respondió el 8 de septiembre de 2014: *“EMSSANAR ESS EPS-S NO HA AUTORIZADO en ningún momento al Doctor Q., para la compra o venta de materiales quirúrgicos y/o osteosíntesis.”* (Folio 247). De igual manera respondió el gerente del HOSPITAL EDUARDO SANTOS, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, de La Unión, Nariño, Jesús Aurelio Tonguino Delgado, quien escribió: *“La E.S.E. Eduardo Santos, no ha autorizado al doctor M.O. para vender material médico quirúrgico de traumatología a ningún paciente*

o usuario, en especial a la referenciada por Ustedes, D.F.F.G.. Lo anterior por cuanto como institución pública contamos con un proveedor de este tipo de material quirúrgico con el cual tenemos un CONTRATO DE SUMINISTRO.” (Folio 248) Al actuar de esta manera, el doctor Q.I. transgredió al artículo 42 de la Ley 23 de 1981 al no cumplir a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos... y demás compromisos a que estaba obligado con el HOSPITAL EDUARDO SANTOS. El doctor Q.I., no sólo transgredió el artículo 42 de la Ley 23 de 1981 sino que aprovechó su cargo para realizar con su empresa Distribuciones Protésicas (Como aparece en el RUT), prácticas comerciales desleales con los proveedores del Hospital, actuación que debe ser investigada por la Superintendencia de Industria y Comercio.

Se pregunta este Tribunal, si en el CLÍNICA HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES de la ciudad de Pasto se contaba con los profesionales idóneos y el material de osteosíntesis adecuado, por qué el doctor Q.I., no remitió a la niña, habida cuenta de la falta del material de osteosíntesis en el Hospital, el tipo de contrato que tenía con éste para el momento de los hechos, y ante una paciente con una patología tan delicada, como es la osteogénesis imperfecta? Al dar prioridad a intereses superiores a los de su paciente transgredió el artículo 2 de la Ley 23 de 1981 al no velar solícitamente y ante todo, por la salud de su paciente, lo cual tratándose de una niña con la patología que padecía y por la gravedad que el caso revestía, se constituye en una falta grave, pues faltó nada más ni nada menos que al Juramento Médico, condición sine qua non para ejercer la profesión dignamente y a conciencia en el mundo en general y en el país en particular. Luego esta falta, no es de poca monta, y por el contrario, considera esta Corporación, que el Tribunal A quo fue benevolente con el doctor Q.I.

Tratándose de una niña con osteogénesis imperfecta, la cual debió haber sido remitida o por lo menos estudiada de manera integral por el galeno, quien fue su médico tratante en varias ocasiones cuando consultó por fracturas de diferentes huesos, y no se hizo, de acuerdo con lo obrante en la historia clínica de la niña, se expuso a la paciente a riesgos injustificados que la pueden llevar a afectar su desarrollo óseo y perder su capacidad de marcha con la consecuente violación de su derecho para la movilización de manera autónoma, todo para poder utilizar unos clavos de segunda, que para colmo de males, debían ser enderezados en un taller

no especializado, sin las condiciones de calidad y seguridad adecuados, lo cual es del todo reprochable por este Tribunal, y que en ningún momento fue desvirtuado por el galeno endilgado. Con esta actuación, el doctor Q.I. transgredió los artículos 10, 15 y 16 de la Ley 23 de 1981 al no prescribirla la terapéutica adecuada para su condición, exponerla a riesgos injustificados y someterla a reacciones adversas al ir más allá del riesgo previsto, respectivamente.

Este comportamiento constituye una falta la Juramento Hipocrático, condición sine qua non para ejercer dignamente la profesión con conciencia de la función social que ello implica; velar solícitamente y ante todo por la salud de los pacientes manteniendo así el honor y las nobles tradiciones de la profesión. Debe comprender el doctor Q.I., que el honor es el mejor regalo que un hombre se puede hacer a sí mismo sobreponiéndose a cualquier interés material.

De igual manera, con su comportamiento no dedicó el tiempo necesario a su paciente, pues debió desde que inició los tratamientos de las fracturas de la niña, interesarse por la frecuencia de las mismas y en consecuencia estudiarlas u orientarla hacia una institución donde esto fuera posible, vulnerando así el artículo 10 de la Ley 23 de 1981. Esta remisión se debió más a la imposibilidad de continuar con su negocio que por el bienestar de la paciente. Al mantener esta línea de actuación en una paciente menor de edad de las características y fragilidad de la niña, la expuso a riesgos innecesarios que como se mencionó *up supra*, al aumentarle el riesgo de refractura e infección con un material que no cumplía con los parámetros de calidad necesarios. La enfermedad que padece la niña D.F.F.G., no es cosa de poca monta y está expuesta a que por la conducta desplegada por el galeno endilgado, ésta pierda su autonomía en la marcha y esté sometida, como de hecho lo estuvo, a dolor innecesario, que no puede aceptar este Tribunal lo atribuyera el médico tratante a la familia, cuando era deber suyo el evitarlo y contaba con los medios y alternativas como la remisión. Al actuar como lo hizo, fue más allá de la responsabilidad del médico, al dejar en una primera instancia material de osteosíntesis en la niña, cuando, como se ha dicho de manera reiterada, en estos casos se debe ser particularmente cuidadoso, por ejemplo adhiriéndose a guías o verificando por clínica o con ayuda de imágenes diagnósticas (radiología), que el material de osteosíntesis sí hubiera retirado completamente. La ausencia de registro en la historia

clínica relacionada con la cuantía de material de osteosíntesis utilizado para la fijación inicial de la fractura, no le permitió contrastarlo con el que retiró. Si por algún motivo, relacionado con la condición de la paciente, técnicamente no pudo, o según su criterio era mayor el riesgo de retirar el material de osteosíntesis que dejarlo, debió registrar dicha decisión o conducta en la historia clínica como advertencia ante posibles futuras fracturas e intervenciones por otros colegas, habida cuenta de la enfermedad de la paciente, que para él en ese momento no era desconocida. Tampoco aparece en el consentimiento informado autorizado por el padre de la paciente y firmado el mismo día de la cirugía, que se dejaría parte del material de osteosíntesis; los únicos riesgos registrados fueron: “*infección, celulitis y complicaciones con anestesia.*” (Folio 80) Ni en el reporte operatorio, ni en la nota operatoria obrantes a folios 81 y 82 respectivamente, aparecen los hallazgos intra operatorios, así como tampoco, la explicación para haber dejado parte del material de osteosíntesis; ni mucho menos se especifica qué material se dejó, por lo que no es de recibo la excusa de que se advirtió a los padres y por motivos de riesgo para la paciente no se retiró el material.

La propuesta del doctor Q.I. a los familiares de una niña de alto riesgo dado por el diagnóstico de osteogénesis imperfecta grado III, quien presentó su primera fractura durante el nacimiento, y cuya familia se encontraba en situación de necesidad y dolor, de colocarle un material de osteosíntesis que debía ser acondicionado en un taller ajeno a la institución y en condiciones de asepsia y calidad inadecuadas para ser utilizado posteriormente en la niña aduciendo un paro campesino; y teniendo en cuenta otras opciones como son la inmovilización y analgesia; la remisión en ambulancia bajo la figura de Misión Médica o acudir a los proveedores del HOSPITAL, llevan a inferir que los intereses personales eran superiores al bienestar de su paciente. De haber sido ésta la situación real, porque el galeno endilgado no registró en la historia clínica de la paciente la situación de contexto en que se encontraba, o porque no le informó a las directivas del HOSPITAL y del Asegurador de la situación? No encuentra este Tribunal explicación distinta a que el riesgo personal asumido por el doctor Q. de intervenir a una paciente niña, compleja, con un historial de fracturas, con un material de osteosíntesis inadecuado que debía ser reparado y sin las garantías de calidad, sólo lo explica un interés diferente al de la paciente, una imprudencia crasa o una negligencia suprema. Con este comportamiento, el doctor Q., trasgredió el

artículo 12 de la Ley 23 de 1981 al no emplear los “*medios terapéuticos aceptados por las instituciones científicamente reconocidas*”, como era el Hospital en el que trabajaba y que como era de su conocimiento, tenía un proveedor de material de osteosíntesis como lo confirmara su gerente y contaba con una gerencia a quien le correspondía resolver el tema administrativo de suministro del material de osteosíntesis.

Es un hecho lamentable que haya sido la madre de la niña quien ante el magno riesgo al que el galeno endilgado quería exponer a su hija con unos clavos reparados y sin las condiciones de asepsia y calidad adecuados, fuera la persona que tuvo la prudencia de advertirle al médico, y con posterioridad a su asegurador, el riesgo en que el doctor Q., pretendía exponer a su menor hija, al parecer por un afán de lucro que le impidió a éste advertir el riesgo al que exponía a su paciente siendo la madre la prudente. Lo preocupante es que fuera la madre, y no el médico, quien respetó el artículo 16 de la Ley 23 de 1981. El hecho que haya sido la madre de la niña quien mitigó el riesgo, no exime al médico de la responsabilidad al ir más allá del riesgo previsto.

Comparte esta Corporación las conclusiones del Tribunal A quo relacionadas con la falla en la calidad, en los atributos de seguridad, oportunidad y pertinencia en la atención dispensada en el HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E. II nivel, de La Unión, Nariño donde no se observaron guías ni protocolos de manejo, la niña y sus familiares fueron asaltados en su buena fe exponiéndola a riesgos innecesarios en una patología osteoarticular tan delicada y compleja que debía manejarse en otro nivel de complejidad.

En cuanto a los reproches que la defensa hace al proceso desarrollado en el Tribunal A quo se procede a resolverlos.

Respecto al derecho de contradicción ante el Comité de Auditoría, el auditor de cuentas de EMSSANAR registró en su informe de auditoría, obrante a folio 12 del expediente: “*Intenté conocer la versión del médico especialista, pero no fue posible.*”

Las características y contenido del análisis de los magistrados del Tribunal de primera instancia se fundamentaron principalmente en la historia clínica y las versiones de los implicados, por lo cual no es de recibo para

este Tribunal el argumento de la defensa en que indican que el análisis lo realizó el auditor y no el magistrado, lo cual amén de ser falso es una falta de respeto.

De igual manera, los magistrados del Tribunal accedieron a decretar las pruebas solicitadas por la defensa siendo posible realizar únicamente la ampliación de versión libre del galeno endilgado. Los testigos solicitados por la defensa, no comparecieron a pesar de haberles citado en varias ocasiones y esperado un tiempo prudencial para ello. Tampoco le fue allegado al Tribunal el cuestionario a realizar por intermedio de la Personería del municipio de La Unión, ante la dificultad de desplazamiento de los testigos allí residentes, por falta de diligencia en la defensa en la presentación del cuestionario.

En la ampliación de versión libre solicitada por la defensa del Doctor Q.I., manifestó no haber realizado la reducción de la fractura de fémur derecho, con material de osteosíntesis a la menor paciente, la cual fue corregida por el doctor J. en el CLÍNICA HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES, de la ciudad de Pasto; sin embargo, obrante a folios 40, figura una atención en la paciente quien consultó el 11 de abril de 2012 por haberse caído de su propia altura, se formuló como hipótesis diagnóstica fractura de la diáfisis del fémur derecho, de acuerdo con lo registrado en la historia clínica, (folios 40 -41), y se ordenó traslado a quirófano; en la misma fecha el doctor Q., valoró la paciente conceptuando se trataba de fractura de tercio proximal, trazo transversal de fémur derecho por lo que sugirió osteosíntesis (folio 46). En el caso aparece interviniendo como cirujano principal del doctor Q., con el doctor M. como primer ayudante; le diagnosticaron a la paciente fractura diafisaria de fémur en el preoperatorio y programaron osteosíntesis, procedimiento durante el cual redujeron la fractura y fijaron con placa y tornillos (folio 42); el fémur operado según la historia de ingreso, la valoración de ortopedia y anestesia, así como la evolución posterior y las notas de enfermería hacen referencia a que el lado intervenido fue el derecho; lamentablemente, en el consentimiento informado ni en la descripción quirúrgica se anotó cual de los fémures fue intervenido. De tal manera se llega a la conclusión que el doctor Q., faltó a la verdad al negar en la segunda versión libre que intervino el fémur derecho de la niña.

La defensa cuestiona la actuación e idoneidad del auditor al cual descalifica, pero tampoco se cercioró de su idoneidad, ni refutó los contenidos

del mismo teniendo la posibilidad para hacerlo, hasta el momento de conocer la sanción; tampoco refutó los señalamientos principales, venta de material de osteosíntesis sin autorización, haber afirmado el retiro de material de osteosíntesis sin complicaciones, pero haber dejado parte del material en la paciente sin una explicación científica válida del porqué dejó material de osteosíntesis en el húmero de la niña, la falta de adherencia a las guías en una niña con la patología que padece a sabiendas que superaba su capacidad y que debió ser atendida en un hospital de mayor complejidad desde el inicio.

Menciona en su defensa que la prueba de la auditoría es ilegal, sin embargo la considera una prueba sumaria, pero no plena prueba. Para claridad de la defensa se trae a colación:

*“ Aunque la legislación colombiana no define lo que debe entenderse por prueba sumaria, su noción ha sido precisada por la doctrina y la jurisprudencia nacionales. Así, para Antonio Rocha Alvira, la prueba sumaria es **aquella que aún no ha sido controvertida por aquel a quien puede perjudicar**, y de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, **la prueba sumaria es plena prueba**, lo que quiere decir que debe reunir las mismas condiciones de fondo de cualquier prueba, que sea **pertinente o conducente**, esto es, que sea la adecuada para demostrar un hecho o un acto jurídico concretos. En ese sentido la doctrina ha sido uniforme en señalar que la prueba sumaria **suministra al juez la certeza del hecho que se quiere establecer en idénticas condiciones que lo hace la plena prueba**, con la diferencia que la prueba sumaria no ha sido sometida a contradicción, ni conocimiento o confrontación por la parte contra quien se quiere hacer valer.”*

Debe recordar este Tribunal a la defensa que la Auditoría Médica es una actividad obligatoria para los hospitales y aseguradores y se puede originar, entre otros motivos, por una queja como la presentada por la madre de la niña, por lo cual no corresponde a ninguna actividad ilícita. En la misma auditoría, en el acápite Entrevista personal con la madre de la menor, el auditor registró: *“Intente (sic) conocer la versión del médico especialista, pero no fue posible.”*; afirmación que tampoco fue controvertida durante el proceso. (Folio 12)

A partir de la prueba sumaria se procedió, por parte del Tribunal A quo, a recaudar el material probatorio correspondiente, incluyendo la historia clínica,

obteniendo información de las instituciones implicadas y las versiones del disciplinado pudiendo corroborar que el contenido, en gran medida por boca de éste, tanto de la queja que originó la auditoría, como las conclusiones y recomendaciones tenían fundamento y como afirma el Tribunal A quo, no fueron debatidos en audiencia por el doctor Q.I.

Con relación a la prescripción de la acción disciplinaria invocada por la defensa y relacionada con el hecho de reconocer haber dejado parte del material de osteosíntesis en el húmero de una niña con una enfermedad que reviste tal gravedad y no haber advertido de ello en la historia clínica, indica que dicho material o no se retiró por negligencia o impericia, o se pretendía retirar con posterioridad. Si se trata de la primera situación, el galeno, teniendo la posibilidad de hacerlo, no lo hizo, se quedó callado, pues no registró el hecho en la historia clínica, dejando en la niña un material que bien debe saber el doctor Q.I. en su calidad de ortopedista, si no se retira en este tipo de pacientes, es nocivo y facilita fracturas en la niña, como de hecho sucedió; si no se podía retirar por su focalización y riesgo, por qué el doctor J., no tuvo reparos ni dificultad en retirarlo?. Si por el contrario, el objetivo era dejar el material para un retiro posterior, la atención de la paciente no había concluido y por lo tanto, tampoco había prescrito, pues el tratamiento iniciado por un galeno, termina con el alta, mutuo acuerdo, la remisión o la muerte. En la primera de las hipótesis, la situación se comporta como un secuestro masivo en el que con el tiempo se regresan varios de los secuestrados, menos uno, por el hecho de haber liberado a varios, no hace que prescriba el secuestro porque fue realizado de tiempo atrás sino desde el momento en que el último secuestrado es liberado; en el caso in comento el material que debía retirar y dijo haberlo hecho, no lo había retirado, luego la atención no había concluido o asumió un riesgo innecesario con su paciente que se concretó en otra fractura y padecimiento para la niña, por lo cual considera este Tribunal que la acción ético disciplinaria no ha prescrito.

Ahora bien, desde el punto de vista jurídico, comparte este Tribunal la aclaración en relación con la prescripción que hace el Tribunal A quo sobre la interpretación de la norma y que refleja la postura de este Tribunal Nacional.

No comparte esta superioridad con la defensa, el argumento referente a la generalidad de los cargos , dichos cargos se encuentran claramente expresados a folio 268 del expediente y en los momentos procesales correspondientes, no se solicitó la nulidad, según la defensa, de tan craso error por parte de los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de

Nariño, por lo cual para el momento procesal en que se invocó no se constituyó en nulidad sobreviniente y se constituye en una cuestionamiento extemporáneo.

Con respecto a la proporcionalidad de la pena, considera esta Corporación que el Tribunal A quo fue muy benevolente con alguien que faltó al honor de la profesión, actuó de manera cruel poniendo por encima unos intereses económicos sobre los derechos de una niña sujeto de protección especial a quien, con su conducta, puso en riesgo sus derechos fundamentales como son el de la vida, salud y la posibilidad de tener una marcha autónoma; tratar de lucrarse con el dolor ajeno, faltar al profesionalismo con la institución para la que trabaja y además culpar a los padres.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: No decretar la nulidad solicitada por la defensa del doctor M.A.Q.I. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Confirmar la sanción impuesta por el Tribunal A quo al doctor Q.I. por transgresión de los artículos 2, 10, 12, 15, 16 y 42 de la Ley 23 de 1981 de suspensión en el ejercicio profesional por el término de cuarenta y cinco días (45 días). **ARTÍCULO SEGUNDO:** Compulsar copias a la Superintendencia de Industria y Comercio para que investigue a la empresa DISTRIBUCIONES PROTÉSICAS por presuntas prácticas comerciales indebidas. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO QUINTO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, tres (3) de abril del año dos mil dieciocho (2018)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1407 DEL TRES (3)
DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO (2018)**

**REF: Proceso No. 929 del Tribunal Seccional de Ética Médica del
Atlántico**

Denunciante: Sra. M.L.J.H.

Contra: Dr. S.W.G.N.

Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney

Providencia No. 19-2018

VISTOS

Por hechos ocurridos en el mes de abril de 2015 con presunta negligencia por parte de los médicos que prestaron la atención en salud a una niña quien falleció, se interpuso queja por la presunta violación del artículo 10 de la Ley 23 de 1981 concordante con la Resolución 1995 en sus artículos 3,4 y 5.

Mediante providencia del 14 de junio, los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico elevaron pliego de cargos al doctor S.W.G.N., providencia que fue notificada por estado el 22 de junio de 2017.

El 19 de julio de 2017, el médico implicado rindió diligencia de descargos acompañado de su apoderado.

En providencia del primero de noviembre de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional no aceptaron los descargos del doctor S.W.C.N. y le impusieron una sanción de suspensión del ejercicio profesional por el

término de un mes; providencia que fue notificada por edicto el 9 de noviembre de 2017.

El 5 de diciembre de 2017, el médico implicado, por intermedio de su apoderado, interpuso recurso de Apelación contra la providencia del primero de noviembre de 2017.

Mediante estado el 8 de febrero de 2018, los magistrados del Tribunal Seccional concedieron el recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

El 16 de febrero de 2018 se recibió el expediente en esta Corporación y por reparto le correspondió al magistrado Gabriel Lago Barney.

HECHOS

El 16 de junio de 2015 la señora M.L.H., en calidad de madre, interpuso queja ante la Personería Distrital de Barranquilla por presunta negligencia médica en la atención de su hija menor de edad V.S.J. (q.e.p.d.) de 14 años de edad para el momento de los hechos, en la CLÍNICA BONNADONA PREVENIR a partir del día 12 de marzo de 2015 hasta su fallecimiento el 29 de abril de 2015, queja que fue remitida al Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico el 25 de junio de 2015.

La paciente consultó el día 23 de abril de 2015 a las 14:57 a la CLÍNICA BONNADONA –PREVENIR- por presentar de cuatro horas de evolución dolor abdominal generalizado de predominio periumbilical sin fiebre ni vómito. La paciente tenía como antecedente un diagnóstico de hernia umbilical realizado por médica general el 19 de marzo anterior que producía dolor a la paciente. El cuadro clínico fue interpretado como dolor abdominal, y se procedió a hidratar a la joven y aplicarle Buscapina compuesta ® (Escopolamina metilbromuro) con mejoría de la sintomatología, por lo que fue dada de alta a las 17:50 horas. En el momento de salida se registró aumento del dolor abdominal en la paciente (folio 12 C.P.) por lo que administraron diclofenaco y dexametasona, manteniendo la orden de alta.

Al día siguiente, 24 de abril, la paciente fue llevada nuevamente al servicio de urgencias a las 15:57 horas por persistencia del dolor y lo que

describieron como desvanecimiento de la paciente. En la valoración neurológica registraron: *“paciente que persiste con somnolencia, sin mejoría del dolor, se deja en observación para vigilancia”* (Folio 17 C.P.) Iniciaron líquidos endovenosos y realizaron ecografía en que se observó quiste ovárico tabicado izquierdo, aunque en el informe describe que está localizado en el lado opuesto (folio 42 C.P.); la paciente fue valorada por ginecólogo a las 11:40 horas del día 25 de abril, quien descartó se tratara de un cuadro y recomendó valoración por cirujano pediátrico ante los hallazgos clínicos de irritación peritoneal. El hemograma fue informado con 16.000 leucocitos, 80% neutrófilos y parcial de orina no sugestivo de infección. A las 12:05 horas la paciente fue valorada por el doctor S.G., médico cirujano pediatra, quien ordenó el traslado al quirófano con la sospecha de apendicitis aguda. Como procedimiento a realizar registró: *“Apendicectomía por perforación con drenaje de absceso, liberación de plastrón y o drenaje de peritonitis focalizada sod ----401200.”* La intervención quirúrgica fue realizada con consentimiento de la madre a las 14:30 horas. En la descripción quirúrgica como hallazgos operatorios, anotó: *“Se encuentra líquido libre en cavidad, se encuentra apéndice grado II, se realiza apendicectomía según técnica. Drenaje del líquido libre. Control de hemostasia. Cierre por planos.”* Fdo. S.G. R.M..., Cirujano pediatra. (Folio 32 C.P.) La paciente evolucionó favorablemente por lo que fue dada de alta el 26 de abril a las 9:00 a.m. saliendo de la institución a las 3:00 p.m.

El 27 de abril, la paciente consultó nuevamente al servicio de urgencias a las 23:54 horas por: *“Está débil y la vista borrosa.”* En la enfermedad actual se registraron como signos clínicos: taquicardia, sudoración, palidez generalizada, debilidad y desviación de la mirada. Al examen neurológico fue descrita como una paciente activa, con Glasgow 15/15. Se hospitalizó con hipótesis diagnóstica de: *“dolor abdominal, posoperatorio de apendicectomía y sospecha de cuadro convulsivo? (sic)”* Se iniciaron líquidos endovenosos, protección gástrica, oxígeno; se solicitaron ayudas diagnósticas y valoración por cirujano pediatra. La radiografía de tórax realizada a las 00:06 horas del 28 de abril de 2015, fue informada a las 9:08 horas: *“Presencia de congestión bronquial peri-hiliar bilateral”* y la de abdomen simple, realizada al mismo tiempo fue informada el 29 de abril a las 13:09 horas, es decir después del fallecimiento de la joven, así: *“Disminución de aire en recto con marcado aumento del contenido gaseoso en asa gruesa. Hay distensión por esta causa.. Hay presencia*

de material fecal impactado en colon derecho. Hay distensión por esta causa. No hay nivel aéreo en escalera que nos sugiera obstrucción, No masa, no hay líquido libre. No hay calcificaciones en topografía del aparato urinario que sugieran litiasis. Fdo. Ó.P.C. Radiólogos S.A.S.” Por el estado neurológico de la paciente (estupor y convulsiones tónico-clónicas generalizadas), Glasgow 11/15, inestabilidad hemodinámica y sospecha de sepsis de origen abdominal fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos de pediatría a las 8:41 a.m. del 28 de abril; se inició tratamiento con meropenem y vancomicina y se solicitaron laboratorios para identificación del agente infeccioso, compromiso orgánico multisistémico y de la respuesta inflamatoria. Las funciones hepática y renal fueron informadas normales. A las 2:27 a.m. se realizó Tomografía computada de cráneo simple, cuyo resultado fue informado el 30 de abril de 2015, posterior al fallecimiento de la paciente, en que se diagnosticó: *“Escasa diferenciación de la sustancia blanca y la sustancia gris hacia los lóbulos temporo occipitales bilaterales. Se sugiere correlacionar con clínica del paciente y descartar la posibilidad de cambios de edema cerebral. Fdo. Elgen Triana Said, Médico Radiólogo.”* (Folio 251 C.P.) A las 9:33 a.m. fue necesario iniciar ventilación mecánica. A las 10 a.m., la pediatra tratante, el intensivista pediatra y el infectólogo realizaron junta médica para tratar de explicar el cuadro neurológico, el compromiso respiratorio súbito que requirió entubar a la paciente, así como de la inestabilidad hemodinámica. El hemocultivo y el cultivo de secreción de tubo fueron informados negativos para crecimiento bacteriano. A las 9:42 a.m. realizaron nueva radiografía de abdomen que fue informada a las 10:08 horas del 29 de abril donde se registró. *“Moderado aumento del contenido gaseoso en asa gruesa. Fdo. Ó.P.. (Folio 108 C.P.)”*

A las 16:20 se había logrado tener una paciente con apoyo vasopresor, afebril, en quien se documentó una atelectasia apical derecha, hallazgos de laboratorio sugestivos de respuesta inflamatoria sistémica y se había iniciado fenitoína para protección cerebral. Los laboratorios mostraron la presencia de una hipercloremia con una alcalosis metabólica.

A las 19:14, el cirujano pediatra descartó clínicamente que el cuadro clínico tuviera como foco el abdomen, encontró una niña con abdomen blando, depresible y con herida en buen estado. A las 7:30 y 8:30 a.m. del 29 de abril la niña presentó dos paros cardíacos que fueron revertidos en forma exitosa. A las 9:01 se registró el informe del líquido cefalorraquídeo obtenido el día en el cual se informó: *“Color incoloro, aspecto transparente,*

pH 7.0, densidad 1010, leucocitos de 100 por campo, hematíes ausentes, glicemia de 101 mg/dL, proteínas de 18.5 mg/dL, LDH 30 U/L; en la coloración de Gram se observaron 50% de mononucleares y 50% de polimorfonucleares.” Se realizó radiografía de tórax que fue interpretada como neumonía global derecha, PCR en 96.5 mg/dL, VSG en 40 mm/1 hora y el hemograma con 22.400 leucocitos con 83% de neutrófilos. Se hizo diagnóstico de meningitis bacteriana más neumonía complicada y se adicionó ceftriaxone al tratamiento, se ajustaron los vasopresores, se iniciaron medidas de aislamiento y se ordenó profilaxis con ciprofloxacina para el personal de salud que atendió a la paciente. La paciente presentó dos eventos de paro cardíaco adicionales a las 9:20 y 10:20 a.m. acompañados de hemorragia pulmonar con respuesta inicial a las maniobras, se indicó ácido tranexámico y transfusión de glóbulos rojos empaquetados. Sin embargo, la niña entró en asistolia y falleció a las 11:40 a.m. Los diagnósticos definitivos registrados en la historia clínica fueron: “*Meningitis bacteriana más síndrome convulsivo secundario, más choque séptico, más falla ventilatoria, más postoperatorio de apendicectomía, más neumonía de hemitórax derecho, más hemorragia pulmonar.*” (Folio 171 C.P.) Los padres de la paciente fueron informados oportunamente por el equipo médico tratante en la unidad de cuidados intensivos acerca de la evolución clínica.

El informe de patología fue informado el 6 de mayo de 2015, así: “*Descripción macroscópica: Se recibe apéndice cecal que mide 7 x 0.6 c.m pardo, claro, liso, brillante, fragmentos de meso, al corte luz con material fecal... Descripción microscópica: Los cortes representan apéndice cecal sin cambios necroinflamatorios u otras alteraciones hispatológicas. Diagnóstico Anatómico patológico: Apéndice cecal (Apendicectomía) en límites normales . Fdo. O.V.D. Médico Patólogo. R.M. 4469/Minsalud.*”(Folio 225, C.P.)

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Al doctor S.W.G.N. le fueron formulados cargos por la presunta vulneración de los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1981 al no haber valorado adecuadamente a su paciente ni dejar registro de dicha valoración, con cuya actuación realizó una apendicectomía innecesaria.

Procede este Tribunal a exponer las consideraciones que sustentan el análisis. En primer lugar es necesario aclarar que no se logró establecer una relación causal entre la cirugía que realizó el doctor G.N. a la niña V.S.J. (q.e.p.d.) y la causa clínica del fallecimiento.

La paciente venía padeciendo, de tiempo atrás, un dolor abdominal recurrente que fue atribuido a una hernia umbilical por varios de los galenos que la examinaron, y que por su naturaleza se encontraba en proceso de valoración y trámites para su corrección quirúrgica. Sin embargo, un dolor abdominal localizado en hipogastrio la llevó a consultar el 24 de abril de 2015 siendo valorada, durante la hospitalización, por ginecólogo, quien con base en los hallazgos clínicos y de una ecografía abdominal total, y las características de la lesión quística, que no correspondía a la patología ginecológica; recomendó la valoración por el cirujano pediátrico, doctor G., quien conceptuó se trataba de una apendicitis aguda procediendo a realizar apendicetomía, la cual se encontraba en grado II, es decir, se encontraba en fase supurativa sin signos de gangrena ni perforación. Dicha valoración se realizó en una paciente que había recibido diclofenaco y hioscina previamente. Realizó la apendicectomía drenando líquido libre que encontró en la cavidad abdominal; el procedimiento se realizó sin complicaciones, y tuvo un postoperatorio dentro de lo esperado. No se describieron hallazgos clínicos posteriores que permitieran establecer una relación causal entre la intervención quirúrgica realizada y la evolución clínica posterior de la niña.

El cuadro clínico que llevó a consultar a la paciente luego de haber sido dada de alta por el cirujano pediatra se caracterizó por un cuadro respiratorio y neurológico rápidamente progresivo que la llevó a la muerte. Se pudo documentar una neumonía y una encefalitis que evolucionaron rápidamente a choque y falla multisistémica con fallecimiento posterior, a pesar del tratamiento administrado en forma adecuada por los galenos de la unidad de cuidados intensivos de pediatría.

Antes de proseguir con el análisis, es menester hacer algunas anotaciones sobre la apendicitis en este grupo de edad y su relación con la encefalitis, relación que está descrita en la literatura médica.

La edad de la apendicitis tiene una prevalencia mayor en el momento en que los jóvenes desarrollan su sistema linfoide, edad dentro de la cual se encontraba la paciente, constituyéndose, para este grupo de edad, en la principal causa de emergencia quirúrgica. El diagnóstico diferencial, en la paciente, lo daban principalmente, el antecedente de la hernia umbilical y los hallazgos de ginecología, lo que dejaba entre otros diagnósticos diferenciales para la edad, neumonía, gastroenteritis, obstrucción

intestinal por varias causas, divertículo de Meckel, adenitis mesentérica, infarto omental, infecciones o litiasis en la vía urinaria; las patologías ginecológicas fueron valoradas previamente por el doctor J.G.S.C., médico ginecólogo y obstetra, quien describió: “*Signos claros de irritación peritoneal*” (Folio 247). La literatura reconoce que la clínica sigue siendo el patrón de oro para determinar el momento de llevar un paciente a cirugía, así algunos autores den mayor valor a los resultados de la tomografía axial computarizada (TAC). En el caso in comento, se contaba con suficientes elementos clínicos para sospechar una apendicitis aguda y se procedió en consecuencia. (Medicina Legal de Costa Rica, vol. 29 (1), marzo de 2012, págs. 83-90)

En un artículo publicado en la Revista Chilena de Pediatría en 1932 por Roberto Kohan y comentado por los autores Alejandro y Beatriz Zavala, Francisco Vera y Luisa Schonhaut en publicación posterior (Rev Chil Pediatr 2012; 83 (5): 474-481) hacen el siguiente comentario:

“La apendicitis aguda es la patología abdominal quirúrgica de urgencia más frecuente en el niño. Desde 1886 en que Fitz acodó el nombre de apendicitis, describió su fisiopatología y propuso la apendicectomía, quedaron atrás los diagnósticos de tiflitis, peritiflitis y paratiflitis.

Si bien su morbilidad y mortalidad han disminuido significativamente, aún en nuestros tiempos de evidencia médica bien fundamentada, existen controversias y resistencia frente a la incorporación de nuevas propuestas diagnósticas y terapéuticas: “Es un modelo de vanidades humanas en tiempos de poca base científica y mucha interpretación observativa” (Williams 1983); “La historia de la apendicitis presenta ejemplos de gran resistencia al cambio de conceptos, de tempranas y brillantes observaciones no aceptadas, y de apoyos emocionales para posturas no defendibles. Del momento adecuado y del desarrollo de una muy satisfactoria solución” (Williams 1983).

La clínica, en la actualidad, tiene en muchos centros un valor secundario frente a los estudios de imágenes; una clara explicación para ello es el intento de disminuir los errores diagnósticos y las complicaciones; y otra justificación no tan clara, pero entendible, es la validación del acto médico en tiempos de desconfianzas. La toma de decisiones en medicina es un proceso complejo, que se basa en la interacción del médico, el paciente y

el entorno, donde la clínica se complementa y le da matices a los resultados de laboratorio e imágenes. Todo este proceso es interpretativo, siendo fundamental la comunicación entre el radiólogo, el pediatra y el cirujano en las conclusiones obtenidas.”

Así las cosas, se debe respetar el criterio clínico basado en la experiencia personal que llevó al doctor G.N. a considerar que la paciente estaba cursando con una apendicitis que debía ser intervenida.

Los doctores AlGibali, Khalafalla, Haidary y Bozom del Hamad Medical Corporation Doha, Qatar, publicaron en el Qatar Medical Journal (vol.19/no.1/june 2010, págs. 67-69) la asociación entre apendicitis, peritonitis, choque y encefalitis en casos de infección por enterovirus. La misma asociación fue descrita por Juan Fidel Osuna-Ramos, Carlos Silva-Gracia, Gerardo Joel Maya-Vacío, Alejandra Romero Utrilla, Efrén Rafael Ríos-Burgueño y Jesús Salvador Velarde-Félix para el dengue publicada en la revista de la Academia Mexicana de Cirugía, Cirugía y Cirujanos. (2017;85(S1):44-48) Los enterovirus y adenovirus se asocian con adenitis mesentérica, la cual genera dolor abdominal y producción de líquido en cavidad abdominal, así como cuadros clínicos neurológicos tipo encefalitis. Estos cuadros clínicos suelen progresar a compromiso cerebral en pacientes con deficiencias inmunitarias, o en casos como la infección por adenovirus. (M.L. Navarro Gómez, F. González, M. Santos Sebastián, J. Saavedra Lozano, T. Hernández Sampelayo Matos. Encefalitis. Protocolos diagnósticos terapéuticos Asociación Española de Pediatría. Sin fecha; Págs. 13-24)

Con relación a la duda de los magistrados del Tribunal A quo sobre la valoración que realizó el doctor G. a la paciente, esta Corporación encontró elementos suficientes para concluir que la niña fue valorada como se desprende de la misma queja de la madre quien manifestó: “...*El ginecólogo me llevó con la niña a uno de los consultorios, le subió las piernas a la niña y le preguntó que si le dolían, ella dijo sí, y luego se las dobló, abrió la palma de su mano y le dio un golpe en la rodilla y a la niña le dolió mucho más, me manifestó que la hernia no ocasionaba tanto dolor si la tenía porque era pequeña y que el quiste era muy pequeño, y además lo tenía del lado izquierdo, me manifestó que se trataba de una apendicitis, llamaron al cirujano, éste la miró y dijo es apendicitis, hay que operarla...*” Igualmente, la madre manifestó que a la niña le dieron unos implementos para prepararla para cirugía. (Folio 4 del Expediente) A folios 879 y 879 vto. El doctor J.G.S.C., médico ginecólogo y obstetra realizó valoración a la paciente el 25 de abril a las 11:40 a.m. encontrando dolor en mesogastrio y región pélvica; anotó hallazgos de la ecografía abdominal total realizada a la paciente el 24 de abril de 2015 registrando: “*Quiste de complejo multitabicado anexial izquierdo. 37x34x31 mm. Cuadro clínico quirúrgico. Pido valoración por cirugía pediátrica.*”

Obrante a folios 247 y 247 vto., la doctora M.C.R.B., Médica general, registró a las 12:03 p.m.: *“Paciente quien es valorado (sic) por ginecólogo en turno Dr. S, quien considera que actualmente el dolor no es de origen ginecológico y que considera valorar por cirugía.”* En el acápite de plan y tratamiento registró: *“Valoración por cirugía.”* A las 12:05, la misma galena registró: *“Paciente valorado (sic) por CX (sic) Dr. G. quien considera pasar a quirófano al tratarse de un dolor tipo abdomen agudo. (Apendicitis aguda)”* A folio 880 la auxiliar de enfermería Y.A.C. registró a las 12:05 p.m. del 25 de abril de 2015: *“Es valorada por dr. G. Cx (sic) pediatra quien ordena traslada (sic) a Qx (sic) para realizar procedimiento de apendiseptomía (sic)”*

En declaración bajo la gravedad del juramento, la doctora R. manifestó que el doctor G. valoró la paciente, revisó las ayudas diagnósticas disponibles en el momento, informó a los padres y confeccionó el consentimiento informado y la nota de la valoración a mano, de lo cual da constancia; igualmente, manifestó que sin esa nota no hubiera podido solicitar la autorización para la cirugía. (Folios 770 y 771 del Expediente). Como parte de la preparación para la cirugía, obran en el expediente hoja de glucometría (Folio 894), escala de valoración de riesgo de caída adulto (Folio 895), escala de valoración de riesgo de caída en pediátricos (Folio 896), permiso de procedimientos anestésicos, (folio 897), consentimiento para cirugía, firmado por la madre y el cirujano (Folio 898), acta de compromiso de cumplimiento de recomendaciones de seguridad (folios 899 y 899 vto.), acta de designación del responsable para recibir información del paciente (Folio 900) y escala para medir el riesgo de úlcera de presión (folio 909), así como lo registros de anestesia, enfermería, control de líquidos y signos vitales, lo cual indica que no fue una cirugía improvisada y que la misma fue informada a la madre.

Los documentos de verificación que debía llenar al galeno encartado fueron igualmente firmados y verificados en lo de su competencia, lo cual desvirtúa que no le haya dedicado el tiempo suficiente a su paciente. Con lo anterior se desvirtúa que el doctor G.N., no le hubiera dedicado el tiempo suficiente a su paciente ni le hubiera realizado los exámenes necesarios, pues ya contaba con los resultados de las ayudas diagnósticas solicitadas previamente y con la valoración por el ginecólogo, que le permitieron hacer un diagnóstico diferencial.

Con relación al registro de la atención en urgencias correspondiente a la valoración inicial de la paciente, en la diligencia de descargos, el doctor G.N. manifestó que en el expediente no se encontraba manuscrito en que registró la valoración de la niña, manuscrito que a la doctora R. le consta conocer, pero que la Institución hospitalaria no aportó a pesar de haber sido solicitado y realizada inspección judicial con el magistrado instructor, lo cual generó la duda sobre su confección. Sin embargo, la doctora B.R.J.D., jefe del Departamento Jurídico de la Clínica BONNADONA manifestó que, para el momento de los hechos, se contaba con registro electrónico en las historias clínicas, pero también se hacían registros manuscritos por los médicos, los que se incorporaban a la historia clínica de los pacientes. Esta situación genera duda que debe resolverse a favor del indiciado y no se le puede exigir que aporte la prueba cuya custodia no estaba a su cargo, lo que se constituye en una inversión de la carga de la prueba. Esta Corporación se ha pronunciado al respecto con anterioridad, como lo sustentó la defensa, por lo que ante la duda sobre la existencia de dicho documento, se debe conceder el in dubio manteniendo la presunción de inocencia, en lo que coincide esta Corporación con la defensa, al ser deber del tribunal A quo el desvirtuar la conducta que infiere con los hechos relacionados y no el indiciado.

Debe dejar claro este Tribunal, que si el testimonio bajo la gravedad de juramento rendido por la doctora R. no corresponde a la verdad, es deber denunciarla penalmente por falso testimonio y no descalificar su testimonio, lo cual no parece haberse surtido en el tribunal A quo. Así las cosas, los señalamientos correspondientes a la presunta violación del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981 no están llamados a prosperar.

Este Tribunal encuentra elementos suficientes para inferir que la paciente fue valorada adecuadamente como se desprende de la queja de la madre de la paciente, del concepto del ginecólogo, de las notas de enfermería, las anotaciones de la doctora R. y de la declaración bajo la gravedad de juramento que rindió en el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico.

Es así como los magistrados de este Tribunal cuentan con elementos suficientes y razonables para inferir que la paciente, no sólo tenía un dolor abdominal sino que el mismo fue valorado por más de un galeno quienes consideraron como primera opción la de apendicitis aguda; lo cual permite concluir que el doctor G. actuó en consecuencia. Igualmente,

que se siguió un proceso hasta la cirugía y se ingresó con una hipótesis diagnóstica razonable que se registró dentro de la posibilidades de escogencia que le permitió el sistema de información al médico, y en cuyo procedimiento se observaron hallazgos intra operatorios que explicaban la sintomatología. De hecho la sintomatología abdominal de dolor mejoró posterior a la intervención siendo dada de alta dentro de un tiempo prudente. El seguimiento postoperatorio de la paciente y la valoración en la unidad de cuidados intensivos corresponden a su competencia y los conceptos emitidos al momento clínico de la niña.

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar la sanción impuesta por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico al doctor S.W.G.N., de suspensión del ejercicio profesional por el término de un mes por haber vulnerado los artículos 10 y 34 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Absolverlo de los cargos formulados. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra la presente decisión no procede recurso alguno. **ARTÍCULO CUARTO:** Devolver el expediente al Tribunal Seccional para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

FDO. FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Presidente – Magistrado; GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado Ponente; FERNANDO GUZMÁN MORA, Magistrado ALBERTO VANEGAS SAAVEDRA, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

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

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

**REF: Proceso No. 2013-092, Tribunal Seccional de Ética Médica del
Huila.**

Contra: Doctor J.A.N.

Denunciante: Señora J.A.R. y otro.

**Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández
Providencia No. 05-2018**

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, en Sala Plena del 13 de diciembre de 2017, resolvió no aceptar los descargos presentados por el médico J.A.N. y consideró que la sanción a imponer debe ser superior a seis (6) meses de suspensión en el ejercicio profesional de la medicina, por lo que remite el proceso al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de su competencia.

El expediente, tres (3) cuadernos que contienen 529 folios, fue recibido en este Tribunal Nacional el 18 de enero de 2018; puesto el asunto para reparto en Sala Plena el 23 del mismo mes, correspondió por sorteo al Magistrado Germán Gamarra Hernández.

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

HECHOS

El día 30 de octubre de 2013, la Defensoría del Pueblo de Neiva, remite al Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, queja presentada por los señores C.A.M.S y J.A.R.P., relacionada con la atención prestada a su hija menor de edad, I.V.M.R., con el fin de *“Que se establezcan pronta y oportunamente las responsabilidades institucionales y personales presentes en los hechos descritos”*.

La paciente I.V.M.R., es una menor de 19 meses de edad, quién a los cinco (5) meses se le diagnostica Leucemia Linfoblástica Aguda en la ciudad de Ibagué y posteriormente es trasladada a Neiva en donde continúa con su tratamiento oncológico. El día 1 de octubre, durante la sesión de quimioterapia se le aplica Vincristina intratecal, posterior a lo cual presenta encefalopatía. Es trasladada a Bogotá el 3 de diciembre de 2013 donde recibe manejo interdisciplinario, evolucionando desfavorablemente hacia la muerte cerebral. El 12 de diciembre presenta paro cardiorrespiratorio que no responde a maniobras de reanimación y fallece. Se realiza autopsia por parte del Grupo de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal cuyo informe, remitido el 17 de abril de 2017, concluye que la menor fallece como consecuencia de encefalopatía secundaria a la aplicación de vincristina por vía intratecal.

ACTUACIÓN PROCESAL

El Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, en Sala Plena del 30 de octubre de 2013, aceptó la queja y designó como magistrada instructora a la doctora MARIA DEL PILAR PEÑA TOBAR quién ordena la apertura de indagación preliminar el día 5 de noviembre del mismo año. Durante el proceso se obtuvieron las siguientes pruebas:

1. Queja suscrita por la señora .A.R.P. y el señor C.A.M.S.
2. Copia de la historia clínica de la Corporación IPS SALUDCOOP Clínica Neiva, correspondiente a la atención prestada a la paciente I. V.M.R.
3. Diligencia de ampliación y ratificación de la queja ante el tribunal seccional, rendida por la señora J.A.R.P. el 22 de noviembre de 2013.
4. Testimonio rendido bajo la gravedad de juramento rendido por el enfermero Hernán Ramírez Mendieta el 13 de diciembre de 2013.
5. Diligencia de versión libre rendida por el doctor J.A.N., el día 4 de abril de 2014.

Mediante providencia del 10 de junio de 2015, la Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, consideró que no existía mérito para abrir pliego de cargos contra el médico J.A.N, y ordenó precluir la investigación por lo que el 25 de junio la quejosa presenta recurso de reposición y en subsidio de apelación contra dicha providencia.

En sala plena del 26 de agosto de 2015, el tribunal seccional resolvió RE-PONER y en consecuencia abrir investigación formal contra el médico disciplinado y el 11 de noviembre de 2015 el tribunal *Ac quo* formula pliego de cargos por presunta infracción del artículo 16 de la Ley 23 de 1981. El 11 de diciembre del mismo año el acusado rinde descargos acompañado por su abogada defensora en la que solicita dos nuevas pruebas testimoniales que el tribunal rechaza por considerarlas no conducentes ni pertinentes. Mediante providencia del 13 de diciembre de 2017, el tribunal seccional resolvió no aceptar los descargos presentados por el médico J.A.N. y en decisión que contó con el salvamento del voto de dos de los cinco magistrados, consideró que la sanción a imponer debía ser superior a seis (6) meses de suspensión en el ejercicio profesional de la medicina, por lo que remite el proceso al Tribunal Nacional de Ética Médica para lo de su competencia.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

Para remitir el proceso al tribunal nacional, el juez *Ac quo* consideró que el médico inculpado vulneró el artículo 16 de la Ley 23 de 1981 que se transcribe a continuación:

“ARTICULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.”

Considera el tribunal de primera instancia que en la actuación del médico acusado medió la culpa y fue imprudente, ya que *“no hubo por parte del Dr. J.A.N. ningún tipo de conducta de control o verificación antes de la aplicación del medicamento intratecal, lo que a todas luces es reprochable dada la complejidad de la terapia y los riesgos de la misma. No se puede con fundamento en el principio de confianza eludir la responsabilidad que como médico tratante encargado de la aplicación del mismo se tiene, para agotar o en el presente caso, realizar la respectiva verificación básica para garantizar la correcta aplicación del tratamiento, conducta que le es exigible dadas las calidades y el rol que desempeña en el tratamiento.”*

En primer lugar, es necesario por parte de esta superioridad hacer referencia a lo mencionado en providencias anteriores sobre el significado de la falta que se le imputa al acusado: **la imprudencia:** (Del lat. imprudentia.) f. Falta de prudencia. 2. Acción o dicho imprudente, temeraria. Der. Punible e inexcusable negligencia con olvido de las precauciones que la prudencia vulgar aconseja, la cual conduce a ejecutar hechos que, al mediar malicia en el actor, serían delitos.

La imprudencia consiste entonces en un obrar sin el cuidado que según la experiencia debe tenerse en la realización de ciertos actos; es un comportamiento defectuoso resultante de una respuesta al estímulo que la provoca sin que el sujeto haya realizado la suficiente valoración sobre la oportunidad o inoportunidad, conveniencia o inconveniencia, de la reacción y, desde luego, sin la suficiente graduación de la intensidad de su efecto. Así vemos, que se trata de una falla de la esfera intelectual del sujeto, que lo lleva a desplegar una conducta sin las precauciones debidas.

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

En el caso sub examine, la actuación del galeno inculpado no se limita a la acción mecánica de empujar el émbolo de una jeringa e introducir un medicamento dentro del canal raquídeo de una paciente en sala de cirugía. Como aparece de manera clara en el expediente, la historia clínica soporta que el médico tuvo disposición de atender a la paciente, le dedicó tiempo suficiente, con notas amplias y completas y estuvo al frente del caso en las complicaciones presentadas con anterioridad a los desafortunados hechos que llevaron a la presente queja. En el folio 458 del expediente aparece lo siguiente: *“Las notas escritas a mano por el Dr. A. en folios 194 y 195 soportan la adecuada atención previa a la aplicación de la quimioterapia intratecal del 1 de octubre de 2013, dejando muy claras en sus órdenes médicas con precisión de dosis y la vía de administración de cada uno de los medicamentos a utilizar...”*

Por otra parte, es necesario anotar que, con el fin de minimizar los riesgos de eventos adversos que pudieran ocurrir en la aplicación de la quimioterapia y cumpliendo con lo establecido en guías y protocolos internacionales y en las normas expedidas por el Ministerio de Salud en Colombia, el Dr. A.N. siguió las recomendaciones establecidas para la conformación de un equipo de trabajo integrado por diferentes profesionales con responsabilidades definidas para cada uno de sus integrantes, y que participan en la diferentes etapas del proceso de administración de los medicamentos como son: preparación del medicamento según lo indicado por el médico especialista en la Liga de Lucha contra el Cáncer, traslado de los medicamentos a la Clínica IPS Saludcoop, recibo y revisión por parte del profesional en enfermería, traslado de los medicamentos de uso intratecal a la sala de cirugía, revisión por parte de instrumentador quirúrgico de los sellos que permiten verificar el nombre y tipo de medicamento a usar y finalmente aplicación del mismo en la paciente, por parte del médico especialista. Todas estas etapas obedecen a una planificación hecha por el especialista y se cumplen con el fin de lograr la correcta aplicación del tratamiento; como puede verse, requiere de un trabajo en equipo y el cumplimiento de la responsabilidad asignada a cada uno de sus integrantes.

Con el fin de ilustrar los principales aspectos relacionados con los equipos de trabajo en salud, el Tribunal Nacional de Ética Médica, con ponencia del Magistrado Fernando Guzmán Mora, en Providencia No. 80-2010 del Tribunal Nacional de Ética Médica anotó lo siguiente:

“...Responsabilidad del equipo de trabajo en salud

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. Desde el punto de vista de los procedimientos médicos, cuando un paciente es tratado en un hospital o clínica, puede serlo en varias formas, cada una de las cuales origina un tipo especial de responsabilidad:

*1- Bajo la dirección del médico que ordena el tratamiento, en cuyo caso los demás participantes son dependientes. Ej.: Cirujano, residente e instrumentadora; intensivista, residente y enfermera; hemodinamista, residente y técnico radiológico. **El jefe del equipo responde por el daño que ocasione en forma directa (artículo 2341 del código civil):** (Lo subrayado no lo es en el texto)*

“[...] El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido [...]”

Como además en estos casos, la responsabilidad no sólo abarca las acciones del jefe de equipo sino las de sus colaboradores, se dice que el jefe es ‘comitente’ y por lo tanto responde de las acciones de sus auxiliares, dependientes y sustitutos, tanto en el plano contractual, como extracontractual. Si se plantea una demanda por daño, la responsabilidad es solidaria: Responde el autor del daño y quien debe supervisarlos. Ésta se considera una responsabilidad indirecta o refleja. El artículo 2347 del Código Civil es claro en este aspecto:

“[...] Toda persona es responsable, no solo de sus propias acciones para el efecto de indemnizar el daño, sino del hecho de aquellos que estuvieron a su cuidado[...].” (Lo subrayado no lo es en el texto)

*Ahora bien, si logra demostrarse como causante del daño a un miembro específico del equipo, los demás participantes (excepto el jefe del equipo) pueden eximirse de culpa, teniendo la carga de la prueba en su contra. Los subalternos, que en su práctica médica son orientados y dirigidos por el jefe médico, o jefe del equipo, han de responder por sus propias equivocaciones, operando respecto de otros miembros del equipo el principio de la incomunicabilidad de la culpa. **El mencionado jefe del equipo tendrá una responsabilidad vicariante por haber delegado funciones o por haber adquirido institucionalmente un compromiso de vigilancia y dirección del pupilo.** (Lo subrayado no lo es en el texto)*

*Esta circunstancia ocurre, como en seguida se verá, en las escuelas de medicina, que imponen 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). (Lo subrayado no lo es en el texto)*

Confluyen, pues, responsabilidades en la institución en que el equipo desarrolla su actividad médica; la institución que, generalmente por convenio, envía a los practicantes a ese centro hospitalario; y

el médico jefe, que es el directamente encargado de supervisar esa práctica.

No responde el jefe, cuando el causante del daño es un dependiente ocasional o accidental, como ocurriría con una enfermera particular contratada por el paciente para su vigilancia nocturna, o con una enfermera facilitada por la clínica para que cubra por un día la licencia de la integrante del equipo que cuida la evolución del enfermo.

Y siempre que se hable de los cuidados brindados en la etapa postoperatoria o de los seguimientos a la evolución del tratamiento, ha de considerarse la circunstancia de integración del equipo o de responsabilidad individual, porque generalmente el equipo que ha actuado como un solo cuerpo para un fin específico (v. g. la intervención quirúrgica), se descompone una vez alcanzado su propósito; sobreviene para el paciente una etapa diferente, de cuidado y recuperación, en la que seguirá siendo vigilado por el médico que lo intervino, pero en la que otros profesionales asumen el control directo.

También deben considerarse los diferentes contratos que pueden surgir, y de hecho surgen, durante el período de internación del paciente en el centro hospitalario: porque una será la relación con su médico tratante, otra con el anestesiólogo de la institución, otra con el personal paramédico, etc. En cada caso, las personas participantes tendrán una pequeña parcela bajo su dominio que, aunque exclusiva, no es generalmente excluyente de la responsabilidad de otros.

Hablando de la salud, cualquier daño puede tener origen en una serie de causas: un leve error médico, más un descuido pequeño por parte de la enfermera que suministra el medicamento, más la falta de un equipo adecuado en el centro hospitalario; o la simple inadvertencia por parte del médico de una conducta clínica no apropiada anterior al momento en que este profesional asume el cuidado (por ejemplo, en los casos de remisión de pacientes entre centros de atención), sin necesidad de que se haya roto la cadena de cuidado, puede llevar imperceptiblemente a la agravación o incluso a la muerte del enfermo.

Es importante resaltar que corresponde a cada uno de los participantes probar su diligencia y cuidado, para eximirse de esta responsabilidad en red, que surge de las actuaciones conjuntas o secuenciales.

2- Cuando la atención médica se presta en forma simultánea (Ej.: cirujano y anestesiólogo, neumólogo e intensivista). Aquí existen varios tipos de contrato médico: el del cirujano, el del anestesiólogo y el de la institución hospitalaria. La responsabilidad es individual, por parte del autor directo del daño.

Hay que dejar en claro que, en el caso de una intervención quirúrgica, el cirujano y el anestesiólogo tienen su propio campo de responsabilidad, es decir, el uno no es dependiente del otro, pues cada uno es especialista en su área. Sin embargo, en caso de daño, la acción nociva de alguno puede agravarse con la conducta culposa del otro.

3- En actos asociados pero independientes (Ej.: ginecólogo, laboratorista y radiólogo). Cada uno responde si ocasiona daño y se prueba culpa. Además, puede existir responsabilidad compartida.

El equipo médico es, pues, el grupo de profesionales de la salud que tiene a su cargo la atención, el manejo y la responsabilidad del enfermo, cada uno en su campo y trabajando como un todo.

Tipos de culpa en el ejercicio de grupo

A- Culpa debido a error no excusable del director del equipo, en cuyo caso responde ante la Ley si se prueba impericia, negligencia, imprudencia o dolo. (Lo subrayado no lo es en el texto)

B- Culpa debido a error de uno de los integrantes del equipo dependientes de su director. En este caso ambos deben responder:

Ej.: El profesor de cirugía que deja intervenir un paciente por el residente sin la respectiva supervisión.

Ej.: El olvido de una compresa por parte de una instrumentadora que no práctica un recuento antes de cerrar el abdomen.

A este respecto, dice el artículo 2344 del CC:

“Si un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio

procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355 [...] Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso[...]"

En este sentido pueden determinarse dos tipos de obligaciones, consideradas en nuestra ley y en algunas jurisprudencias extranjeras: la obligación mancomunada y la solidaria. En la primera, el resarcimiento del daño o deuda hacia el paciente lesionado se puede dividir en tantas partes como causantes haya, quedando por lo tanto cada uno con parte del costo de indemnización. En las obligaciones solidarias, el paciente puede exigir el pago total a cualquiera de los miembros del equipo demandado.

C- A la culpa del uno se puede sumar el descuido o falta de vigilancia del otro.

Ej.: El anesthesiólogo que, sabiendo que un médico no es cirujano titulado y conociendo además su incompetencia técnica, procede con la anestesia.

Ej.: El anesthesiólogo que se ausenta de la sala de cirugía y el cirujano que lo permite.

Agravantes: Uno de los miembros del equipo advierte del error que se está cometiendo y del daño a causar, pero el corresponsable no acepta la sugerencia. Es evidente que, en casos como éste, el sujeto que en un primer momento desarrolla un actuación simplemente culposa, una vez advertido por otro de su descuido o equivocación, si persiste, ya lo hace con pleno conocimiento y completa voluntad, por lo que, al 'querer' actuar en esa forma y ser consciente del daño que va a causar, habrá pasado de la culpa al dolo.

D- La culpa colectiva. Cuando existe un daño evidente y no se puede atribuir la responsabilidad a un miembro del equipo en particular, la responsabilidad es colectiva. Esto aplica en la esfera civil y no en la penal. Se basa en la dificultad de determinar el causante del daño, sea por lo complicado de un procedimiento o por el fenómeno del encubrimiento por parte de los demás miembros del equipo.

E- Culpa por utilización de equipos defectuosos. En este caso, a sabiendas de que los instrumentos no son idóneos, se insiste en

utilizarlos de modo que, sin poder confiar en ellos, se comete evidentemente una imprudencia. Quedaría exculpado, como es lógico, el personal médico, paramédico o de enfermería que los usara como último recurso absolutamente necesario y ante la carencia de alternativas viables.

Los equipos son instrumentos, es decir, aparatos inventados por el hombre para realizar un determinado fin. Habían sido tradicionalmente la prolongación de las manos, que permitían la realización de actividades más precisas y efectivas. Hoy son verdaderas prolongaciones del cerebro, que ayudan en la toma de decisiones (desde un simple termómetro hasta el complicado tomógrafo axial, capaz de efectuar cortes visuales micrométricos a un órgano sin 'tocarlo'). Si estos equipos fallan, el médico sabe que toda su operación quirúrgica o su conjetura diagnóstica fallarán. Por esto será culpable de la utilización de herramientas en mal estado, siempre y cuando existan posibilidades alternativas.

La delegación de funciones en la práctica médica

En términos administrativos, delegar significa distribuir funciones específicas entre los subordinados (profesores subordinados, residentes, internos, estudiantes, enfermeras y personal paramédico), sin disminuir la responsabilidad del mando y manteniendo un estrecho nivel de supervisión. (Lo subrayado no lo es en el texto)

*Una correcta delegación amplía el campo de acción profesional en la medida en que el aporte de los colaboradores sea superior al costo de su intervención. Esto incluye la consideración de costo-efectividad. **Por ejemplo, cuando se delega una función técnica, como intervenir un paciente con apendicitis aguda, se debe sopesar la necesidad de proteger al enfermo, contra la conveniencia de permitir al residente quirúrgico verificar sus conocimientos teóricos en la práctica, pero siempre bajo la supervisión de alguien jerárquicamente superior. (Lo subrayado no lo es en el texto)***

Por otro lado, puede llegar a suplir algunas limitaciones de tiempo de los docentes, brindando más tiempo a su labor de coordinación, introduciendo a la vez elementos de auto respeto en quien

se encuentra en período de práctica, y mejorando la calidad del trabajo de grupo. Simultáneamente, sirve para evaluar el trabajo de los subordinados. En el medio hospitalario, al igual que en muchas empresas similares, las causas de ausencia de delegación por parte del docente incluyen: falta de confianza en sí mismo y en los subordinados; pobre definición de obligaciones; temor de capacitar a posibles competidores; imagen hipertrófica de sí mismo; impaciencia o ansiedad; y temor a parecer poco eficiente desde el punto de vista asistencial.

La contraparte, es decir, la falta de aceptación de funciones delegables por parte del subordinado se puede deber a varias razones: temor a asumir responsabilidades; falta de estímulos; exceso de trabajo; y miedo a las sanciones, entre otros.

*A pesar de las consideraciones anteriores, dado el cambio efectuado en el ejercicio médico, existen **algunas funciones que no son delegables, entre las cuales se incluyen: decisiones que afectan a grandes grupos profesionales; hechos decisivos en la terapéutica de un enfermo; mantenimiento de la disciplina hospitalaria y universitaria; funciones técnicas que requieren talentos especiales; tareas delicadas de emergencia; y aquellos trabajos específicamente asignados por las autoridades del hospital a personas concretas.** (Lo subrayado no lo es en el texto)*

El proceso de delegación incluye varios pasos: asignación de deberes (actividades a realizar); asignación de autoridad (dar poder para 'hacer algo en nombre de'); asignación de responsabilidades (compromiso del subordinado para realizar lo que se le ordena).

*En esencia son responsabilidades operativas, pues **la responsabilidad última nunca se delega.** Las consideraciones en el proceso son: tener en cuenta las habilidades de quien recibe la delegación; no delegar tareas cuyos resultados no se puedan controlar; delegar en aquellos que compartan la filosofía de la función delegada; y una vez se delegue, evaluar el modo operativo y los resultados. (Lo subrayado no lo es en el texto)*

La actitud de quien delega una tarea a otro debe acompañarse de varios soportes: controlar sin interferir las actividades; si se cometen errores ofrecer otra oportunidad supervisada; delegar estimulando y apoyando; no delegar en quien no se tenga confianza; compartir responsabilidad en la delegación y apoyar al subordinado; fijar plazos, objetivos y recursos; determinar cómo se reconocerá la buena ejecución de las tareas y las sanciones en caso de fracaso; no delegar ejercicio de poder en quien no esté preparado para ejercerlo; o no delegar si esto causa reacciones negativas en otros subordinados

¿Cómo se controla la delegación? Por medio de reportes periódicos, asistencia al subordinado, tomando en cuenta opiniones de otros, reuniones de rutina de asesoría y observación directa sin frustrar la iniciativa.

Por último, algunos factores de contingencia en la delegación incluyen:

Responsabilidad en casos de delegación

- 1- Tamaño de la organización (a mayor tamaño mayor necesidad de delegar)*
- 2- Importancia de la decisión a tomar (a mayor importancia menos debe delegarse)*
- 3- Complejidad de la tarea (a mayor complejidad, mayor necesidad de delegar a los especialistas)*
- 4- Cultura organizacional (a mayor cultura y confianza, mayor frecuencia de delegación)*
- 5- Cualidades de los subordinados (a mejores cualidades, mayor delegación).*

1- Delegación sin producción de daño. En este caso, siguiendo las normas de excelencia del acto médico, si se obtiene el resultado esperado o, en caso de no obtenerse tampoco se causa un daño, no habría posibilidad de queja por parte del enfermo.

2- Delegación con producción de daño. En este caso el médico delegante responde contractualmente. El sustituto responde en la misma forma cuando el paciente ha sido informado de la delegación y ha dado su consentimiento para la misma. De lo contrario, responde en forma extracontractual.

3- Derivación hacia otro especialista. Esta puede hacerse, bien porque se requiere una participación simultánea, en cuyo caso y de acuerdo con circunstancias específicas de cada caso, uno o ambos médicos responden si se produce un daño.

4-Transferencia a otro colega, bien porque el manejo del primer médico ya cumplió su cometido (Ej.: paciente con trauma de tórax que requiere un tubo de tórax y luego de obtener expansión pulmonar, una vez se retire el tubo en forma definitiva, se transfiera al neurocirujano para manejo de lesión medular severa); o porque el médico tratante inicial considera que se sale de sus manos el manejo (Ej.: el médico de urgencias que atiende al paciente en estado de choque por un aneurisma roto y remite el enfermo al cirujano para corrección de la patología de base)..."

Las enfermeras

La posición de los profesionales de la enfermería es complicada. Por un lado, son empleadas y dependientes de la institución que las ha contratado y efectúan actos administrativos. Por otro, son auxiliares del médico, llevando a cabo funciones relacionadas con el manejo de la salud de los pacientes en dos aspectos: cumpliendo las ordenes de los médicos tratantes y trabajando en forma legal en actos de salud a su nivel de competencia. En caso de error importante, la enfermera es corresponsable del mismo.

Ej.: En la historia clínica de un enfermo hospitalizado se escribe, de manera claramente errónea, aplicar una dosis diez veces mayor de una medicación (en lugar de escribir 5 mg de warfarina, se escribe: 50 mg de warfarina), lo cual es un absurdo farmacológico. Es función de la enfermera vigilar que quien escribió la orden la rectifique e informar a su superior inmediato el incidente. Además, corresponde a ella no administrar una dosis que va a producir una anticoagulación potencialmente letal. Si por efectos de la administración de esta dosis excesiva el paciente se complica o muere, serán responsables quien ordenó en forma errónea y quien administró en forma errónea.

A la enfermera también le cabe responsabilidad debida a daño, siempre y cuando se pruebe culpa debida a impericia, negligencia o imprudencia. Existen actos que son patrimonio de la profesión de la enfermería, tales como la administración de la droga ordenada, la toma de algunas mediciones corporales, la vigilancia de los signos de los pacientes críticamente enfermos, la observación del estado general de todo enfermo a su cargo, etc.

Ej. de impericia: se ordena una medición de presiones pulmonares en cuña en un enfermo hospitalizado en cuidados intensivos. La enfermera encargada no sabe que debe inyectarse una mínima cantidad de suero helado a través del catéter de flotación pulmonar y, en lugar de esto, inyecta una enorme cantidad de aire, produciendo una embolia pulmonar masiva. En este caso debe responder quien efectuó el procedimiento y quien estaba encargado de la supervisión, tanto del lado de enfermería (enfermera jefe) como del lado médico.

Ej. de imprudencia: una mujer es atropellada por un vehículo y llega al hospital con dolor cervical y hormigueo en ambos brazos. La enfermera no tiene en cuenta la posibilidad de una fractura de columna cervical, con compromiso parcial de la médula y, en lugar de inmovilizar de inmediato el cuello de la paciente, le ordena movilizar ampliamente la cabeza al subirse a la camilla de examen, con lo cual se produce una lesión completa de la médula espinal que lleva al paciente a la muerte.

Ej. de negligencia: un enfermo advierte a la enfermera que presenta un dolor insoportable en la región anterior del tórax, al tiempo que se encuentra sudoroso, pálido e hipotenso. La enfermera le administra un analgésico y no informa al médico, quien a las dos horas encuentra al paciente muerto a consecuencia de un infarto agudo del miocardio. En este caso la responsabilidad es esencialmente de la enfermera y no del médico, que no fue informado a tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que, al ser la enfermera una empleada de la institución de salud, cuando produce un daño y se prueba su culpa, debería estudiarse la condición y circunstancias sobre las cuales fue seleccionada, pues muchos hospitales contratan personas de un nivel académico bajo y las sitúan en sitios de

responsabilidad sin las suficientes calificaciones, con el objeto de ahorrar costos. Las entidades de salud deben ser muy estrictas en la selección de su personal médico y paramédico. De lo contrario, deberán responder por los daños que se produzcan en los pacientes.

Aunque no puede discutirse el tema en lo que se refiere a las ordenes médicas en términos corrientes, si cabe hacer la observación de que, debido a su situación dependiente o subordinada, cabe para el personal paramédico y de enfermería la objeción de conciencia cuando la orden es rehusada por no encontrar respaldo en sus juicios deónticos. En principio, toda orden impartida por el médico, en ejercicio de su actividad, debe ser inmediata y cabalmente aceptada por el personal subalterno. De modo que, también en principio, su desobediencia acarreará responsabilidad por el daño derivado.

Sin embargo, atendiendo el precepto constitucional de que nadie puede ser obligado a actuar contra los dictados de su conciencia, hay que preguntarse qué ocurre con las enfermeras, por ejemplo, en los países en donde el aborto es permitido. ¿Deben necesaria y fatalmente asistir al médico que lo realiza, aun cuando por sus convicciones morales o religiosas dicha enfermera no esté de acuerdo con dicha práctica?

Opinamos que, como regla general, el personal subalterno podrá dejar de cumplir la orden únicamente en dos casos: Cuando se trate de un error manifiesto del médico, del cual el subalterno se percata y no está en condiciones de discutir, por circunstancias de tiempo y modo; y cuando se trate de actos de su órbita de competencia, en los que podría haber tomado la decisión sin necesidad de esperar la orden médica.

Como caso excepcional, debido a motivos de conciencia, podrá el personal subalterno desatender una orden médica en cuanto su cumplimiento entrañe objetivamente un perjuicio para el paciente; dicho de otra manera, el subordinado puede dejar de cumplir la orden que vulnere derechos ciertos del paciente. La primacía de los derechos inalienables del paciente será el sustento necesario de la desobediencia del inferior en jerarquía.

En caso de administración de medicamentos en sala de cirugía, aunque la responsabilidad principal es del anestesiólogo esto no excluye la responsabilidad de la enfermera, sino que la hace copartícipe de la misma.

En el presente caso, las personas que intervinieron en el suministro y administración del medicamento vincristina, a la menor paciente I.V.M.R., desarrollaron diferentes actos que aunque se encontraban asociados y tenían un objetivo final común, fueron realizados por diferentes profesionales de manera independiente, no existiendo una verdadera delegación de funciones entre un superior jerárquico y un profesional subordinado.

El grupo de profesionales que tuvo a cargo la atención, el manejo y la responsabilidad del enfermo, asumió su propia responsabilidad, cada uno en su respectivo campo de desempeño.

Con relación al principio de confianza, que plantea el médico acusado en sus descargos, este se encuentra bien fundamentado con base en el desarrollo del trabajo en equipo, teniendo en cuenta que al interior del mismo, las funciones deben estar bien delimitadas, de tal forma que exista claridad sobre lo que le compete a cada uno de sus integrantes.

Esta superioridad considera que en los actos médicos desarrollados por el Dr. J.A.N. y que fueron motivo de investigación en el presente caso, no se configura la existencia de imprudencia ni negligencia por parte de dicho profesional y que el desenlace fatal que ocurrió, se produjo por fallas presentadas en etapas diferentes del proceso de atención de la paciente como la preparación del medicamento, el traslado al lugar de aplicación y la revisión de la respectivas etiquetas, que se encontraban a cargo de otros profesionales del equipo de salud, por lo que este tribunal procederá a absolver al médico acusado.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: ABSOLVER al doctor J.A.N. en el proceso 2013-092 adelantado por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Huila, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, septiembre veintiseis (26) del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1385 DEL VEINTISEIS (26)
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

**REF: Proceso No. 174 den Tribunal Seccional de Etica Médica de
Cundinamarca
Denunciante. Sra. G.A.Y.U.
Contra. Dra. D.Y.M.J.**

**Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney
Providencia No. 78 -2017**

VISTOS

Por hechos ocurridos el 30 noviembre de 2015 durante la atención del joven Y.C.P.Y. de 17 años de edad, en el HOSPITAL SAN RAFAEL de la ciudad de Tunja, los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca encontraron méritos para formular cargos contra la doctora D.Y.M.J. por posible violación de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981, los cuales fueron formulados mediante providencia del 5 de julio de 2016

El 6 de septiembre la médica endilgada y su apoderado rindieron diligencia de descargos.

Mediante providencia del 13 de junio de 2017, los magistrados del Tribunal no aceptaron los descargos imponiendo sanción de Censura Escrita y Pública, providencia notificada mediante correo electrónico enviado a la médica y a su apoderado el 16 de junio de 2017

El 11 de julio, el Apoderado de la galena interpuso recurso de Apelación contra la providencia de junio 13 de 2017

Mediante auto del 25 de julio, los magistrados concedieron el recurso de Apelación ante el Tribunal Nacional.

El 8 de agosto, se recibió el expediente correspondiendo por reparto al magistrado Gabriel Lago Barney.

HECHOS

El joven Y.C.P.Y. de 17 años de edad para el momento de los hechos, presentó dolor abdominal en epigastrio tipo picada de 9 horas de evolución asociado a deposiciones líquidas en tres ocasiones y vómito en dos, acompañados de astenia y adinamia, por lo que consultó a la E.S.E. CENTRO DE SALUD FE Y ESPERANZA del municipio de Soracá, Boyacá, donde fue atendido por médico general quien encontró paciente con signos vitales normales y abdomen blando; diagnosticó otros dolores abdominales, gastritis y gastroenteritis; prescribió sales rehidratantes, ranitidina y acetaminofén; advirtió signos de alarma. Por la aparición de estos signos consultó al HOSPITAL SAN RAFAEL de Tunja a las 19:30 del 30 de noviembre de 2015 donde, según la quejosa y madre del paciente, fue atendido por una estudiante y la médica D.Y.M.J., se limitó a indicar la prescripción de hidróxido de aluminio con base en el diagnóstico de gastritis elaborado por una estudiante. Según la galena endilgada, en versión libre la paciente fue inicialmente valorada por la médica interna quien encontró dolor epigástrico 9/10, se elaboraron las hipótesis diagnósticas de dolor abdominal y enfermedad ácido péptica por lo que iniciaron líquidos con lactato de ringer, se prescribieron ranitidina, diclofenaco y metoclopramida y se solicitaron hemograma que mostró 14.500 leucocitos con 82.5% neutrófilos, PCR en 1.96 mg/dL que fueron interpretados con leucocitosis leve y ligeramente aumentada, respectivamente; el uroanálisis fue interpretado normal. Según la galena endilgada el paciente presentó mejoría cuando ella lo valoró y fue dado de alta a las 21:45 horas con hidróxido de aluminio.

Por persistencia del dolor consultó al día siguiente a las 5:59 horas, ingresando un paciente con signos vitales normales, temperatura de 37.9 ° C, con abdomen en tabla y sin ruidos intestinales. Fue valorado por cirujano a las 7:30 horas e iniciaron la cirugía a las 10:30 horas; se diagnosticó apendicitis aguda con peritonitis generalizada que requirió drenaje, liberación de bridas y tratamiento intrahospitalario con antibióticos

(Clindamicina, amikacina) hasta el 9 de diciembre; durante la hospitalización presentó infección de la herida quirúrgica, se drenó una colección de la herida de un centímetro de diámetro. El paciente evolucionó de manera favorable; el diagnóstico de patología fue apendicitis cecal, apendicectomía con apendicitis severa y peritonitis aguda severa.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

Para el momento de los hechos la médica endilgada fungía como médica general en el servicio de urgencias del HOSPITAL SAN RAFAEL de la ciudad de Tunja.

La médica D.Y.M.J., el día de los hechos delegó la atención del paciente en una estudiante en calidad de médica interna, y con base en la atención que ésta brindó, en que describió que se trataba de una nueva consulta, dolor abdominal epigástrico de intensidad 9/10 acompañada de vómito en tres ocasiones, instauró un plan de estudio y tratamiento.

Si bien es cierto que en la estructura y funcionamiento de un hospital universitario los pacientes pueden ser valorados inicialmente por los estudiantes de medicina, también lo es que el deber de cuidado y la responsabilidad recaen en el médico graduado y quien ejerce las funciones docentes, quienes deben velar por la atención del paciente y verificar que se hayan realizado una anamnesis completa y que el examen físico corresponda a los hallazgos realizados por el estudiante; igualmente, responde por la solicitud de ayudas diagnósticas y por la interpretación oficial de los resultados, que en el caso in comento no fueron comentados ni analizados en la historia clínica. Con la valoración inicial realizada por la estudiante interna, se procedió al manejo inicial en urgencias y a la solicitud de ayudas diagnósticas. Con los resultados de laboratorio, como se dijo, sin que se haya registrado el análisis de los mismos, se procedió a la valoración del paciente por parte de la galena endilgada y a la formulación de medicamentos de tipo anti inflamatorios no esteroideos, enviando el paciente a su casa. Con dicha actitud, la galena endilgada transgredió el artículo 10 de la Ley 23 de 1981: *“El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.”*

Al delegar la valoración del paciente en una estudiante de medicina no graduada, como lo reconoció la galena endilgada en su versión libre, sin verificar los hallazgos clínicos, actuó de manera negligente, y al realizar un plan de estudio y tratamiento basada en estos hallazgos actuó de manera imprudente. (Folio 125 del expediente) Con su actuación, igualmente transgredió el artículo 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”*

La defensa de la doctora M.J. se fundamenta en un reglamento que para los estudiantes que hacen su Entrenamiento Médico Quirúrgico (internado), dentro del HOSPITAL SAN RAFAEL de Tunja, adoptado, según la defensa por medio de la resolución 137 de 2015 que faculta a los estudiantes hacerse cargo del manejo de los pacientes. Con base en este acto administrativo infiere que es responsabilidad de los estudiantes internos la mala praxis derivada de sus acciones, indicando que el acto es una responsabilidad compartida. Sin embargo, en el Capítulo 4º, artículo 21º, numeral 1, dice: *“La historia clínica debe realizarse cuando el paciente se encuentre en el servicio correspondiente y debe presentarse al especialista para su aprobación (Resolución 1995/96) (sic)”* (Lo subrayado no lo es en el texto) Del mismo modo, el documento aportado por la defensa, en el numeral 3, hace referencia a la obligación del estudiante de presentar los antecedentes del paciente, realizar las evoluciones, solicitar las ayudas diagnósticas, realizar las prescripciones e interconsultas. *“Estas deben ser aprobadas y firmadas por el Especialista y/o médico hospitalario.”* (Lo subrayado no lo es en el texto) Del mismo modo en el numeral 4 se contempla que los resultados de las ayudas diagnósticas: *“... se deben presentar al médico especialista o médico hospitalario de turno para su respectiva aprobación.”* (Lo subrayado no lo es en el texto) El numeral 7 demanda que las fórmulas elaboradas por el médico interno sean avaladas y firmadas por el médico especialista y/o el médico hospitalario. Finalmente, al artículo 13 reza: *“Todo nota en la historia clínica debe tener firma y sello del médico tratante o del médico hospitalario.”*

De lo anterior y basados en el objetivo de la resolución traída a colación por la defensa en que se le brindan oportunidades de experiencia

de aprendizaje y práctica: "...[en] conjunto con el médico especialista, médicos hospitalarios o jefes de servicio", se desprende que la responsabilidad de las actuaciones de los médicos internos es de los funcionarios de la institución con funciones docentes o en su calidad de empleados de la Institución, quienes deben verificar y avalar las actuaciones de éstos; por lo tanto, no es de recibo para este Tribunal tratar de transferir la responsabilidad de la actuación de la galena endilgada al estudiante de medicina.

Al respecto la Sala con ponencia del Magistrado doctor Fernando Guzmán Mora, en Providencia No. 80-2010 del Tribunal Nacional de Ética Médica anotó:

"...Responsabilidad del equipo de trabajo en salud

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. Desde el punto de vista de los procedimientos médicos, cuando un paciente es tratado en un hospital o clínica, puede serlo en varias formas, cada una de las cuales origina un tipo especial de responsabilidad:

*1- Bajo la dirección del médico que ordena el tratamiento, en cuyo caso los demás participantes son dependientes. Ej.: Cirujano, residente e instrumentadora; intensivista, residente y enfermera; hemodinamista, residente y técnico radiológico. **El jefe del equipo responde por el daño que ocasione en forma directa (artículo 2341 del código civil):** (Lo subrayado no lo es en el texto)*

"[...] El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido [...]"

Como además en estos casos, la responsabilidad no sólo abarca las acciones del jefe de equipo sino las de sus colaboradores, se dice que el jefe es 'comitente' y por lo tanto responde de las acciones de sus auxiliares, dependientes y sustitutos, tanto en el plano contractual, como extracontractual. Si se plantea una demanda por daño, la responsabilidad es solidaria: Responde el autor del daño y quien

debe supervisarlo. Ésta se considera una responsabilidad indirecta o refleja. El artículo 2347 del Código Civil es claro en este aspecto:

“[...] Toda persona es responsable, no solo de sus propias acciones para el efecto de indemnizar el daño, sino del hecho de aquellos que estuvieron a su cuidado[...]” (Lo subrayado no lo es en el texto)

Ahora bien, si logra demostrarse como causante del daño a un miembro específico del equipo, los demás participantes (excepto el jefe del equipo) pueden eximirse de culpa, teniendo la carga de la prueba en su contra. Los subalternos, que en su práctica médica son orientados y dirigidos por el jefe médico, o jefe del equipo, han de responder por sus propias equivocaciones, operando respecto de otros miembros del equipo el principio de la incomunicabilidad de la culpa. **El mencionado jefe del equipo tendrá una responsabilidad vicariante por haber delegado funciones o por haber adquirido institucionalmente un compromiso de vigilancia y dirección del pupilo.** (Lo subrayado no lo es en el texto)

Esta circunstancia ocurre, como en seguida se verá, en las escuelas de medicina, que imponen 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). (Lo subrayado no lo es en el texto)

Confluyen, pues, responsabilidades en la institución en que el equipo desarrolla su actividad médica; la institución que, generalmente por convenio, envía a los practicantes a ese centro hospitalario; y el médico jefe, que es el directamente encargado de supervisar esa práctica.

No responde el jefe, cuando el causante del daño es un dependiente ocasional o accidental, como ocurriría con una enfermera particular contratada por el paciente para su vigilancia nocturna, o con una enfermera facilitada por la clínica para que cubra por un día la licencia de la integrante del equipo que cuida la evolución del enfermo.

Y siempre que se hable de los cuidados brindados en la etapa postoperatoria o de los seguimientos a la evolución del tratamiento, ha de considerarse la circunstancia de integración del equipo o de responsabilidad individual, porque generalmente el equipo que ha actuado como un solo cuerpo para un fin específico (v. g. la intervención quirúrgica), se descompone una vez alcanzado su propósito; sobreviene para el paciente una etapa diferente, de cuidado y recuperación, en la que seguirá siendo vigilado por el médico que lo intervino, pero en la que otros profesionales asumen el control directo.

También deben considerarse los diferentes contratos que pueden surgir; y de hecho surgen, durante el período de internación del paciente en el centro hospitalario: porque una será la relación con su médico tratante, otra con el anestesiólogo de la institución, otra con el personal paramédico, etc. En cada caso, las personas participantes tendrán una pequeña parcela bajo su dominio que, aunque exclusiva, no es generalmente excluyente de la responsabilidad de otros.

Hablando de la salud, cualquier daño puede tener origen en una serie de causas: un leve error médico, más un descuido pequeño por parte de la enfermera que suministra el medicamento, más la falta de un equipo adecuado en el centro hospitalario; o la simple inadvertencia por parte del médico de una conducta clínica no apropiada anterior al momento en que este profesional asume el cuidado (por ejemplo, en los casos de remisión de pacientes entre centros de atención), sin necesidad de que se haya roto la cadena de cuidado, puede llevar imperceptiblemente a la agravación o incluso a la muerte del enfermo.

Es importante resaltar que corresponde a cada uno de los participantes probar su diligencia y cuidado, para eximirse de esta responsabilidad en red, que surge de las actuaciones conjuntas o secuenciales.

2- Cuando la atención médica se presta en forma simultánea (Ej.: cirujano y anestesiólogo, neumólogo e intensivista). Aquí existen varios tipos de contrato médico: el del cirujano, el del anestesiólogo y el de la institución hospitalaria. La responsabilidad es individual, por parte del autor directo del daño.

Hay que dejar en claro que en el caso de una intervención quirúrgica, el cirujano y el anestesiólogo tienen su propio campo de responsabilidad, es decir, el uno no es dependiente del otro, pues cada uno es especialista en su área. Sin embargo, en caso de daño, la acción nociva de alguno puede agravarse con la conducta culposa del otro.

3- En actos asociados pero independientes (Ej.: ginecólogo, laboratorista y radiólogo). Cada uno responde si ocasiona daño y se prueba culpa. Además, puede existir responsabilidad compartida.

El equipo médico es, pues, el grupo de profesionales de la salud que tiene a su cargo la atención, el manejo y la responsabilidad del enfermo, cada uno en su campo y trabajando como un todo.

Tipos de culpa en el ejercicio de grupo

A- Culpa debido a error no excusable del director del equipo, en cuyo caso responde ante la Ley si se prueba impericia, negligencia, imprudencia o dolo. (Lo subrayado no lo es en el texto)

B- Culpa debido a error de uno de los integrantes del equipo dependientes de su director. En este caso ambos deben responder.

Ej.: El profesor de cirugía que deja intervenir un paciente por el residente sin la respectiva supervisión.

Ej.: El olvido de una compresa por parte de una instrumentadora que no practica un recuento antes de cerrar el abdomen.

A este respecto, dice el artículo 2344 del CC:

“Si un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355 [...] Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso[...].”

En este sentido pueden determinarse dos tipos de obligaciones, consideradas en nuestra ley y en algunas jurisprudencias extranjeras: la obligación mancomunada y la solidaria. En la primera, el resarcimiento del daño o deuda hacia el paciente lesionado se puede dividir en tantas partes como causantes haya, quedando por lo tanto cada uno con parte del costo de indemnización. En las obligaciones

solidarias, el paciente puede exigir el pago total a cualquiera de los miembros del equipo demandado.

C- A la culpa de uno se puede sumar el descuido o falta de vigilancia del otro.

Ej.: El anestesiólogo que, sabiendo que un médico no es cirujano titulado y conociendo además su incompetencia técnica, procede con la anestesia.

Ej.: El anestesiólogo que se ausenta de la sala de cirugía y el cirujano que lo permite.

Agravantes: Uno de los miembros del equipo advierte del error que se está cometiendo y del daño a causar, pero el corresponsable no acepta la sugerencia. Es evidente que, en casos como éste, el sujeto que en un primer momento desarrolla un actuación simplemente culposa, una vez advertido por otro de su descuido o equivocación, si persiste, ya lo hace con pleno conocimiento y completa voluntad, por lo que, al 'querer' actuar en esa forma y ser consciente del daño que va a causar, habrá pasado de la culpa al dolo.

D- La culpa colectiva. Cuando existe un daño evidente y no se puede atribuir la responsabilidad a un miembro del equipo en particular, la responsabilidad es colectiva. Esto aplica en la esfera civil y no en la penal. Se basa en la dificultad de determinar el causante del daño, sea por lo complicado de un procedimiento o por el fenómeno del encubrimiento por parte de los demás miembros del equipo.

E- Culpa por utilización de equipos defectuosos. En este caso, a sabiendas de que los instrumentos no son idóneos, se insiste en utilizarlos de modo que, sin poder confiar en ellos, se comete evidentemente una imprudencia. Quedaría exculpado, como es lógico, el personal médico, paramédico o de enfermería que los usara como último recurso absolutamente necesario y ante la carencia de alternativas viables.

Los equipos son instrumentos, es decir, aparatos inventados por el hombre para realizar un determinado fin. Habían sido tradicionalmente la prolongación de las manos, que permitían la realización de actividades más precisas y efectivas. Hoy son verdaderas prolongaciones del cerebro, que ayudan en la toma de decisiones (desde un

simple termómetro hasta el complicado tomógrafo axial, capaz de efectuar cortes visuales micrométricos a un órgano sin 'tocarlo'). Si estos equipos fallan, el médico sabe que toda su operación quirúrgica o su conjetura diagnóstica fallarán. Por esto será culpable de la utilización de herramientas en mal estado, siempre y cuando existan posibilidades alternativas.

La delegación de funciones en la práctica médica

En términos administrativos, delegar significa distribuir funciones específicas entre los subordinados (profesores subordinados, residentes, internos, estudiantes, enfermeras y personal paramédico), sin disminuir la responsabilidad del mando y manteniendo un estrecho nivel de supervisión. (Lo subrayado no lo es en el texto)

*Una correcta delegación amplía el campo de acción profesional en la medida en que el aporte de los colaboradores sea superior al costo de su intervención. Esto incluye la consideración de costo-efectividad. **Por ejemplo, cuando se delega una función técnica, como intervenir un paciente con apendicitis aguda, se debe sopesar la necesidad de proteger al enfermo, contra la conveniencia de permitir al residente quirúrgico verificar sus conocimientos teóricos en la práctica, pero siempre bajo la supervisión de alguien jerárquicamente superior.** (Lo subrayado no lo es en el texto)*

Por otro lado, puede llegar a suplir algunas limitaciones de tiempo de los docentes, brindando más tiempo a su labor de coordinación, introduciendo a la vez elementos de auto respeto en quien se encuentra en período de práctica, y mejorando la calidad del trabajo de grupo. Simultáneamente, sirve para evaluar el trabajo de los subordinados. En el medio hospitalario, al igual que en muchas empresas similares, las causas de ausencia de delegación por parte del docente incluyen: falta de confianza en sí mismo y en los subordinados; pobre definición de obligaciones; temor de capacitar a posibles competidores; imagen hipertrófica de sí mismo; impaciencia o ansiedad; y temor a parecer poco eficiente desde el punto de vista asistencial.

La contraparte, es decir, la falta de aceptación de funciones delegables por parte del subordinado se puede deber a varias razones: temor a asumir responsabilidades; falta de estímulos; exceso de trabajo; y miedo a las sanciones, entre otros.

*A pesar de las consideraciones anteriores, dado el cambio efectuado en el ejercicio médico, existen **algunas funciones que no son delegables, entre las cuales se incluyen: decisiones que afectan a grandes grupos profesionales; hechos decisivos en la terapéutica de un enfermo; mantenimiento de la disciplina hospitalaria y universitaria; funciones técnicas que requieren talentos especiales; tareas delicadas de emergencia; y aquellos trabajos específicamente asignados por las autoridades del hospital a personas concretas.** (Lo subrayado no lo es en el texto)*

El proceso de delegación incluye varios pasos: asignación de deberes (actividades a realizar); asignación de autoridad (dar poder para 'hacer algo en nombre de'); asignación de responsabilidades (compromiso del subordinado para realizar lo que se le ordena).

*En esencia son responsabilidades operativas, pues **la responsabilidad última nunca se delega.** Las consideraciones en el proceso son: tener en cuenta las habilidades de quien recibe la delegación; no delegar tareas cuyos resultados no se puedan controlar; delegar en aquellos que compartan la filosofía de la función delegada; y una vez se delegue, evaluar el modo operativo y los resultados. (Lo subrayado no lo es en el texto)*

La actitud de quien delega una tarea a otro debe acompañarse de varios soportes: controlar sin interferir las actividades; si se cometen errores ofrecer otra oportunidad supervisada; delegar estimulando y apoyando; no delegar en quien no se tenga confianza; compartir responsabilidad en la delegación y apoyar al subordinado; fijar plazos, objetivos y recursos; determinar cómo se reconocerá la buena ejecución de las tareas y las sanciones en caso de fracaso; no delegar ejercicio de poder en quien no esté preparado para ejercerlo; o no delegar si esto causa reacciones negativas en otros subordinados

¿Cómo se controla la delegación? Por medio de reportes periódicos, asistencia al subordinado, tomando en cuenta opiniones de otros,

reuniones de rutina de asesoría y observación directa sin frustrar la iniciativa.

Por último, algunos factores de contingencia en la delegación incluyen:

Responsabilidad en casos de delegación

1- Tamaño de la organización (a mayor tamaño mayor necesidad de delegar)

2- Importancia de la decisión a tomar (a mayor importancia menos debe delegarse)

3- Complejidad de la tarea (a mayor complejidad, mayor necesidad de delegar a los especialistas)

4- Cultura organizacional (a mayor cultura y confianza, mayor frecuencia de delegación)

5- Cualidades de los subordinados (a mejores cualidades, mayor delegación).

1- Delegación sin producción de daño. En este caso, siguiendo las normas de excelencia del acto médico, si se obtiene el resultado esperado o, en caso de no obtenerse tampoco se causa un daño, no cabría posibilidad de queja por parte del enfermo.

2- Delegación con producción de daño. En este caso el médico delegante responde contractualmente. El sustituto responde en la misma forma cuando el paciente ha sido informado de la delegación y ha dado su consentimiento para la misma. De lo contrario, responde en forma extracontractual.

3- Derivación hacia otro especialista. Esta puede hacerse, bien porque se requiere una participación simultánea, en cuyo caso y de acuerdo con circunstancias específicas de cada caso, uno o ambos médicos responden si se produce un daño.

4-Transferencia a otro colega, bien porque el manejo del primer médico ya cumplió su cometido (Ej.: paciente con trauma de tórax que requiere un tubo de tórax y luego de obtener expansión pulmonar; una vez se retire el tubo en forma definitiva, se transfiera al neurocirujano para manejo de lesión medular severa); o porque el médico

tratante inicial considera que se sale de sus manos el manejo (Ej.: el médico de urgencias que atiende al paciente en estado de choque por un aneurisma roto y remite el enfermo al cirujano para corrección de la patología de base)... "

En una institución con funciones universitarias el profesional debe cumplir y responder por las funciones de asistencia y docencia sin delegación. Desde la perspectiva del paciente, debe tener claro la doctora M.J., que un paciente, previamente valorado por un colega acude a un hospital de tercer nivel para ser evaluado por un especialista y no por un estudiante interno.

Igualmente, argumentó en su defensa la dificultad para realizar el diagnóstico de apendicitis y la falta de disponibilidad de ecografía para precisarlo, así como la existencia de diarrea. De todos es conocido que el diagnóstico de apendicitis es clínico, como lo mencionara el doctor R.U.L., médico cirujano, a quien la defensa solicitó ser escuchado, y quien realizó la cirugía basado en la clínica y quien manifestó que un buen diagnóstico se basa en la anamnesis, un examen físico cuidadoso y en las ayudas diagnósticas que contribuyen a realizar un diagnóstico diferencial, para lo cual recomendó la escala de Alvarado, que en el caso in comento, según esta misma escala aportaban los siguientes elementos: Presencia de dolor de una intensidad 9/10, vómito en tres ocasiones, temperatura de 37.9 °C, recuento de leucocitos de 14.500 leucocitos con 82.6% de neutrófilos, es decir, 11.977 neutrófilos absolutos, con lo cual tenía entre 5 y 6 puntos que sugerían una posible apendicitis; sin embargo se inclinó por el diagnóstico de gastritis, sin dar indicaciones para el manejo de la diarrea. Adicionalmente, contaba con la epidemiología en un paciente previamente sano, quien presentaba una sintomatología aguda y cuya edad es de las de mayor frecuencia de presentación de apendicitis. Ante la duda debió dejar el paciente en observación hasta que pudiera realizar las imágenes pertinentes o solicitar la ayuda del especialista en cirugía para aclarar el diagnóstico si tenía entre las posibilidades que se tratara de una patología quirúrgica.

En la publicación científica Sensibilidad y especificidad de la escala de Alvarado en apendicitis aguda en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, realizado en el Hospital Regional de Veracruz por los doctores Luis Hernández Miguelena y David Román Domínguez Solano

(Cir. gen vol.34 no.3 México jul./sep. 2012 (ISSN 1405-0099) observaron que: *“Los criterios de la Escala de Alvarado tienen una sensibilidad de 96% en la población general para el punto de corte de 5, 97% para hombres y 95% para mujeres, con una especificidad de 72% para la población general con 61% para hombres y 83% para mujeres. El valor predictivo positivo en la población general fue de 93% con 92% para hombres y 95% para mujeres con un valor predictivo negativo para la población de 82%, hombres 81% y mujeres 83%”*

Como bien lo trajeran a colación los Magistrados del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca, las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud relacionadas con Dolor abdominal agudo y la apendicitis aguda, se recalca la importancia de realizar una anamnesis completa y un examen físico riguroso para tratar de determinar el origen del dolor abdominal, que en caso de no poder establecerse se debe apoyar en ayudas diagnósticas, observación y apoyo en el especialista, acciones que no fueron realizadas del todo por la galena encartada.

(Guías para Manejo de urgencias Tomo II. Ministerio de la Protección Social. 2009. Tercera edición. Bogotá, D.C. ISBN Obra completa: 978-958-8361-66-6; pág. 137 a 152). Según la defensa el cuadro de dolor abdominal por apendicitis no se ve afectado con la administración de analgésicos no esteroideos; sin embargo, las guías del Ministerio citadas previamente, para la enfermedad ácido péptica recomiendan considerar el tratamiento del *Helicobacter pylori*, evitar AINES y administrar una terapia anti secretoria adecuada. Para ello durante el interrogatorio se debe indagar por el estilo de vida, principalmente sobre tabaquismo y dieta, de los cuales no hay registro en la historia clínica. Si se trataba de una enfermedad ácido péptica estaba contraindicado administrar antiinflamatorios no esteroideos. Si se trataba de un dolor abdominal de otro origen, qué efecto clínico se buscaba con la administración del AINES, diferente a aliviar el dolor, y por lo tanto, modificar la clínica? ¿Cuál es el papel de los AINES en un paciente con diarrea? La defensa se sustenta en que la clínica de dolor abdominal mejoró luego de la administración del antiinflamatorio esteroideo al punto que la galena endilgada, cuando valoró al paciente, encontró un abdomen que describió como blando, depresible no doloroso a la palpación y sin signos de irritación peritoneal.

La galena endilgada al no realizar la valoración inicial sino basarse en la información obtenida por un estudiante de medicina incumplió de manera

negligente, su deber de evaluar al paciente y al proceso docente de supervisar al estudiante en una institución en donde se ejercen funciones universitarias; igualmente, con base en la información obtenida por el estudiante, sin validar la información obtenida, elaboró de manera imprudente un diagnóstico y un plan de estudio e intervención con lo cual expuso a su paciente a riesgos injustificados al no aclarar los diagnósticos diferenciales e indicar una terapia inadecuada cuando envió el paciente a casa.

De conformidad con las argumentaciones precedentes, se confirmará la decisión de los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma, la sanción impuesta a la doctora D.Y.M.J., de Censura Escrita y Pública, por la transgresión de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente decisión no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, veintinueve (29) de agosto del año dos mil diecisiete (2017)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1381 DEL VEINTINUEVE (29)
DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)**

**REF:Proceso No. 785 de Tribunal Seccional de Etica Médica del
Atlántico**

Denunciante: De oficio

Contra: Drs. L.E.T.V., J.F.G.A., C.A.A.C. y P.O.G.R.

Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney

Providencia No. 71-2017

VISTOS

Por hechos ocurridos en junio de 2013 relacionados con presunta negligencia en la atención de un menor de edad por parte de los médicos que le dispensaron dicha atención, los magistrados del Tribunal de Ética Médica del Atlántico encontraron méritos para iniciar de oficio proceso ético médico disciplinario ante denuncia pública que se realizara por medio del periódico El Heraldo de la ciudad de Barranquilla el día 14 de junio de 2013 relacionado con la atención que recibió el niño S.S.T.S. (q.e.p.d.) luego de sufrir un trauma en rodilla izquierda cuando estaba jugando fútbol; la atención fue prestada inicialmente en la EPS SURA y con posterioridad en la CLÍNICA del CARIBE. Presuntamente, los galenos endilgados violaron los artículos 3, 10, 19, 21 y 34 de la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999

El 14 de octubre de 2014, la Señora K.C.S.C., madre del niño fallecido presentó queja contra los doctores S. DE. J.T.E., A.D.D., J.P., N.B.G.B., W.B.A., P.G.R., J.C. y contra la I.P.S. SURA ALTOS DEL PRADO Y CARIBE S.A.

Mediante providencia del 6 de julio de 2016 los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, elevaron cargos contra los doctores L.E.T.V., médico ortopedista; J.F.G.A., médico general, C.A.A.C., médico pediatra; y P.O.G.R., médica general.

La providencia les fue notificada personalmente al apoderado del doctor A.C. el 13 de julio de 2016, al doctor J.F..G.A. el 18 de julio del mismo año, al doctor L.E.T.V. el 21 de julio de 2016 y por Estado el 13 de julio del mismo año.

El 3 de agosto rindió diligencia de descargos la Doctora P.O.G.R., el 10 de agosto de 2016 el doctor A.C., el 7 de septiembre el doctor T.V. y el 28 de septiembre el doctor G.A.

El 26 de abril de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional no aceptaron los descargos del Doctor A.C. por lo que se sancionó con suspensión del ejercicio profesional por dos meses; no se aceptaron los descargos del doctor T.V. sancionándolo con un mes en la suspensión del ejercicio profesional; tampoco se aceptaron los descargos del doctor G.A., ni de la doctora O.G., imponiéndoles Censura Escrita y Pública.

La providencia les fue notificada personalmente a sus apoderados los días 4, 8 y 15 de abril y por Edicto el 4 de mayo de 2017

El 9 de mayo de 2017, el apoderado de la doctora P.O.G.R. interpuso recursos de Reposición y Apelación; los apoderados de los doctores L.E.T.V. y C.A.A.C. interpusieron recurso de Apelación contra la providencia sancionatoria del 26 de abril de 2017

Mediante providencia del 7 de junio de 2017, los magistrados del Tribunal Seccional no repusieron el proveído impugnado por la apoderada de la doctora P.O.G.R. y concedió el recurso de Apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica, el cual se recibió el 21 de junio de 2017 y fue repartido en Sala correspondiendo al magistrado Gabriel Lago Barney.

HECHOS

Los magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica tuvieron conocimiento del caso del niño S.S.T.S. (q.e.p.d.) por noticia que fue publicada en el diario El Heraldo de la ciudad de Barranquilla el día viernes 14 de junio de 2013

Se trata de un niño de 13 años de edad para el momento de los hechos, quien durante un partido de fútbol el día 6 de junio de 2013, recibió un trauma en rodilla izquierda presentando con posterioridad dolor y limitación en la movilización que se acompañó de febrícula. Por este motivo consultó en dos ocasiones a la EPS SURA donde realizaron toma de radiografía descartando fractura, fue inmovilizado y tratado con analgesia. Por aumento de la intensidad del dolor en la rodilla fue inmovilizado y se solicitó cita con ortopedista quien lo valoró dos días después descartando fractura, colocó venda elástica y advirtió que debía mantenerse en reposo y con ropa ligera; en caso de persistir la fiebre que había iniciado ese día, por más de 48 horas, debía acudir de urgencia. El domingo 9 consultó en dos ocasiones por la persistencia de fiebre y aumento del dolor, por lo que fue remitido a la CLÍNICA del CARIBE.

El 10 de junio de 2013 ingresó a la CLÍNICA del CARIBE S.A. por el servicio de urgencias remitido de la E.P.S. SURA con cuadro clínico de cuatro días de evolución. Como antecedentes había padecido hepatitis A y varicela. Fue valorado por ortopedista quien encontró edema, dolor, calor y limitación a la flexión y extensión de la rodilla izquierda; sospechó un esguince colateral medial de la rodilla izquierda y una sinovitis aguda de la misma. Se hospitalizó por presentar signos radiológicos de derrame articular y diagnóstico de sinovitis aguda. Se prescribieron antibióticos y dipirona; se solicitó realización de resonancia nuclear magnética. El ingreso fue realizado por la doctora P.G., médica general.

Durante la hospitalización en el servicio recibió tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios. En electrocardiograma realizado se observó taquicardia sinusal. El 11 de junio se sumaron signos de dificultad respiratoria y manifestaciones de dolor en rodilla izquierda. Se realizó radiografía de tórax en la cual observaron infiltrados intersticiales y alveolares bilaterales por lo que fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos de adultos porque la clínica no contaba con unidad de cuidados intensivos pediátricos;

estando en la unidad de cuidados intensivos el doctor L.T., médico ortopedista realizó artrocentesis. Se solicitó traslado a una institución que contara con unidad de cuidados intensivos de pediatría.

El paciente presentó hipotensión sostenida que no respondió a terapia hídrica ni a la administración de vasopresores. Se inició oxigenoterapia, inicialmente con máscara y por el deterioro respiratorio fue necesario iniciar Cpap logrando mejorar la saturación, sin embargo, la respuesta a los vasopresores no fue suficiente; el niño persistió con taquicardia e hipotensión; la rodilla presentó edema con persistencia del dolor y edema en el miembro inferior izquierdo. Se inició antibiótico con meropenem y linezolid. Se tomaron muestras para cultivo.

El 12 de junio se logró estabilidad de las cifras tensionales con norepinefrina luego de mantener tensiones sistólicas entre 60 y 102 mm Hg y diastólicas entre 25 y 47 mm Hg. A pesar de tener infusión de líquidos intravenosos de 120 c.c. por hora se mantuvo con taquicardia entre 150 y 170 latidos por minuto. El ecocardiograma mostró tensiones pulmonares de 50 mm Hg calculada por flujo de regurgitación tricuspídea, sin disfunción ventricular izquierda. Al no mejorar la ventilación con 10 cm de agua se realizó entubación por parte del anesthesiólogo, doctor G.M., quien para el procedimiento administró etomidato, esmerón y midazolam iniciando asistencia ventilatoria con volumen corriente de 320 ml logrando presiones en la vía aérea de 25 cm de agua. Con estos parámetros se logró una saturación de oxígeno de 87%, que persistió con disminución de los ruidos respiratorios generalizados con presencia de crépitos diseminados en ambos campos pulmonares; la radiografía de tórax mostró moteado intersticial alveolar bilateral. La hemoglobina se encontró en 9.5 g/dL; en el hemograma presentó leucopenia con 3880 leucocitos, 77% de ellos segmentados; plaquetas en 162.000 mm³; VSG 36 mm/hora, PCR 259.7 mg/dL; la clínica adicional mostraba evidencia de sangrado por sonda gástrica y hepatomegalia. Las bilirrubinas fueron informadas en 2.85 mg/dL totales con 2.77 mg/dL directa, TGO 59 UI y TGP 30 U.; Nitrógeno ureico en sangre 29.3 mg/dL, Urea 62.7 mg/dL, creatinina sérica 0.68 mg/dL; adicionalmente, presentaba hipokalemia (3.02 mmol/L) que no fue corregida por el bajo gasto urinario. Sodio 136.6 mmol/L y cloro en 102.7 mmol/L; PT 13.6 segundos para un control de 11.2; PTT de 36.4 segundos para un control de 36.4 segundos, INR: 1.24; acidosis metabólica y persistía con temperatura de 38.7°C.

Por progresión del edema en pierna izquierda se realizó resonancia nuclear magnética el día 11 de junio donde se observó integridad del ligamento cruzado anterior y posterior, así como del colateral y medial; se observó igualmente, líquido sinovial que distendía el receso supra patelar y el compartimiento lateral y medial de la rodilla; los meniscos y los retináculos se encontraban normales; se observó hematoma subperióstico femoral distal hasta la porción supracondílea de colección hemática con nivel, formación de nivel líquido en estado agudo y miositis que afectaba los músculos soleo, poplíteo, gemelo medial, tibial anterior, fascia lata, vasto medial, así como los tejidos blandos y celular subcutáneo de la cara medial, lateral y posterior de la rodilla izquierda. La hidroartrosis condicionaba la lateralización patelar. (folio 49)

El niño posteriormente, requirió aumento de los parámetros ventilatorios, vasopresores y administración de una dosis de surfactante sin lograr adecuadas saturaciones ni tensiones arteriales, presentado bradicardia, acompañada de frialdad en la extremidad comprometida y disminución de la perfusión; el cuadro clínico progresó a choque, bradicardia y asistolia que respondió inicialmente a maniobras de reanimación sin lograr respuesta. Falleció a las 14:45 horas del día 12 de junio de 2013. Se informó a los familiares del suceso.

Los diagnósticos registrados en la epicrisis fueron: *“Falla multiorgánica: shock (sic) séptico refractario. Sepsis por infección de tejidos blandos con miositis. Probable por Estafilococo aureus de la comunidad (sic) post trauma en miembro inferior izquierdo. Distress (sic) respiratorio severo. Insuficiencia hepática y renal. Depresión miocárdica ?(sic)”* Firma doctor W.B., médico cardiólogo intensivista; registro médico 12859 M.S.

El 12 de junio se consiguió cama disponible en la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE; la ambulancia del Servicio AMI acudió en horas de la mañana del 12 de junio a la institución, pero por el estado de inestabilidad hemodinámica del niño no fue posible su traslado. (folio 27 Vto.)

En el segundo hemocultivo se aisló Estafilococo aureus sensible a los antibióticos administrados.

RESULTANDOS CONSIDERACIONES

El Doctor L.E.T.V., médico ortopedista, realizó la primera valoración del paciente el día 10 de junio, 10 horas posterior al ingreso de éste a la CLÍNICA del CARIBE S.A.; ordenó hospitalizar y solicitó ayudas diagnósticas, hemograma, VSG, PCR y resonancia nuclear magnética de rodilla izquierda, delegando su lectura al médico general y al pediatra. Volvió a tener contacto con el paciente el 12 de junio cuando el niño se encontraba en la unidad de cuidados intensivos. En este momento realizó artrocentesis, manifestando desconocer el resultado de la resonancia nuclear magnética solicitada por él dos días antes, y que fue realizada 36 horas posterior a la solicitud. El mismo galeno indicó a la magistrada instructora durante la versión libre, que un trauma de rodilla: “...*puede ocasionar un desenlace fatal en algunos casos*” (folio 98) Igualmente, manifestó el galeno endilgado que no fueron realizados los exámenes solicitados por él (hemograma, VSG y PCR) y para el momento no se había realizado la valoración por el pediatra. Sin embargo, la gerente del Laboratorio Clínico aportó la trazabilidad de todas las ayudas diagnósticas solicitadas al laboratorio correspondiente al paciente, las cuales estaban disponibles para el momento de la segunda valoración. En su análisis del caso in comento se trató de un caso de miositis infecciosa por un Estafilococo meticilino sensible (folio 390) que rápidamente evolucionó a falla multiorgánica, choque y muerte.

Se pregunta este Tribunal, ¿de quién era la responsabilidad para verificar la toma, procesamiento e informe de los resultados de los exámenes solicitados por el doctor T.V., en un paciente que ingresó con afección inicialmente de ortopedia y que fue hospitalizado por orden de él? No puede el doctor T.V. pretender que este Tribunal acepte que un paciente remitido desde SURA para atención especializada por ortopedista por presentar los signos de alerta, advertidos por un colega ortopedista, en un niño con dolor, calor e inflamación progresivos en la rodilla izquierda posterior a un trauma que era de su conocimiento, y que en concepto del mismo doctor T. se debía hospitalizar, al punto que dio la orden para ello, y de cuyo análisis surgieron las solicitudes de hemograma, PCR y VSG, así como de la necesidad de realizar un resonancia nuclear magnética de rodilla izquierda, en un niño previamente sano, cuyas hipótesis diagnósticas, según su saber y entender no sólo eran bizarros sino de riesgo, deba ser manejado por el médico general y el pediatra y sean éstos los responsables de rendirle cuenta de sus ordenanzas.

En los descargos, se defiende argumentando que el paciente era institucional y que por dicho motivo se trabajaba en equipo; sin embargo, olvida el doctor L.E.T.V., que por haber sido él quien ordenó la hospitalización, y por la noxa que padecía el niño y la progresión de la misma, era él el llamado a dar respuesta a la enfermedad del niño y el principal médico tratante hasta que lo delegara personalmente en otra persona de su nivel, de lo cual no hay constancia que lo hubiera hecho en la historia clínica ni de que hubiera establecido comunicación con el pediatra; y por el asunto que los convocaba, era el llamado a coordinar el equipo médico al que hace alusión. Además, en su calidad de médico especializado en un área del conocimiento que se practica científicamente, la sola curiosidad por el que consideró un cuadro clínico bizarro que se originó por una lesión de ortopedia en un niño, como se dijo, previamente sano, lo debió llevar a tratar, con mayor razón, a esclarecer el diagnóstico de su paciente, o por lo menos observarlo como bien lo indicó el perito G.deJ.N.C., médico ortopedista, en diligencia ante el magistrado instructor del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico, (folio 699) con el fin de orientar a su equipo; o así sólo fuera para satisfacer su curiosidad científica. Dejar un diagnóstico sin esclarecer, pudiéndolo hacer por medio de la observación de los cambios en el proceso salud enfermedad o de la historia natural de la enfermedad que tenía como hipótesis diagnóstica en mente; y contando con opciones como las indicadas por el perito (artrocentesis, y de acuerdo con la evolución clínica, artrotomía con lavado), no se puede excusar, y menos, argumentando que la observación y seguimiento era responsabilidad de los otros médicos que debían rendirle informe de la condición de salud del paciente que él mismo había ordenado hospitalizar, es simplemente deleznable.

Esta actuación, haciendo referencia al contexto en que el niño recibió la lesión que lo llevó a la muerte, es como si el doctor T. fuera el delantero de un equipo de fútbol y el equipo al que pertenece se estuviera defendiendo de los ataques del adversario; y en un contragolpe de la defensa de su equipo, un compañero del doctor T. lo tuviera que ir a llamar al camerino para que haga la anotación del gol en el arco contrario; y como éste no se pudo concretar, le eche la culpa al grupo por no haberle avisado o no haber realizado la anotación en el arco contrario. El doctor T.V., debe entender que cuando se juega un partido o se atiende un paciente en equipo, todos están presentes, así no todos tengan el balón en el pie o estén realizando la jugada, pues no se sabe cuando ni cómo cambien las

circunstancias del juego y menos la de los pacientes. Si no se está en la jugada, siendo el capitán del equipo o el médico tratante del paciente, se puede perder el partido, o como en este caso el paciente. El doctor T.V. se limitó pues, a que sus colegas le hicieran el trabajo que él mismo programó y por el que debía responder.

Por otro lado, la solicitud que hizo de las ayudas diagnósticas, era para aclarar el diagnóstico de su paciente, determinar una conducta y establecer un pronóstico, amén del deber de informar al niño y la familia de los resultados, proceso que dejó al garete. Del mismo modo reprocha este Tribunal, la actitud de falta de humanismo que el doctor T.V. demostró al haber dejado a un niño padeciendo con dolor en la rodilla, que como bien lo sabe el galeno endilgado, es de los más intensos que puede sufrir un ser humano, particularmente si de un niño se trata. Por lo tanto la atención no se limitaba a esperar que le informaran el resultado de unas ayudas diagnósticas, era también observar la evolución clínica de su paciente, lo cual según los argumentos esgrimidos en su defensa no son de su resorte, se pregunta este Tribunal, entonces de quién?

Pretender excusarse de su negligencia y falta de humanismo en el tipo de contrato que existía entre la CLÍNICA DEL CARIBE S.A. y SETRAUMA S.A.S., en que se trataba de un paciente institucional, en que sólo tenía la responsabilidad de realizar la atención inicial de un evento, (Folio740), y en atribuirle la culpa de su negligencia a los colegas que trataron, por lo menos, de aliviarle el dolor al paciente, no es de recibo para este Tribunal, pues el horizonte que guía el seguimiento de un paciente, no es el horario de trabajo, ni el tipo de contrato sino la necesidad de aclarar el diagnóstico, instaurar o mejorar el tratamiento, establecer un pronóstico y dar una respuesta efectiva a las preocupaciones del paciente y su familia como personas que sufren y han depositado la confianza en un médico, en este caso especialista.

Con su comportamiento el doctor T.V. infringió el artículo 10° de la Ley 23 de 1981: *“El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.”* El galeno encartado había iniciado el proceso para dispensarle los beneficios que su especialidad de manera eficiente y adecuada con lo que, de seguir así, pudiera haberle aportado al paciente y no

lo hizo al no dedicarle el tiempo que requería para su diagnóstico y tratamiento oportuno. La necesidad de esclarecer el diagnóstico, para lo cual le había solicitado a su paciente las ayudas diagnósticas que consideró pertinentes, y el hecho de tratarse de un cuadro clínico bizarro progresivo ameritaban visitas más frecuentes al paciente, observarlo, precisamente por carecer de un diagnóstico, por lo que debía hacer la interpretación oportuna de los resultados de laboratorio o velar por la agilidad en la realización de los mismos, así como valorar la evolución del dolor que presentaba el niño. Con base en esta información pudo haber modificado el tratamiento de manera oportuna, y por ende el desenlace; o por lo menos hacerle más llevadera su agonía. Al no hacer el seguimiento que su paciente ameritaba violó el artículo 21 de la Ley 23 de 1981: *“La frecuencia de las visitas y de las Juntas Médicas, estará subordinada a la gravedad de la enfermedad, y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento o satisfacer el deseo expresado por el enfermo a sus familiares.”*

En relación a la actuación del doctor C.A.C., médico pediatra, se define inicialmente describiendo el modelo de atención del asegurador SURA, en el cual el médico, en este caso el pediatra: *“debe garantizarle al paciente la continuidad del tratamiento médico desde la urgencia, durante la hospitalización y posterior controles en la consulta externa y de esta manera un paciente dentro del sistema POS sea manejado como paciente particular para que tenga **un médico tratante y doliente.**”* (Lo subrayado no lo es en el texto) Justificó su demora, en la atención de la interconsulta en que estaba a cargo del ortopedista y el estado clínico informado por medio telefónico no era grave; igualmente, en que estaba realizando turno en COLSANITAS EPS de 8 a.m. a 3:30 p.m. y en que esperaría los resultados de las ayudas diagnósticas. Sin embargo, a folio 431 del expediente obra constancia de la E.P.S. SANITAS suscrita por la asesora médica de unidades de atención, L.P.V.Q., en que certificó que el Doctor A. realizó consulta médica de pediatría en las instalaciones de la EPS el día 11 de junio de 2013 en la UAP Murillo entre las 8 a.m. y la 1 p.m. A folio 24 Vto., hay registro de enfermería del 11 de junio de 2013, que dice: *“4 p.m. jefe de turno se ha intentado comunicar con el Dr. A. en repetidas ocasiones (sic) quien no contesta y jefe en turno se comunica con Dr –ilegible-.”* Por solicitud de la médica M.M.S. y ante el deterioro del paciente insiste en la valoración por el pediatra, el cual fue llamado nuevamente por enfermería a las 5.20 p.m. dejando mensaje

de voz. El galeno endilgado ingresó a la Clínica, según notas de enfermería (folio 25) a las 7:40 p.m. cuando había sido notificado el intensivista del estado clínico del niño y 36 horas después de haber sido solicitada la interconsulta por el médico ortopedista, de la cual fue informado, según las notas de enfermería, el día 11 de junio de 2013 a las 10 a.m. manifestando que acudiría después de las 5 p.m., una vez le realizaran las ayudas diagnósticas al niño. Justificó su demora en la respuesta a la interconsulta fundamentado en la interpretación que de los signos clínicos hizo el personal de enfermería, y de la supuesta falta de claridad del objeto de la interconsulta. Argumentó su conducta haciendo referencia a lo que es una interconsulta, una urgencia y que no era intensivista.

Desde la perspectiva legal puede que existan vacíos acerca de la oportunidad de la respuesta a las interconsultas, la clasificación de las mismas y la reglamentación para determinar qué es o no una respuesta oportuna, pero desde la dimensión ética y la *Lex artis*, para este caso, no los hay; los elementos éticos que deben tenerse en cuenta son:

1. Humanitarios: La angustia que la falta de diagnóstico o intervención puede generar en el paciente y sus familiares; la necesidad y el derecho que le asiste al paciente y su familia de conocer el padecimiento que lo afecta, su pronóstico y alternativas terapéuticas; la obligación del médico de evitar sufrimiento en el paciente, que como en el caso in comento, son fuente de dolor físico, deterioro del estado de salud y sufrimiento del paciente y su familia.

2. Sociales: La enfermedad conlleva una alteración en la vida cotidiana, no sólo del paciente sino de su familia y de la sociedad. Bien lo han considerado los colegas en la lengua inglesa en su léxico, al hacer referencia a la palabra "*illness*" con la cual se denota la percepción de la enfermedad por el paciente; el término "*disease*" empleado para referirse a los signos objetivos de la enfermedad, generalmente, sobre los que centramos los actos médicos; y el término "*sickness*" para hacer referencia a las implicaciones de la enfermedad sobre la familia, los compromisos escolares, laborales y sociales que se ven afectados como consecuencia de la enfermedad. La confianza y el encargo fiduciario que hacen los pacientes y sus familias en el médico, obligan a éste a dar respuestas oportunas y con el menor nivel de incertidumbre de una manera benéfica y eficiente, sobreponiendo los intereses del paciente a los particulares del médico, por lo cual es un deber del médico dar pronta respuesta a las inquietudes de sus pacientes ahorrando costos de todo tipo.

Tampoco los médicos pueden ser indolentes y faltos de compasión ante la solicitud de ayuda de nuestros pacientes y colegas por el simple hecho de estar muy ocupados o sentirnos muy importantes, es un deber del médico medir sus capacidades, comprometerse con aquello a lo que es capaz de dar respuesta oportunamente y ser sensatos con nuestros compromisos, lo cual se enmarca dentro del *primo non nocere*, de lo contrario se verán afectados

nuestros pacientes y colegas al apropiarnos de su tiempo, recursos, emociones y sufrimiento por el simple hecho de creer que el mundo gira a nuestro alrededor.

Profesionales: Olvida el doctor A. que la función que la sociedad le ha dado al pediatra es ser el profesional que más sepa de niños, ser el asesor de los demás especialistas y personas que trabajan con niños y el cuidador del niño enfermo las 24 horas del día. Al ser el especialista en pediatría, y por tanto poseer el mayor conocimiento en asuntos de niños debió integrarse lo antes posible al equipo de salud, en ese momento dirigido por el Doctor T.V., para tratar de dilucidar la situación clínica del niño S.S.T.S. (q.e.p.d.) ante el llamado que le hicieran los colegas y el personal de enfermería, y no delegar la interpretación del estado real del niño en personas menos doctas sin haber valorado al paciente. Además, era el especialista en pediatría que estaba de disponibilidad para hacerlo.

Es lamentable que el papel de un pediatra en la atención de un niño la tuviera más clara el doctor W.A.B.A., médico intensivista Cardiólogo de adultos, que el doctor A., como lo demostró al requerir la presencia del doctor J.E.C.R., médico pediatra, quien se encontraba en la institución asistiendo a un paciente no institucional, cuando el niño presentó deterioro, para que le ayudara en la prescripción de los medicamentos, en la realización de algunos procedimientos de pediatría y en la reanimación, respondiendo éste oportuna y adecuadamente sin ser el médico tratante, pero consciente de su papel como pediatra. (folios 297 a 299)

Administrativos: Desde la perspectiva administrativa es una obligación del médico velar por el uso eficiente de los recursos del sistema de salud, que la utilización de las camas hospitalarias sea eficiente, máxime cuando, como en el caso de los niños, se vienen cerrando las camas hospitalarias en todo país en forma acelerada con la consecuente reducción de opciones para conseguir una cama hospitalaria para los niños, muchas veces, debido a comportamientos como el estudiado en este caso, que inciden en la disponibilidad y uso eficiente de las camas hospitalarias.

Al no tener claro el objeto de la interconsulta, en tratándose que era el médico pediatra de turno para atender estos pacientes, debió con mayor razón tratar de comunicarse con el personal médico o en su defecto acudir a atender al niño, y no excusarse en supuestos inconvenientes en la

comunicación. Debe entender el Doctor A. que una interconsulta es una solicitud de un colega quien ve limitada su capacidad técnica por lo que acude a alguien con mayor conocimiento que le pueda dar luces para su actuar, en este caso el pediatra, confiando que con su conocimiento, cortesía, profesionalismo y diligencia como parte del *lex artis*, dé pronta respuesta a la solicitud para determinar el curso de acción. Si se está de disponibilidad para atender pacientes en una institución, en la modalidad que sea, se debe responder de manera oportuna y en caso de no poder hacerlo, debe, el responsable de responder la interconsulta, establecer contacto con un colega de la misma especialidad que lo pueda asistir y no esperar a que sean otros quienes le resuelvan el problema de incapacidad de respuesta y menos inculparlos por ello. El colega no espera que esta solicitud de concepto sea delegada en un profesional con menos experiencia o no especializado en el campo del conocimiento, quien deba determinar la urgencia de la interconsulta. En el caso in comento, ni el ortopedista se apersonó del caso delegando su función de comunicarse en otros miembros del equipo de salud, ni el pediatra respondió a dicha solicitud argumentado estar mal comunicado e informado, achacando la demora en la atención a fallas en el sistema de comunicaciones y a la falta de información suministrada por el personal de salud que sí se apersonó del caso, actitud con los colegas que merece el rechazo de este Tribunal. ¿Era obligación de los médicos generales que atendieron al paciente reportarle al pediatra la evolución del paciente, o era el deber del pediatra valorar el paciente a su cargo en virtud de la interconsulta solicitada y el contrato suscrito con la EPS SURA, ambas en calidad de pediatra, en tratándose de un niño hospitalizado?

Sin embargo, al ser informado del paciente dio prioridad a las ayudas diagnósticas y no al paciente, basando su manejo en un concepto no especializado y de enfermería por medio telefónico. Lo cierto es que la atención dispensada por el doctor A.C. al niño T.S. (q.e.p.d.) fue a todas luces inoportuna. Con su actuación violó los artículos 3 y 10 de la Ley 23 de 1981 exponiendo a su paciente a riesgos injustificados que se concretaron con una patología que lo llevó a la muerte. El primero de ellos por no: *“dispensar los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas por la Ley”*. Como consecuencia de ello violó al artículo 10 de la Ley 23 de 1981 al no *“...dedicar 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.”*

En relación a la atención dispensada por la Doctora P.O.G.R., médica general, atendió en dos ocasiones al paciente, la primera de ellas el 10 de junio de 2013 en la que encontró un paciente con limitación funcional de la rodilla izquierda, dolor y leve calor local; dejó solicitados hemograma y resonancia nuclear magnética de rodilla, que para el momento no se había realizado, e insistió en la valoración por el ortopedista y el pediatra. Regresó a turno el día siguiente siendo informada por el doctor J.F.G.A. de la condición clínica de taquicardia, con persistencia del dolor y edema en rodilla izquierda; la PCR estaba elevada, hallazgo que manifestó haber consultado durante la revista médica con el doctor P. director de SURA, haciendo las llamadas al pediatra y ortopedista. A pesar de haber realizado las órdenes médicas no escribió los hallazgos clínicos de su atención en la historia clínica sino en la Bitácora, con lo cual infringió el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 en lo pertinente:

“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 en la Ley.” (Subrayado no lo es en el texto.) Los argumentos para no haber registrado la atención del paciente y sí la bitácora no son de recibo para este Tribunal; así como tampoco las indicaciones de sus superiores, pues estas indicaciones no son óbice para cumplir la Ley. No debe olvidar la Doctora G.R. que la historia clínica de un paciente es su historia más íntima y vital que es confiada a su médico en primera persona y en donde se plasma el raciocinio científico y humano del médico, su plan de acción y legado al compañero que le recibe turno, por lo que su registro no puede ser obviado ni delegado, pues a futuro, a su autor material se le puede requerir que de razón de ella, como en el caso sub judice, no pudiendo argumentar que esa fue la única que no realizó. Con su comportamiento, la doctora P.O.G.R. infringió el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 que reza. *“La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente en los casos previstos por la Ley.”*

Con respecto al doctor J.F.G.A., médico general, en valoración realizada el 10 de junio a las 7 a.m. encontró paciente con tensión arterial de 80/40 y frecuencia cardíaca de 130 latidos por minuto y dolor en el pecho para

lo cual solicitó electrocardiograma que interpretó como taquicardia sinusual, y prescribió oxígeno y naproxeno. Posteriormente, lo valoró de nuevo encontrando persistencia de la sintomatología, inició hidratación endovenosa y adicionó analgésicos y oxígeno a 3 litros por minuto. En su valoración no registró el resultado de los laboratorios en los que se informó una PCR en 259.70 mg/dL y una VSG en 80 mm/hora con 91 % de neutrófilos en un recuento de 8.970 leucocitos; hemoglobina de 11.7 g/dL., cuyos resultados estaban disponibles. No hay constancia en el expediente que se esmerara en que el paciente recibiera con estos hallazgos clínicos y de laboratorio, la atención por parte del pediatra y del ortopedista. Al asumir la responsabilidad del manejo de un paciente que superaba sus capacidades y tenía como médico tratante a un especialista en ortopedia, y en vista que éste había solicitado el concurso del pediatra, el galeno endilgado debió ser más diligente; al no serlo, el doctor G.A., con su conducta vulneró el artículo 19 de la Ley 23 de 1981: *“Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia.”*

Las ayudas diagnósticas solicitadas por el Doctor T.V. el primer día de la atención en la CLÍNICA del CARIBE S.A. eran procesadas por el LABORATORIO CLÍNICO CONTINENTAL, quien para el momento de los hechos prestaba el servicio del laboratorio a la CLÍNICA; según la gerente del laboratorio, A.A.P., a los resultados de laboratorio se les llevaba una trazabilidad desde el momento del ingreso, el procesamiento, la validación y el registro en el sistema, para el cual se podía acceder desde la Clínica por medio de la página electrónica. Una vez impreso, se podía igualmente, tener acceso en formato físico. En el caso in comento los tiempos transcurridos entre el ingreso de la muestra y el registro de los resultados en el sistema fueron ágiles y oportunos como lo pudo probar la gerente del laboratorio. (folios 373 a 394)

Llamó la atención de este Tribunal que la administración de los antibióticos se inició 24 horas antes del fallecimiento, cuando el paciente se encontraba en choque séptico. (Junio 11 de 2013 a las 22 horas)

Respecto a la disponibilidad de los pediatras, el director médico de la CLÍNICA del CARIBE S.A., MARK CORREDOR ARENAS, informó que los médicos pediatras eran provistos por SURA EPS, estando disponible

para la fecha de los hechos el Doctor C.A., y en el caso de los ortopedistas, éste servicio era dispensado por parte de la Cooperativa SETRAUMA para la atención de los pacientes. (Folios 396 a 398).

Llamó la atención de este Tribunal que la CLÍNICA del CARIBE S.A. de la ciudad de Barranquilla era, para el momento de los hechos, una institución de tercer nivel de complejidad que ofertaba servicios de pediatría. Sin embargo, ante el deterioro del paciente, no fue atendido por ningún médico pediatra de planta de la Clínica, recurso con el cual debía contar en forma permanente por el nivel de complejidad de la institución. La carencia de un pediatra que brindara atención a los pacientes en edad pediátrica pudo incidir en el desenlace fatal del niño S.S.T.S. (q.e.p.d.), situación que debe ser aclarada por la autoridad competente.

En este caso en particular se observó que los tiempos de respuesta a los llamados de los especialistas muy demorados, así como los conductos y medios de comunicación, situaciones que deben igualmente, ser evaluadas por las autoridades competentes.

Finalmente, los modelos de contratación y atención por parte de los especialistas dejan entrever falta de claridad en las funciones y responsabilidades de las partes (EPS y Clínica).

Así las cosas, teniendo en cuenta la desorganización administrativa de la Clínica del Caribe, ésta pudo incidir en la capacidad de respuesta de los especialistas por la cual esta situación determinó la reducción de algunas de las sanciones.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma la sanción al doctor L.E.T.V., médico ortopedista con sanción en la suspensión del ejercicio profesional por el término de un mes por haber infringido los 10 y 21 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Modificar la sanción del doctor C.A.A.C., médico pediatra de suspensión del ejercicio profesional por el término de 2 meses por la violación de los artículos 3

y 10 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO TERCERO:** Imponer al doctor C.A.C, médico pediatra, sanción de suspensión del ejercicio profesional por el término de un mes por la violación de los artículos 3 y 10 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO CUARTO:** Modificar la sanción impuesta a la doctora O.G., médica general, Censura Escrita y Pública por la violación del artículo 34 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO QUINTO:** Imponer a la doctora O.G., médica general sanción de Amonestación Privada por la violación del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEXTO:** Modificar la sanción impuesta al doctor J.F.G.A., médico general, de sanción Escrita y Pública, por la violación del artículo 19 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEPTIMO** Imponer al doctor J.F.G.A., médico general, sanción de Amonestación Privada, por la violación del artículo 19 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO OCTAVO:** Enviar copias a la Superintendencia de Salud para lo de su competencia. **ARTÍCULO NOVENO:** Contra esta decisión no procede recurso alguno. **ARTÍCULO DECIMO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

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

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

**REF: Proceso No. 3051 del Tribunal Seccional de Ética Cundinamarca
Denunciante: Sr. J.A.F.C.
Contra C.E.R.C., G.D.G.C., L.A.C.B. y S.A.P.**

Providencia No. 08-2017

Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney

VISTOS

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

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

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

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

Escrita pero Privada, a la Doctora L.A.C.B. con censura Escrita, pero Privada y al Doctor C.D.M.A, sanción de Censura Escrita y Pública.

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

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

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

HECHOS

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

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

y valoración por cirujano pediatra para el lunes siguiente (29 de abril a las 2 p.m. con el Doctor R.)

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

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

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

A las 23:55 del mismo día 28 de abril, la Doctora S.A.P., registró que el paciente refería dolor testicular izquierdo sin fiebre ni otra sintomatología; al examen encontró persistencia del dolor a la palpación del testículo izquierdo, sin cambios en el color. Como concepto consideró pertinente la realización de la ecografía y la valoración por urólogo. Como diagnóstico registró orquitis, epididimitis y orquiepididimitis sin absceso. Prescribió hioscina más dipirona.

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

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

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

RESULTANDOS Y CONSIDERACIONES

Con relación a la actuación del Doctor .E.R.C, éste fue negligente. Argumentó en sus descargos que atendió al menor paciente a las 18:10 minutos y no a las 16:13 lo cual podría tener implicaciones en el pronóstico. Igualmente, que el caso lo comentó con el Doctor R., cirujano pediatra,

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

Con relación al Doctor G.C., éste hizo un diagnóstico correcto, pero tomó una conducta dilatoria, pues como lo manifestó al Magistrado Instructor, si existía una posibilidad del 10% de salvar el testículo debió haber agotado todas las opciones a su alcance. No se explica este Tribunal por qué si dentro de las posibilidades diagnósticas estaba la torsión testicular, si había recibido la sugerencia del padre del paciente en que sospechaba dicho diagnóstico y, según su criterio, era menester realizar una ecografía

y remitir, no fue lo suficientemente diligente para lograr dicha remisión, ni acudió a otro recurso institucional, como pudo ser el cirujano general. Al no haber sido diligente expuso a su paciente a riesgos injustificados que se concretaron en la orquidectomía y el padecimiento del dolor de su paciente.

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

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

En lo que respecta al Doctor C.D.M.A., en las historias clínicas, tanto en la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA como del HOSPITAL SAN RAFAEL de Tunja, hay elementos probatorios que indican que el día de los hechos estaba de turno en el servicio de urgencias y se comentó el paciente recibiendo la negativa de remisión por parte de éste. Los hechos se fundamentan en la coherencia de los relatos de las personas

que estuvieron a cargo del sistema de referencia y contra referencia de ambas instituciones en que sale a relucir el nombre del Doctor M. y el motivo para no aceptar la remisión.

Obrante a folio 9 del cuaderno 2 del expediente existe copia de un “*Formato de respuesta a solicitud de remisiones por FAX*” del Hospital San Rafael de la ciudad de Tunja en que el 28 de abril de 2013 a la 1:10 horas se recibió solicitud respondida a las 1:25 horas proveniente del municipio de Duitama en que se solicita remisión del paciente N.E.F., de 13 años de edad, identificado con TI.... Como IPS remitente aparece E.S.E. Hospital de Duitama con aseguramiento en UNISALUD. En el acápite de “*Proceso Médico*” se solicita el concurso de la especialidad de urología y como diagnóstico de remisión anotaron “*Epididimitis, evolución 2 días dolor testicular.*” Firma del Médico: Dr. M., evento POSS con una x en adecuada y dentro del aparte de “*Proceso Administrativo*” se encuentra una x en negado. Motivo de negación o del pendiente: “*Radiólogo de turno Dr. R. vive en Duitama.*” En observaciones se anotó: “*Se debe enviar reporte de ecografía –ilegible-.*” Es de anotar que el nombre y la identidad corresponden al paciente. Este escrito fue elaborado por la Señora C.W. quien se desempeñaba como trabajadora técnica del área de referencia y contra referencia. En testimonio que rindió ante el Tribunal Seccional de Cundinamarca confirmó haber elaborado el documento y haber comentado el caso con el Doctor C.M., quien para el momento de los hechos actuó como médico general de apoyo al servicio de referencia. (Folios 90 y 01 del cuaderno 2)

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

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

Dentro del escroto agudo existen unos signos clínicos de ayuda en caso de carecer de las ayudas diagnósticas como son el signo de Prehn el cual se considera positivo para torsión testicular, cuando al elevar el testículo afectado disminuye el dolor; éste aumenta cuando el cuadro es inflamatorio

(Epididimitis). Igualmente, pudo explorar la presencia del signo de Gouverneur en que el testículo comprometido se localiza más alto que el contralateral y asume una posición horizontal con el epidídimo en posición anterior. Del mismo modo, el signo de Angell en que se presenta una localización horizontal del teste contralateral no afectado. Finalmente, con el signo de Ger se pudo observar una depresión u hoyuelo en la piel del escroto afectado. Su valor diagnóstico se circunscribe a las horas previas a la aparición del edema escrotal y así tengan baja sensibilidad y especificidad son mejor que nada y pudieron ayudar en el esclarecimiento del diagnóstico en este paciente.

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

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

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

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

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

RESUELVA

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

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

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

**SALA PLENA SESIÓN No. 1343 DEL OCHO (08)
DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIECISÉIS (2016)**

**REF: Proceso No. 5681-RO, Tribunal Seccional de Ética Médica de
Bogotá**

Contra: Doctora O.T.E.R.

**Denunciante: Fiscalía 299 Seccional de la Unidad de Reacción
Inmediata de Menores.**

Asunto: Recurso de Apelación

**Magistrado Ponente: Dr. Germán Gamarra Hernández
Providencia No. 91-2016**

VISTOS

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá D.C., en Sala Plena del 25 de julio de 2016, resolvió no aceptar los descargos presentados por la doctora O.T.E.R., e imponerle una sanción consistente en **suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de seis (6) meses**. Contra esta decisión, el día 21 de septiembre de 2016, el abogado defensor de la médica implicada, presenta recurso apelación. Mediante auto del 5 de octubre, el tribunal seccional concede la apelación, por lo que envió las diligencias a este Tribunal Nacional de Ética Médica, para lo de su competencia.

El expediente, un (1) cuaderno que contiene 156 folios, fue recibido en este Tribunal Nacional el 20 de octubre; puesto el asunto para reparto en Sala Plena el 25 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 3 de septiembre de 2012, la niña L.C.R.G., de nueve (9) años de edad para esa fecha, fue llevada por su progenitora a la Corporación IPS SALUDCOOP Clínica Policarpa, por haber sido objeto de un presunto abuso sexual.

En la mencionada institución, la menor fue atendida por la doctora O.T.E.R., médica general. En la historia clínica se anota que la niña L.C.R.G., de nueve (9) años de edad y con leve retardo sicomotor, fue atendida el día 3 de septiembre de 2012 a las 22:32 hasta las 23:11 horas. Consultó porque un compañero del salón le metió los dedos en el ano presentando sangrado posterior a este hecho; además la golpea y la amenaza, si refiere a la madre lo sucedido. La médica examina la paciente, encuentra escoriación en el esfínter anal e himen imperforado; anota como impresión diagnóstica “dolor rectal” y considera que la niña fue agredida por un compañero de clase, ordenando tratamiento sintomático y psicoterapia.

En la queja presentada, la Fiscalía considera que la citada médica probablemente incurrió en conducta omisiva, al no dar el tratamiento correspondiente ante la sospecha de un abuso sexual, registrando en la historia clínica, que se trataba de una conducta sexual anómala, dándole solo manejo tópico.

La Fiscalía 299 Seccional de la Unidad de Reacción Inmediata – Menores envía copia escrita de la investigación penal No. 110016000714201280471 por presunta negligencia por parte de la facultativa O.T.E.R., en el marco de la investigación penal por el delito de acceso carnal violento que adelantó dicho ente investigador.

ACTUACIÓN PROCESAL

El Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá, en Sala Plena del 13 de septiembre de 2012, aceptó la queja presentada por la Fiscalía 299 y declara abierto el proceso, correspondiéndole su instrucción al magistrado, Gabriel Lago Barney. Durante el proceso se obtuvieron las siguientes pruebas:

1. Copia de la Investigación Penal número 110016000714201280471 remitida por la Fiscalía 299 Seccional de la Unidad de Reacción Inmediata-Menores con el escrito de queja.
2. Copia de la historia clínica de L.C.R.G. con un listado del personal médico que la atendió, enviada por la “Corporación IPS Saludcoop, Clínica Policarpa” de Bogotá D.C.
3. Diligencia de declaración rendida por la señora A.S.G.C., el día 13 de febrero de 2014.
4. Versión libre rendida por la doctora O.T.E.R., médica general, el día 20 de noviembre de 2014.
5. Comunicado número 21-2012 enviado por la Clínica Policarpa de Saludcoop en la que se encuentra establecido el kit de abordaje de los delitos sexuales, adoptado por la institución.
6. Informe del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses con número de radicación 2012C-01010116663 del 4 de septiembre de 2012 enviado al tribunal seccional.

Mediante providencia del 22 de abril de 2015, la Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá D.C., consideró que existía mérito para formular cargos contra la doctora O.T.E.R., por presunta violación del Artículo 1, numerales 1, 2 y 4 y de los artículos 10, 11, 15 y 36 de la Ley 23 de 1981, en concordancia con el artículo 7 del decreto reglamentario 3380 del mismo año.

El 10 de junio de 2015, la médica implicada, en compañía de su abogado, presentó descargos ante el tribunal seccional y solicitó practicar nuevas pruebas que fueron allegadas al proceso, como son los protocolos para atención de delitos sexuales existentes en la Clínica Policarpa, correspondientes a los años 2010 y 2012, y la declaración rendida por el médico pediatra, F.P.Q.B., el día 4 de febrero de 2016. Mediante providencia del 25 de julio de 2016, el tribunal seccional resolvió no aceptar los descargos e imponer sanción consistente en **suspensión en el ejercicio de la medicina por el término de seis (6) meses**. Contra esta decisión, el día 21 de septiembre, el apoderado de la médica O.T.E.R., presenta recurso de apelación que el tribunal seccional concede mediante auto del 5 de octubre del mismo año.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

El abogado defensor, GIOVANNI VALENCIA PINZÓN, argumenta que la sanción impuesta a su representada no ha tenido en cuenta las circunstancias comentadas y detalladas en la historia clínica y las actividades desarrolladas el día de la atención censurada. Anota la defensa que no se le puede imputar el cargo que “no se procuró cuidar la salud de la menor cuando la valoró integralmente y en su calidad de Médica de Urgencias dispuso de la atención y valoración de la menor paciente e impartió las órdenes que en su criterio médico y avalado por un especialista en pediatría, consideró pertinente para el motivo de consulta sin que ella sea óbice para no consultar nuevamente, ya que precisamente por esas razones, derivó a la madre de la menor paciente para que indagara en el colegio acerca de las circunstancias en que se desarrolló el desafortunado evento”.

Considera la defensa que la acusada no manejó el caso como abuso sexual sino como conducta sexual anómala, presuntamente realizada por menor de 14 años no identificado y en circunstancias desconocidas, debido a lo descrito confusamente por la madre y la paciente; que decidió comentar el caso con el pediatra de turno quién avaló y aprobó el egreso y la medicación sintomática bajo el diagnóstico de conducta sexual anómala y que existe concordancia entre el motivo de consulta, el diagnóstico y el manejo dado a la paciente.

Adicionalmente, anota que para la fecha de los hechos (3 de septiembre de 2012), regía en la Clínica Policarpa un protocolo para manejo de los casos de abuso sexual aprobado en el mes de julio de 2010 en el que se establecen unos grupos etarios (A, B y C) en los que no era posible clasificar a la menor L.C.R.G. Ante tales circunstancias, no existiendo un protocolo a seguir, no puede aceptarse que la conducta de su defendida, sea calificada como negligente y omisiva.

En primer lugar, esta superioridad quiere referirse a algunas inconsistencias encontradas en el presente proceso:

1. En el informe de conclusiones presentado por el magistrado instructor, fechado el 15 de abril de 2015, con relación a la actuación procesal desarrollada por el tribunal, se anota que “En Sala Plena, Sesión núme-

ro ochocientos tres (803) de marzo diecinueve (19) de dos mil catorce (2014) se aceptó la queja...” (folio 71). El mismo texto, se repite en la sentencia de formulación de cargos, proferida por la sala plena el día 22 de abril de 2015 (folio 75).

Al respecto, se hace necesario aclarar, que según aparece en el folio 11 del expediente, el acto de aceptación de la queja y el correspondiente reparto, firmado por el presidente del respectivo tribunal, ocurrió el día trece (13) de septiembre de 2012, es decir 10 días después de ocurridos los hechos que dieron origen a la presente investigación disciplinaria y no el 19 de marzo de 2014, como aparece en la anotación citada.

2. Existe otro error, que aparece tanto en el informe de conclusiones presentado por el magistrado instructor (folio 71), como en la misma sentencia de formulación de cargos del tribunal (folio 75), relacionado con el nombre de la médica acusada, que no corresponde a la doctora M.L.C.D., como aparece en el expediente, sino la doctora O.T.E.R., como se evidencia en todo el expediente, desde la queja presentada hasta la sentencia sancionatoria.

Este tribunal nacional quiere dejar claro que las inconsistencias encontradas, no generan nulidad del presente proceso, dado que en el mismo expediente existen elementos suficientes que permiten aclarar las dudas que podrían haber generado dichos errores.

Con relación a los hechos que motivaron la presente investigación, relacionados con una única actuación, de la médica O.T.E.R., realizada el día 3 de septiembre de 2012, durante la atención en el servicio de urgencias de la Clínica Policarpa de la IPS Saludcoop, es necesario acoger el alegato de la defensa de la implicada en el sentido de tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió la actuación de la médica acusada.

En la historia clínica allegada, la doctora E.R., anota que la niña L.C.R.G., menor, de nueve (9) años de edad, con antecedente de retardo psicomotor, fue agredida por un compañero del salón de clase quién “le introduce los dedos en la cola”, la golpea y la amenaza, produciéndole sangrado y escoriación en el ano; dicho acto es valorado por la citada médica como un “comportamiento sexual anómalo” y no como abuso sexual.

Es evidente, que con los datos anotados, donde se informa que a la menor le metieron los dedos en el ano, produciéndole escoriación y sangrado, además de que fue golpeada y amenazada por el agresor, así el hecho hubiera sido causado por otro menor de edad, se configura una agresión sexual que podría ir más allá del calificativo de un “comportamiento sexual anómalo”.

Con base en la historia clínica y en las declaraciones rendidas por la médica inculpada y la madre de la menor, se puede concluir que la doctora E.R. examinó de manera adecuada a la paciente y le dedicó suficiente tiempo (la consulta tuvo una duración aproximada de 40 minutos); además, consultó la conducta a seguir con el pediatra de turno, aun-que de ello no deja constancia en la historia clínica el día de la consulta.

Otro aspecto importante, que sirvió para apoyar la sentencia condenatoria y la sanción impuesta por el tribunal seccional, fue el protocolo existente y enviado por la Clínica Policarpa para la atención de pacientes víctimas de abuso sexual; dicho documento, al parecer fue actualizado en noviembre de 2012 (folios 97 a 109), acorde con la declaración de la acusada, quien afirma que el protocolo utilizado para la fecha de los hechos correspondía al del año 2010 y en el mismo no era posible clasificar de manera precisa, el delito de fue objeto la paciente.

Para esta superioridad es evidente que teniendo en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos, se observa en la historia clínica la no existencia de anotaciones que evidencien la consulta al médico pediatra y su concepto orientado a clarificar el diagnóstico realizado por la médica de urgencias.

La historia clínica elaborada por el médico, constituye el soporte de su actuación y corresponde al relato de eventos y registro de los hallazgos del paciente, que permite a quien recibe y procesa la información, entregar una opinión científica o impresión diagnóstica; con base en ella, solicitar estudios complementarios e iniciar un tratamiento. En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión; de allí la importancia de realizar una descripción exhaustiva y ordenada de los hechos, con el objeto de aportar el mayor número de datos para poder llegar a conclusiones válidas. Además de su carácter científico e investigativo, la historia clínica adquiere carácter docente,

cumple funciones que permiten tomar decisiones de índole administrativo e incluso puede tener implicaciones médico-legales. Por lo anterior, su práctica es obligatoria, es un documento irremplazable, pertenece al paciente y debe ser objetiva y veraz, es decir debe describir las situaciones como son, libre de especulaciones.

La historia clínica incluye elementos fundamentales como son el interrogatorio o anamnesis y el examen físico. El primero constituye el punto esencial que refleja el contacto entre el médico y el paciente; se basa en la confianza, respeto y sinceridad de ambas partes. Cuando las circunstancias y condiciones del paciente no permiten obtener información suficiente sobre la enfermedad y sus antecedentes, en particular durante la atención de urgencias, el médico debe acudir a los familiares o allegados más cercanos, con el fin de lograr datos más precisos y veraces. El examen físico constituye la percepción sensorial del médico, debe ser completo y sus elementos básicos son la inspección, palpación, percusión y auscultación; los hallazgos deben consignarse en la historia clínica del paciente.

En el caso sub exánime, se cometió una falla en la elaboración de la historia clínica al no incluir hechos muy importantes realizados durante la atención de la paciente, en particular la consulta realizada con el pediatra de turno, lo que a juicio de esta superioridad deberá ser tenido en cuenta al resolver el recurso presentado por la defensa.

Por otra parte, se hace necesario, como lo ha hecho el tribunal nacional en otras oportunidades, referirse a las dilaciones injustificadas que ocurren en los procesos ético-médico disciplinarios; en el presente caso, no son claras las razones para justificar el retraso de treinta y un (31) meses que se presenta entre la apertura de la investigación preliminar (13 de septiembre de 2012) y la presentación del informe de conclusiones por parte del magistrado instructor (abril 15 de 2015). La diligencia de versión libre por parte de la implicada sucedió más de dos años después de ocurridos los hechos y el testimonio de uno de los principales testigos, el médico pediatra F.P.Q.B., tuvo lugar casi tres años y medio después de sucedidos los hechos, que el mismo interrogado en su diligencia ante el tribunal seccional no los recordaba.

Si a lo anotado anteriormente se le suman las maniobras dilatorias que podrían ser adelantadas por la defensa, se corre el riesgo de que el proceso no pueda concluir dentro de los términos establecidos por la ley; con el fin de

tener una mejor ilustración al respecto, la sala considera necesario incluir apartes de la sentencia 60/16, con ponencia del magistrado Fernando Guzmán Mora, en la que se hace referencia a alguna jurisprudencia existente sobre el tema:

Respecto a este punto, cabe mencionar algunas posiciones de la Corte Suprema de Justicia en sus sentencias:

Sentencia No. C-300/94

El artículo 29 de la C.P., reconoce el "derecho a un debido proceso público sin dilaciones justificadas". Se concreta en el ordenamiento interno, el derecho que con similar formulación se consagra en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York de 1966 (art. 14.3 c.), suscrito por Colombia.

La recta y pronta administración de justicia, deja de ser un simple designio institucional para convertirse en el contenido de un derecho público subjetivo de carácter prestacional ejercitable frente al Estado en los supuestos de funcionamiento anormal de la jurisdicción.

En ausencia de determinación legal, el concepto indeterminado "dilaciones injustificadas", debe deducirse en cada caso concreto con base en pautas objetivas que tomen en cuenta, entre otros factores, la complejidad del asunto, el tiempo promedio que demanda su trámite, el número de partes, el tipo de interés involucrado, las dificultades probatorias, el comportamiento procesal de los intervinientes, la diligencia de las autoridades judiciales etc. Sin embargo, en ciertos casos, es el propio legislador, en guarda de valores superiores, el que determina el contenido y alcance del aludido concepto, para lo cual establece términos perentorios cuyo incumplimiento desata consecuencias que bien pueden mirarse como riesgos conscientemente asumidos por el ordenamiento para no lastimar un bien superior. En estos eventos, el derecho fundamental a un proceso público sin dilaciones injustificadas, adquiere prevalencia sobre consideraciones puramente orgánicas y funcionales propias del aparato de la justicia.

Precisamente, la fijación legal de un término máximo de duración de la detención provisional, obedece al enunciado propósito. La duración de la privación temporal de la libertad, aplicable a las etapas de investigación y juzgamiento, consulta en una sociedad democrática el delicado equilibrio que debe mantenerse entre el interés legítimo del Estado de perseguir eficazmente el delito y sancionar a los culpables y, de otro lado, la necesidad de asegurar la libertad de las personas y la posibilidad de garantizar un proceso justo e imparcial.

Sentencia No. T-604/95

B. Dilaciones injustificadas.

"Los distintos principios garantistas se configuran, antes que nada, como un esquema epistemológico de identificación de la desviación penal encaminado a asegurar...el máximo grado de racionalidad y de fiabilidad del juicio y, por tanto, de limitación de la potestad punitiva y de tutela de la persona contra la arbitrariedad".

El artículo 29 de la Constitución consagra como derechos fundamentales, las garantías penales y procesales del sistema punitivo, que deben ser tenidas en cuenta por el legislador al momento de la definición legislativa, y por el juez al momento de la comprobación jurisdiccional.

Esta disposición se corresponde con el modelo garantista clásico, inspirado en los postulados de la ilustración y el liberalismo (legalidad, necesidad, lesividad, materialidad, jurisdiccionalidad, verificación, contradicción, etc.), y con los principios consagrados en los convenios y tratados internacionales ratificados por Colombia.

Entre esas garantías se contempla el "derecho a un debido proceso público sin dilaciones injustificadas" (artículos 29 inciso 4 de la Constitución; 8-1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 14-3-C Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos).

La legislación procesal penal establece términos dentro de los cuales deben adelantarse las respectivas diligencias judiciales, y cuya dimensión debe estar condicionada por factores tales como "la naturaleza del delito imputado, su mayor o menor gravedad, el grado de complejidad que su investigación comporte, el número de sindicados y los efectos sociales nocivos que de él se desprendan." Esos términos deben ser respetados por el funcionario judicial, conforme al mandato expreso del artículo 228 de la Constitución: "Los términos procesales se observarán con diligencia y su incumplimiento será sancionado".

El mero incumplimiento de los plazos no constituye por sí mismo violación del derecho fundamental indicado, ya que la dilación de los plazos puede estar justificada por razones probadas y objetivamente insuperables que impidan al juez o fiscal adoptar oportunamente la decisión.

No obstante, la congestión en los despachos judiciales no puede aducirse como causal de las dilaciones en el proceso, pues no se puede hacer recaer sobre el procesado la ineficiencia o ineficacia del Estado, desconociendo sus derechos fundamentales.

"Desde luego, vencido el término que no pudo cumplirse por el inconveniente justificado, resulta perentorio el trámite preferente para el asunto que no se alcanzó a definir a tiempo. De allí que no pueda admitirse de ninguna manera el aplazamiento indefinido de la resolución, estando obligado el juez o fiscal, en ese excepcional evento, a otorgar prioridad al proceso que resultó afectado por la causa justificada".

La prolongación injustificada de los términos procesales genera perjuicios al procesado, y así lo ha sostenido la Corporación en fallos anteriores:

"No puede perderse de vista que, por otra parte, la permanencia indefinida de una persona a la expectativa de actos que resuelvan acerca de su situación jurídica, en especial cuando se tiene conocimiento público sobre la iniciación de procesos penales e investigaciones en su contra, ocasiona necesariamente un perjuicio a su honra y a su buen nombre. Si bien ello acontece como contingencia propia de la actividad estatal ordenada a la persecución del delito, la persona cuya conducta está subjudice tiene derecho a una definición pronta y cierta sobre el particular, de modo que la falta de observancia de los términos para hacerlo compromete también, inconstitucionalmente, la reputación del individuo y afecta su dignidad".

También se aducen razones de índole político-criminal, tales como la afectación de la finalidad de la pena a imponer, la cual con el paso del tiempo, puede llegar a quedar desprovista de sentido.

La verdadera afectación causada por la dilación injustificada del plazo recae sobre la seguridad jurídica que el proceso penal debe garantizar, no sólo para las partes del mismo sino para la sociedad en su conjunto, ya que la certeza del derecho, es uno de los principios esenciales que informan al Estado de Derecho.

Este tribunal nacional, como lo ha hecho en anteriores ocasiones con otros tribunales seccionales, hace un llamado de atención al Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá, por la demora injustificada que se presentó en este proceso y que pudo haber afectado la aplicación de una justicia de forma oportuna y eficaz. Reconoce esta superioridad el alto número de procesos que se adelantan en los Tribunales Seccionales, en particular en el tribunal Seccional de Bogotá y las limitaciones de tiempo que tienen los magistrados que lo integran, para cumplir cabalmente sus funciones.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: REVOCAR la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá, de sancionar con suspensión en el ejercicio profesional por el término de seis (6) meses a la médica O.T.E.R. **ARTÍCULO SEGUNDO:** SANCIONAR con Amonestación Privada, a la médica O.T.E.R., por incumplimiento en el artículo 36 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO CUARTO:** Devolver el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, treinta (30) de agosto del año dos mil dieciséis (2016)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1333 DEL TREINTA (30)
DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL DIECISÉIS (2016)**

REF: Proceso No.736 del Tribunal de Ética Médica del Atlántico

Denunciante: De oficio

Contra: Drs. T.T.R.C., L.A.C.G., R.A.A. y C.M.F.

Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Lago Barney

Providencia No. 72-2016

VISTOS

Los Doctores **T.T.R.C., L.A.C.G., R.A.A. y C.M.F.**, médicos generales, presentaron recurso de apelación ante este Tribunal por sanción censura escrita y pública que les fuera impuesta por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico el 23 de mayo de 2016 por presunta vulneración del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999 en su Artículo 1 literal b en la atención que le fue dispensada por estos a la niña Y.E.D. (q.e.p.d.) entre los días 11 a 16 de octubre de 2012 en la E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO SANTA MARÍA MAGDALENA. El cuarto implicado, Doctor L.A.C.G., no ha presentado apelación.

Recibido en Tribunal Nacional de Ética Médica, el expediente fue puesto para reparto en Sala del 09 de agosto y correspondió por sorteo al doctor Gabriel Lago Barney.

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

HECHOS

La niña Y.E.D.,| contaba 14 años de edad para el momento de los hechos, era miembro de una familia desplazada, cursaba bachillerato y habitaba en un barrio marginal de la población de Malambo, Atlántico; provenía de una familia compuesta por el padre de 50 años, dos hermanos de 21 y 10 años y cuatro hermanas de 20, 19, 17, 12 y 8 años de edad. El padre no realizó estudios de primaria y se desempeñaba como albañil. No suministraron información de la madre. Habitaban en condiciones de hacinamiento, sin servicio de agua potable, alcantarillado, ni gas; en condiciones de utilización de fosas sépticas, fogones de leña y tanques para el almacenamiento de agua. La vivienda era de madera (tabla) con piso de arena compuesta por una habitación con dos camas, una sala de aproximadamente 4 m², en el patio se encuentra la cocina sin encierro alguno, con los implementos de ésta a la vista, con un fogón de leña para la preparación de los alimentos y el baño que está unido a una fosa séptica. A menos de 100 metros de la vivienda se encuentra un lote baldío que ha sido utilizado por muchas personas como basurero a cielo abierto.

Por medio de la visita de INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO realizada por funcionarios de la Secretaría de Salud del Municipio de Malambo el 16 de octubre de 2012, día del fallecimiento de la menor paciente, se pudo establecer que la sintomatología había iniciado el 8 de octubre consistente en fiebre, motivo por lo que habían consultado a la E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO donde prescribieron acetaminofén siendo enviada a la casa. De esta atención no hay registro en la historia clínica aportada al proceso.

El 11 de octubre consultó a las 21:20 horas por fiebre alta subjetiva asociada a escalofríos, negó antecedentes personales; los signos vitales registrados fueron: Tensión arterial 100/70, frecuencia cardíaca 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 32 respiraciones por minuto, temperatura 39.4 °C, peso de 44 Kg y Glasgow 15/15; al examen físico, la Doctora R.C., registró como hallazgos positivos puño percusión lumbar positiva bilateral; se elaboró el diagnóstico de Cuadro febril y Cefalea; se iniciaron líquidos endovenosos, prescribió acetaminofén y se solicitó parcial de orina que fue informado así: Turbio ++, con densidad 1.030, pH 6, proteínas 24 mg/dL, células epiteliales +, bacterias ++, con 4-6 leucocitos por campo y 6-8 eritrocitos por campo, el cual fue interpre-

tado como infección de vías urinarias. La paciente fue dada de alta dos horas después del ingreso, sin fiebre y con prescripción de cefalexina, acetaminofén y ácido ascórbico.

La joven fue llevada nuevamente a consulta el 13 de octubre a las 20:15 horas por presentar vómitos y fiebre. En la enfermedad actual se registró: *“Cuadro clínico de +/- (sic) tres días caracterizado por fiebre no cuantificada acompañada de vómitos constantes, astenia, adinamia, mareos, dificultad respiratoria motivo por el cual consulta.”* En antecedentes familiares registró. *“Niega.”* Los antecedentes personales fueron registrados negativos. Al examen físico se registró frecuencia cardíaca de 81 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 21 respiraciones por minuto, temperatura en 39.8 grados centígrados y Glasgow 15/15. Se anotó paciente con aspecto regular y mucosa oral semihúmeda. Se elaboró un diagnóstico de Síndrome Febril y se prescribieron ranitidina, líquidos endovenosos y se solicitó hemograma el cual fue informado de la siguiente manera: Hematocrito 35%, hemoglobina: 11.6 g/dL, Leucocitos 8.000 con 67% neutrófilos y 33% linfocitos. El padre de la paciente solicitó alta voluntaria a las 1:10 a.m. del 14 de octubre, según registro realizado por el Doctor R.A., quien brindó la atención médica.

La paciente empeoró su condición clínica y presentó convulsiones en horas de la mañana del 15 de octubre por lo que fue llevada nuevamente al Hospital a las 15 horas. En la enfermedad actual se registró: *“Paciente con antecedente de I.V.U. (sic) en tratamiento sin mejoría; en el día de hoy presenta fiebre alta con posterior episodio convulsivo.”* Como antecedentes personales patológicos se registró infección de vías urinarias, y en farmacológicos: *“Cefalexina, acetaminofén y diclofenaco”*. A la revisión por sistemas se anotó: *“Hipersensibilidad al tacto.”* La tensión arterial estaba en 100/60, frecuencia cardíaca en 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 28 respiraciones por minuto, pulso 96 pulsaciones por minuto, temperatura 37°C y Glasgow 13/15. A las 16 horas los Doctores L.C. y C.M, realizaron una nota conjunta en que se registró: *“Disartria, nictasmus(sic), labios escoriados, mucosa oral semihúmeda, tórax simétricos, RsCs (sic) taquicárdicos, 110 x min (sic), pulmones bien ventilados, refiere dolor a la palpación en tórax anterior y posterior, abdomen blando, refiere dolor a la palpación profunda; G.U (sic) normal, Ext (sic) con ROT hipertónicos, SNC: Glasgow 13/15”*. Con estos hallazgos elaboraron la hipótesis diagnóstica de: *“1. Síndrome*

convulsivo y 2. Infección de vías urinarias en tratamiento". La paciente fue hospitalizada en observación, se iniciaron líquidos endovenosos y se administraron 5mg de diazepam lento más fenitoína diluida en 500 c.c. de solución salina normal. Administraron 8 mg de dexametasona intramuscular y solicitaron remisión para valoración por pediatría.

Por ausencia de diuresis de 24 horas de evolución, el Doctor C., ordenó a las 17 horas pasar sonda vesical obteniendo 50 c.c. de orina, muestra con la cual solicitó parcial de orina que fue informado así: "*Aspecto turbio, Células epiteliales +, Bacterias +++++, con 16-18 leucocitos y cilindros granulados 1-3 por campo, eritrocitos incontables*". Con la misma fecha reposa en el expediente un informe de hemograma en que sólo es visible el hematocrito en 36% y hemoglobina en 12 g/dL y un informe electrónico de parcial de orina que registra proteínas en 100 mg/dL, pH 6.0 y densidad urinaria en 1.030 con 40 mg de cuerpos cetónicos (++) La glicemia fue informada en 70 mg/dL.

A las 23 horas la paciente presentó nueva convulsión por lo que la Doctora R.C., le ordenó administrar 125 mg de fenitoína diluidos en solución salina normal. A las 5: 55 a.m. del 16 de octubre de 2012 se registraron nuevas convulsiones con estatus, la paciente presentó paro cardio respiratorio sin respuesta a maniobras de reanimación.

Es notable que desde las 16 horas del 15 de octubre, se realizaron varias llamadas tanto al asegurador como a los hospitales de mayor complejidad sin lograr la remisión por falta de disponibilidad de camas.

Una vez fallecida la paciente, el Doctor L.A.G.G. llenó el certificado de defunción con el nombre de K.P.C.C., el cual fue menester anular ya que el padre informó al coordinador médico, Doctor K.S., que el nombre de la fallecida correspondía a Y.D., nombre real de la paciente, ya que había utilizado el carnet de la joven C.C. para acceder a los servicios de salud, por lo cual pidió disculpas a la institución. De esta actuación se elaboró una acta de aclaración.

En la visita domiciliaria post mortem realizada por las autoridades sanitarias del municipio de Malambo se obtuvo la información sobre las condiciones de vida de la paciente referidas al inicio de este acápite, visita durante la cual también se documentó que la niña venía recibiendo

amoxicilina de 250 mg, acetaminofén y metoclopramida y que un hermano había sido remitido al HOSPITAL NIÑO JESÚS donde también había fallecido por un cuadro clínico similar, información de la cual no hay registro en las casillas correspondientes a los antecedentes en ninguna de las tres historias elaboradas a la paciente por los galenos endilgados, a pesar de haber sido diligenciadas las casillas correspondientes.

Posterior al fallecimiento, no se realizó necropsia, pero se tomaron muestras de fluidos para la realización de varios exámenes entre ellos Anticuerpos IgM para *Leptospira* que fueron informados por el LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA positivos con un valor de 11.1 UP (Anticuerpos de IgM)

RESULTANDOS Y CONSIDERACIONES

En el caso sub examine hay cinco consideraciones a tener en cuenta, una de carácter ambiental, otra sobre el acceso a los servicios de salud, una tercera relacionada con la atención médica recibida por la paciente, el diagnóstico probable de muerte y finalmente, la confección de la historia clínica.

De acuerdo con el modelo de salud canadiense elaborado por Marc Lalonde en 1975, modelo sobre el cual se realizará el análisis del caso in comento, se observa que las condiciones ambientales en que habitaba la joven Y.E. y su familia favorecían la proliferación de agentes infecciosos como dengue, malaria, chikungunya, zika o la presencia de roedores y reptiles, lo cual de por sí debía ser indagado en el momento de confeccionar la historia clínica de la paciente, máxime si se tiene en cuenta las condiciones socioeconómicas de la familia, de lo cual no hay constancia en la historia clínica elaborada por ninguno de los galenos que atendieron a la joven. Esta falta de registro no permitió considerar otras posibilidades diagnósticas.

En cuanto al acceso a los servicios de salud se identificaron tres elementos que incidieron en el desenlace de la paciente. El primero de ellos hace referencia al aseguramiento, quien en su condición de desplazada no estaba registrada en el SISBEN, situación que es corriente, en vista que en muchos de nuestros municipios se evita la afiliación al SISBEN de los desplazados, para desestimular el asentamiento en el territorio y

así evitar mayores cargas en salud y sociales sobre los recursos de los municipios, e igualmente, hay temor de la población amenazada para aparecer en listas que permitan su localización.

En un estudio realizado por los doctores G.A.M.G; J.C.M.B.; D.T.G. y J.I.E.M. denominado: *“Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia”*, realizado en Cali, Soacha y Pereira y publicado en la Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. (Vol. 27 N° 2; mayo-agosto, 2009 p 131-141), se concluyó, entre otros:

“La existencia de Limitaciones en el acceso geográfico, algunas situaciones de cobro y negación del servicio por la ausencia de contratos, la dispensación de medicamentos y el número de trámites necesarios para la atención, fueron las principales limitaciones relacionadas con el atributo de accesibilidad.

En la continuidad e integralidad del servicio, las mayores dificultades se encontraron en los controles posteriores al egreso de hospitalización y cirugía y la ausencia o parcialidad en la resolución de sus necesidades de salud, manifestada por un alto porcentaje de desplazados.”

El segundo elemento se relaciona con la forma en que la paciente accedió al servicio por medio de una suplantación de persona, lo que pudo incidir en el desenlace ya que la paciente consultaba en horas de la noche cuando no había en el Hospital quien verificara la identidad y la afiliación, retirando a la paciente por medio del alta voluntaria cuando se encontraba en mejor estado o había cedido la fiebre, lo que pudo incidir en la continuidad de la atención y por ende en el aclaramiento del diagnóstico. El tercer elemento hace referencia a la red de prestadores de servicios, la cual no fue efectiva en este caso, en parte debido a la falta de disponibilidad de camas en los servicios de pediatría del país, lo que no permitió el acceso de la paciente a una institución de tercer nivel ni al especialista en pediatría, lo que si tuvo una gran peso en el desenlace de la paciente, a pesar del manejo general brindado por los galenos endilgados.

En el caso in comento hubo desconocimiento de la normativa sobre población desplazada, acerca del aseguramiento, utilización del servicio,

acceso económico, accesibilidad organizacional, oportunidad, continuidad e integralidad en la atención.

En cuanto la atención médica dispensada a la paciente con anterioridad a los hechos objeto de esta investigación, luego de revisar el expediente, no se pudo establecer por que le habían prescrito amoxicilina, acetaminofén y metoclopramida y cuál fue el motivo de consulta del día 8 de octubre y si éste se realizó en el Hospital y bajo qué nombre.

La atención médica de la paciente se brindó en el servicio de urgencias, se confeccionaron historias clínicas siguiendo el formato de urgencias a partir de las cuales se construyeron hipótesis diagnósticas y se implantaron tratamientos médicos conforme el razonamiento realizado por los galenos; sin embargo, en ninguna de las anotaciones realizadas por los médicos encartados aparecen descritos los antecedentes recabados por los funcionarios de la Secretaría de Salud Pública del municipio de Malmbo relacionadas con condiciones sanitarias de la vivienda que pudieron orientar y aclarar las hipótesis diagnósticas realizadas. De igual manera, no comprende este Tribunal por que se siguió pensando en una infección de vías urinarias como primera opción en una paciente adolescente con convulsiones, y tampoco se entiende el porqué no se pensaron otras posibilidades diagnósticas en un área endémica para muchas enfermedades. La causa probable del fallecimiento, la leptospirosis se determinó con base en la clínica, los resultados de laboratorio y la investigación epidemiológica de campo.

Según el *“Protocolo en Vigilancia de Salud Pública. Leptospirosis. del Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud de Colombia; FOR-R02.0000-047 V02- 05-01 2016, Versión 02 de 2016.02.09”*, se considera:

“La leptospirosis es una enfermedad bacteriana causada por bacterias patógenas del género Leptospira que afecta humanos y animales y se constituye como una de las zoonosis de distribución mundial; sin embargo, afecta con mayor frecuencia países tropicales.

En el hombre la enfermedad puede ser asintomática o puede cursar con un cuadro febril usualmente bifásica con sintomatología inespecífica, que puede durar entre cinco a diez días. Los síntomas iniciales característicos

además de fiebre de tres a diez o más días de presentación, incluyen cefalea, escalofríos, vómito, mialgias generalizadas, inyección conjuntival, malestar y a veces postración. La primera fase se denomina bacteriemia, ya que la leptospira se distribuye por todo el organismo y se puede encontrar en sangre. La segunda fase, es la inmune, en la cual se pueden detectar anticuerpos en suero, la bacteria ya no se encuentra en sangre y se inicia la eliminación de ésta por orina.

La leptospirosis tiene dos formas de presentación clínica: la forma anictérica (90%) y la forma icterohemorrágica o enfermedad de Weil (10%). En la forma anictérica se presenta inicialmente el síndrome séptico caracterizado por fiebre, cefalea intensa y a veces síndrome meníngeo. La fiebre puede pasar después de diez días, puede haber síndrome de dificultad respiratoria leve y hepatoesplenomegalia. En la forma icterohemorrágica se presenta falla multiorgánica, colapso cardiovascular, choque séptico, vasculitis, hemorragia pulmonar y muerte...”

“...En su forma más común la leptospirosis adopta el aspecto clínico de un síndrome febril anictérico y se puede presentar un cuadro clínico de meningitis aséptica. En 5-10% de los casos se agregan ictericia, manifestaciones hemorrágicas e insuficiencia renal aguda, las bilirrubinas se elevan por arriba de 15 mg/dl, en tanto que las transaminasas pirúvica y oxalacética se encuentran ligeramente elevadas constituyendo la enfermedad de Weil. Otros casos cursan como síndrome pulmonar hemorrágico que es la forma más grave y fatal descrita hasta el momento, con 25 a 50% de mortalidad asociada superando la ocasionada por el clásico síndrome de Weil.

Un considerable número de enfermedades deben considerarse como diagnósticos compatibles (que pueden cumplir con definición de caso sospechoso) con leptospirosis, entre las que se cuenta influenza, dengue, malaria, fiebre amarilla y otras fiebres hemorrágicas, rickettsiosis, meningitis aséptica, toxoplasmosis, fiebre tifoidea, hepatitis virales, entre otros. Una coinfección de leptospirosis y dengue ha sido ampliamente documentada en diferentes regiones del mundo y algunas veces coincidiendo con desastres naturales...”

“...Según la OMS la incidencia de la enfermedad puede variar de 0,1 a 1 caso por cada 100.00 habitantes en climas templados y de 10 a 20 casos por 100.000 habitantes en climas tropicales (OMS, 2008)...”

“...En Colombia, la enfermedad es considerada como un evento de notificación obligatoria e individual al Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA) desde el año 2007 y ha cobrado mayor interés para las autoridades sanitarias especialmente por el incremento de casos relacionados con las temporadas de lluvia e inundaciones ocurridas en el país durante los últimos años. El conocimiento de las características de la enfermedad es fundamental para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control del evento, sin embargo, la mayoría de publicaciones recientes realizadas en el país se limitan a investigaciones y caracterización de brotes o estudios de seroprevalencia en pequeñas poblaciones, no se cuenta con un visión general del país y de la situación actual de la enfermedad.

De acuerdo con la información del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, hasta la semana epidemiológica 53 de 2014 se notificaron al Sivigila 2305 casos de leptospirosis en Colombia y en comparación con el mismo periodo del año anterior, se observa un aumento del 18,8% de la notificación para el 2014.

Las cinco entidades territoriales por procedencia con mayor proporción de casos confirmados hasta la semana 53 son Valle del Cauca (23%), Antioquia (14,8%), Tolima (11,9%), Santa Marta (7,2%) y Quindío (5,2%) acumulando el 62,2% de la notificación del país. ...”

*En cuanto a la obligación de informar: “...De acuerdo con la normatividad vigente, el decreto 2257 de 1986, en su artículo 28 establece que la leptospirosis debe notificarse por períodos epidemiológicos, teniendo en cuenta que nos encontramos en una zona tropical; esta enfermedad es endémica en ciertas regiones del país y es necesario mantener un sistema de vigilancia epidemiológica que permita conocer la circulación de la *Leptospira* en Colombia, analizar si hay aumento de los casos para predecir brotes y generar estrategias intersectoriales de prevención y control.”*

Para su control se establecieron niveles de responsabilidad siendo la de las Instituciones prestadoras de servicios de salud las siguientes:

“El médico tratante está en la obligación de diligenciar las fichas de notificación (ficha de datos básicos y datos complementarios) en su totalidad, con letra clara y legible, y enviarlas al área de epidemiología de la

institución o a quien corresponda, para seguir el flujo de la notificación. Además, solicitará al laboratorio clínico la toma de una muestra para realizar una prueba tamiz para detección de anticuerpos IgM; según la definición de caso, iniciar el tratamiento antibiótico bajo la sospecha clínica e informar al paciente sobre las características de la enfermedad y haciendo énfasis en la necesidad de tomar una segunda muestra entre los 10 a 15 días posteriores a la primera toma para lograr la confirmación del diagnóstico.

El laboratorio clínico debe tomar y procesar las muestras de suero para detección de anticuerpos IgM mediante la pruebas tamiz e informar el resultado al médico tratante y al área de vigilancia epidemiológica de la institución o del nivel local, según corresponda. Además, estas muestras deben ser remitidas al Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) para el proceso de control de calidad. En caso de que el paciente no acuda a la toma de la segunda muestra el laboratorio debe dar conocimiento de la situación al grupo de epidemiología de la institución para hacer seguimiento y captación del caso para garantizar la recolección de la segunda muestra.

Realizar las pruebas diagnósticas necesarias para la confirmación del caso teniendo en cuenta los diagnósticos compatibles para leptospirosis de acuerdo el cuadro clínico y los antecedentes del paciente (dengue, influenza, malaria, fiebre amarilla, rickettsiosis, hepatitis, entre otras) y según el nivel de complejidad de la institución.

En caso de muerte de un paciente con impresión diagnóstica de leptospirosis, se debe realizar autopsia clínica según lo establecido en el Decreto 786 de 1990, con el fin de enviar muestras de tejidos (riñón, hígado, pulmón y cerebro) al laboratorio departamental de salud pública. Además, es necesario realizar un comité de vigilancia epidemiológica para identificar los determinantes y factores asociados a este caso de mortalidad y enviar el informe a la secretaría local o municipal de salud. Estos casos se notificaran de forma inmediata al área de epidemiología... ”

Entre las acciones individuales contempladas en el protocolo están:

Acciones individuales con el paciente:

Medidas generales:

Hidratación, control de signos vitales, control de líquidos administrados y eliminados, Monitoreo por oximetría, radiografías, Pruebas de función renal y hepática.

Toma de muestras para confirmación diagnóstica (ELISA-MAT)

Administración de terapia antibiótica.

Manejo ambulatorio:

Analgésicos, revalorar según criterio médico y administración de terapia antibiótica.

Según el protocolo: *“El tratamiento siempre se administrará con un diagnóstico presuntivo sin esperar la confirmación por laboratorio y de acuerdo con el estado del paciente con antibióticos de primera elección. Se debe tratar de iniciar el manejo antimicrobiano antes del quinto día de los síntomas para mayor efectividad; después de este tiempo su utilidad es controversial, sin embargo es una práctica clínica rutinaria. Después del inicio del tratamiento hay riesgo de aparición de reacción de Jarisch-Herxheimer.”*

Los casos graves deben ser hospitalizados para evitar complicaciones y fallecimientos. En caso de presentarse insuficiencia renal o hepática, manifestaciones neurológicas, cardíacas o respiratorias, se indicará tratamiento específico para estas dolencias y deben ser hospitalizados en instituciones de mayor complejidad para garantizar la realización de los procedimientos indicados, como diálisis.”

Dentro del Tratamiento farmacológico en niños:

Penicilina G, 250.000 U/Kg/día IV fraccionado en cuatro dosis (cada 6 horas) por 7 a 10 días ;Tetraciclina en mayores de 9 años: 25-40 mg/Kg/día, cada 6 horas VO por 7 a 10 días o Amoxicilina 40-50 mg/kg de peso cada 8 horas por 7 a 10 días.

“En los niños, ancianos y embarazadas se hará seguimiento continuo para verificar el comportamiento de la enfermedad y tomar las medidas adecuadas para el tratamiento.”

A pesar de que la transmisión humano a humano es rara, se tendrá precaución con el manejo de la sangre y los líquidos corporales, principalmente la orina de los pacientes clasificados como sospechosos de leptospirosis.”

Dentro de la Investigación de campo el protocolo registra:

“Se realizará investigación epidemiológica de campo ante todo caso de muerte sospechosa o confirmada por leptospirosis, haciendo énfasis en la identificación de personas con síntomas compatibles con la definición de caso, antecedentes epidemiológicos de riesgo, contacto con roedores o animales enfermos, aguas estancadas, entre otras.

La caracterización del caso implica la revisión de la historia clínica para verificar la aplicación de todos los criterios que constituyen la definición operativa para esta enfermedad. Esta información debe complementarse con la verificación de la obtención de muestras de suero para pruebas de laboratorio de acuerdo con los lineamientos y el seguimiento de los resultados.

En todos los casos incluyendo las muertes, es necesario investigar los antecedentes personales en los cuales se establezca la demanda de atención médica previa, el tipo de medicación y recomendaciones dadas al paciente sobre la identificación de signos de alarma y en qué momento buscar nuevamente atención médica, el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la consulta médica y en general la aplicación de los criterios recomendados para el manejo en la guía de práctica clínica (de acuerdo con la normatividad vigente).”

Estas medidas se deben acompañar de educación al equipo de salud y a la comunidad, y de medidas de saneamiento ambiental como drenaje de agua, recolección de basuras y control de roedores e insectos. Igualmente, se debe realizar en las instituciones de salud, unidades de análisis de las muertes que se presenten por este evento.

Finalmente, con relación a la confección de la clínica se debe considerar el contexto en que se elaboraron las mismas y manifestadas por los galenos en las diligencias ante los Magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico. En primer lugar, éstas fueron confeccionadas

en fechas correspondientes a días festivos y de fin de semana lo cual explica la dificultad de acceso a la historia clínica de la paciente, máxime cuando ésta ingresó con un nombre diferente. Siendo esto así, se debió ser más cauto en la recolección de la información de la cual se carecía.

Con relación a la ficha epidemiológica que se reclama por parte del Tribunal del Atlántico, es necesario hacer dos consideraciones, una planteada por el Doctor C.M.F., quien no diligenció el formato de epidemiología por considerar que se trataba de una infección de vías urinarias, pero tampoco indagó sobre los aspectos epidemiológicos como se desprende de la diligencia de versión libre rendida el 12 de agosto de 2014.

La otra consideración hace referencia a la elaboración de una ficha de notificación del Subsistema de información SIVIGILA, del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública de la cual todos hablan que se diligenció, pero que no apareció y a la cual tampoco se le dio trámite. Sólo aparece en la historia clínica, obrante a folio 29, copia de una ficha de notificación elaborada con el nombre de Y.D., que contiene datos generales y no informa sobre los hechos ni quien la elaboró. Debemos recordar que la paciente fue tratada hasta su fallecimiento bajo el nombre de K.P.C.C., por lo cual no se explica este Tribunal el origen de dicho documento.

De aquí y de la inspección de las hojas utilizadas por los galenos para realizar la evoluciones y prescripciones de la paciente, así como para las notas de enfermería, se infiere un caos en el acceso y uso de la papelería del hospital y la falta de integralidad de la historia clínica como se pudo observar en la defensa del Doctor C.M. en que probaron que a la historia clínica le hacían falta los folios 1,5,8,9,16,21 y del folio 30 al 31 se anexaron hojas en blanco. De igual manera, no se mantuvo el acceso oportuno a la historia clínica en custodia del hospital, la cual fue solicitada en varias ocasiones por el Tribunal Seccional del Ética Médica del Atlántico, siendo remitida copia de ésta, ante la programación de una inspección judicial al hospital que programara dicho Tribunal, lo cual significó una demora cercana a los seis meses. Igualmente, el Subsecretario de Salud Pública del Atlántico, Doctor F.G.G., certificó al Tribunal Seccional del Atlántico la notificación realizada por la Empresa Social del Estado Hospital de Malambo de un caso con el nombre de la paciente Y.D., como sospechosa de Leptospirosis, caso informado el 20 de

noviembre de 2012. De lo anterior se colige un desorden en la custodia de la historia clínica por parte de los funcionarios del hospital que pudo impedir a los galenos endilgados, el acceso oportuno a la historia clínica íntegra, es decir, incluyendo sus anexos.

Así las cosas, teniendo en cuenta que la menor paciente Y.E.D., por la evolución clínica que presentó, el informe de laboratorio sugestivo de leptospirosis y el estudio de campo realizado por la Secretaría de Salud del municipio de Malambo, muy probablemente falleció de leptospirosis.

El haber fallecido de leptospirosis no es óbice para descartar una infección urinaria como comorbilidad, que bien pudo corresponder a una insuficiencia renal aguda asociada a la probable causa de muerte.

Teniendo la leptospirosis como probable causa de muerte, si bien es cierto que el desenlace final no se pudiera haber modificado en el nivel de atención en que ocurrieron los hechos, por el estado clínico de la paciente, el haber realizado una historia clínica completa si pudo haber ayudado a tomar las medidas necesarias para evitar nuevos casos o descartar otros posibles diagnósticos con el apoyo de la información epidemiológica que no se recolectó.

Al tener dificultades de acceso a la historia clínica por el manifiesto desorden administrativo, era imperativo haber confeccionado una historia clínica rigurosa y completa en una paciente que consultó en varias oportunidades y se deterioró en forma progresiva sin encontrar una explicación plausible con los datos disponibles. Al tener en cuenta su condición y procedencia de un área del municipio con condiciones de higiene deplorables, era menester haber indagado las condiciones sanitarias y epidemiológicas ante la posibilidad de existir, en su lugar de residencia, varias enfermedades transmisibles por vectores, teniendo en cuenta la época del año en que consultó la paciente y su condición social y económica.

De haberlo hecho, los galenos endilgados podrían haber identificado elementos adicionales que los obligarían a reenfocar las hipótesis diagnósticas, hacer un diagnóstico más preciso y a elaborar la ficha de notificación que les reclama el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico.

Ha hecho carrera en el ejercicio de la medicina en Colombia limitar la historia clínica a las variables corporales, y cuando mucho, a los estilos

de vida, olvidando los condicionantes y determinantes de la salud de las personas a los cuales poco se les presta atención y ejercen gran impacto sobre la salud de las personas como en el caso sub examine.

Considerando que la atención de la niña se realizó en una institución de primer nivel de complejidad en condiciones de suplantación que impidió acceder a la historia clínica genuina y que el padre afectó la continuidad de la atención de la paciente al solicitar el alta temprana, resolverá revocar la decisión de la sanción de cesura escrita y pública y en su defecto impondrá una sanción menor.

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

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Revocar la sanción de censura escrita y pública impuesta a los doctores T.T.R.C., R.A.A., L.A.C.G. y C.M.F., por el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico y en su defecto imponer la sanción de 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. FERNANDO GUZMÁN MORA, Presidente – Magistrado; GABRIEL LAGO BARNEY, Magistrado Ponente; JUAN MENDOZA VEGA, Magistrado; FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, Magistrado; EDGAR SAAVEDRA ROJAS, Asesor Jurídico; MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO, Secretaría.

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

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

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

Denunciante: señor J.H.T.

Contra: doctora O.L.O.S.

Asunto: Recurso de Apelación

Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas

Providencia No. 53-2016

VISTOS

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

HECHOS

El menor L.E.T.C., de 12 años de edad, consulta a la EPS SaludCoop subsidiado en la Clínica de Nuestra Señora del Rosario de la Calera el 12 de agosto de 2.014 a las 6:18 am por presentar cuadro clínico de seis horas de evolución consistente en dolor abdominal que se acompaña de vómito en tres episodios, diarrea, fiebre y ninguna otra sintomatología. Es atendido por el médico D.D.S., quien hace una impresión diagnóstica de apendicitis no especificada; ordena hemograma, parcial de orina, coproscopico y prescribe Metoclopramida y no aplicar analgesia. Ordena nueva valoración con resultados de laboratorio y entrega su turno a las 7:00 am a la doctora O.L.O. quien consigna en la historia clínica que el paciente refiere mejoría del dolor abdominal, no vómito, no diarrea y no fiebre; abdomen blando depresible, con leve dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha haciendo constar que “en el momento no considero signos positivos para abdomen agudo” (10.15 am). A las 11.24 am anota:

1. Dolor abdominal. 2. Apendicitis descartada. Por los hallazgos al examen físico y paraclínicos se indica salida y se dan recomendaciones al padre del paciente, se proscriben “medicación alguna para el dolor, estará en reposo, si llega a presentar nuevo episodio de dolor abdominal, diarrea, vómito o fiebre, debe consultar por urgencias”. Tres días después (agosto 15 de 2.014) a las 18:56 reconsulta a la Clínica de la Calera y es atendido por el doctor D.J.M.B., quien registra un paciente con cuadro clínico de cuatro días de evolución caracterizado por trauma cerrado de abdomen a nivel de flanco derecho, el médico ordena nada vía oral, cuadro hemático, y parcial de orina, encontrando leve neutrofilia por lo cual ordena dejar el paciente en observación, vigilancia clínica abdominal y cuadro hemático de control. A las 5:25 del 16 de agosto de 2.014 persiste el dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, paciente con picos febriles de 39° y al examen físico abdominal defensa muscular marcada en fosa ilíaca derecha y un reporte de cuadro hemático que revela aumento de la neutrofilia por lo que decide remitir el paciente a valoración y manejo por cirugía pediátrica.

El paciente es remitido al Hospital de la Misericordia donde fue intervenido quirúrgicamente practicándosele apendicectomía más drenaje peritoneal y omentectomía.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

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

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

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar como en efecto confirma la sanción impuesta por el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca a la doctora O.L.O.S. consistente en amonestación privada. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, veinticuatro (24) de mayo del año dos mil dieciséis (2016)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1319 DEL VEINTICUATRO (24)
DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS (2016)**

**REF: Proceso No.797 del Tribunal Seccional de Ética Médica del
Atlántico
Denunciante: Señor O.A.E.
Contra: Dr. M.E.N.B.**

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez.
Providencia No. 40-2016**

VISTOS:

- Tema e inconformidad: Inadecuada valoración y atención en urgencias a paciente menor de edad.
- Mediante providencia del 28 de septiembre de 2015 el Tribunal Seccional eleva pliego de cargos al M.E.N.B.
- El 4 de noviembre de 2015, el médico implicado rinde diligencia de descargos.
- El 30 de noviembre de 2015, el apoderado del médico implicado presenta Alegatos de Conclusión, solicitando absolver a su representado.
- El 22 de enero de 2016, la Procuraduría 46 Judicial II Penal de Barranquilla realiza visita especial al proceso y deja Acta.
- Mediante providencia del 9 de marzo de 2016, el Tribunal Seccional acepta los descargos al Dr. M.E.N.B con relación al artículo 34 de la

Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999 en sus artículos 2,3 y 4. Y no acepta los descargos y lo sanciona con suspensión en el ejercicio profesional por el término de tres (3) meses por violación de los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981.

- El 6 de abril de 2016, el médico implicado a través de su apoderado, interpone recursos de Reposición y Apelación contra la providencia del 9 de marzo de 2016.

-Mediante providencia del 4 de mayo de 2016 el tribunal seccional niega el recurso de reposición y concede la apelación

- El 16 de mayo de 2016 se recibe en esta Corporación el expediente, que consta de un cuaderno con 169 folios. Es puesto a reparto el día 17 de mayo de 2016 y correspondió por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez.

HECHOS

El día 2 de junio de 2013 a las 4:03 PM Ingresó al servicio de urgencias de la Clínica General del Norte de Barranquilla el paciente J.A.G., acompañado por su madre, por presentar un severo dolor testicular, luego de sufrir un trauma, el dolor se irradiaba a la región pélvica y se acompañaba de malestar general. El paciente es atendido por el Dr. M.E.N.B. quien no encontró antecedentes de importancia y en lo referente al sistema genitourinario, anota: “Dolor a la palpación en testículos, no hidrocele, no varicocele”

Con diagnóstico de dolor no especificado, es formulado con: líquidos endovenosos, hioscina compuesta y meperidina. Ante la mejoría clínica es dado de alta a las 6:20 PM, con fórmula de hioscina tabletas y Diclofenaco Tabletas.

A las 20:25 PM del mismo día, consulta a la clínica Mediesp, donde lo encuentran con dolor testicular y edema del testículo izquierdo, por lo que ordenan líquidos endovenosos, analgésicos y a las 21:10, remisión prioritaria nuevamente a la Clínica General del Norte para valoración urológica. A las 23:00 dado que no se ha realizado el traslado, el paciente pide alta voluntaria de esa institución.

El día 4 de junio de 2013 consulta al urólogo Dr. L.E.A., quien encuentra, dolor extremo a la palpación del hemiescrotos afectado, inflamación de cubiertas, y edema. Con diagnóstico de orquitis, epididimitis, y orquiepididimitis sin absceso, ordena un eco doppler testicular urgente, el mismo día 4 de junio a las 6:03 PM, consulta nuevamente a la Clínica General del Norte, con un eco doppler que muestra necrosis testicular izquierda, y con diagnóstico de torsión testicular es llevado a cirugía el día 5 de junio, practicándosele una orquidectomía izquierda y una fijación testicular derecha. Al día siguiente es dado de alta, en buenas condiciones y con las recomendaciones pertinentes.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

No es de recibo para este Tribunal Nacional, como tampoco lo fue para el tribunal seccional, la solicitud de la defensa de que se ordene el archivo por violación al debido proceso, por inexistencia de la culpa y violación al principio de la buena fe.

No pone de presente la defensa en que basa su afirmación de que se violó el debido proceso, en cambio esta superioridad puede asegurar que del estudio de todo el expediente se aprecia que todas las etapas de la actuación procesal se han cumplido conforme a la ley. Si se mira el capítulo II de la ley 23 de 1981 que trata del proceso disciplinario ético profesional existen unas etapas que contemplan el recibo y estudio de una queja, la decisión de instaurar o no un pliego de cargos en contra de acusado, el acopio de pruebas, y finalmente en una sesión de la sala plena, decidir si el acusado es culpable o no de INFRINGIR LA LEY 23 de 1981 DE ETICA MEDICA, en caso de encontrarlo culpable, en ese momento, y no antes el Tribunal califica la falta y establece la sanción.

1- EL PRINCIPIO DE LA BUENA FE

“Se invoca en la defensa de los implicados que actuaron de buena fe.

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

Consiste en hacer el examen de si se obro con justicia, equidad, conciencia, de manera cristalina y bajo el convencimiento de ser así y no de otra forma Por esto la buena fe ha sido consagrada como un principio general del Derecho. El Principio es un enunciado lógico de una evidencia inmediata a la razón del hombre, que no tiene que entrar a probarse, es decir, es con tun- dente (Una cosa no puede ser y no ser al mismo tiempo; alguien no puede estar vivo y muerto). Su validez trasciende las circunstancias de tiempo, modo y lugar. Se aplican a cualquier situación.

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

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

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

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

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

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

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

El artículo 769 del CCC expresa:

“La buena fe se presume, excepto en los casos en que la ley establece la presunción contraria.

En todos los otros, la mala fe deberá probarse.”

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

El concepto involucra también el conducirse sin culpa, esto es, con un mínimo de prudencia, de atención, de cuidado, a fin de evitar tal perjuicio.

En materia civil, como es sabido, la culpa grave se asimila a dolo y es fuente de responsabilidad civil. Y en materia penal, existen delitos que pueden cometerse a título de culpa. De donde se concluye que la carencia de diligencia y cuidado en el cumplimiento de las propias obligaciones y, en general, en el actuar humano, desvirtúa el principio de buena fe y es fuente de obligaciones y de responsabilidad jurídica.

“(Providencia N° 06-2012 Tribunal Nacional de Ética Médica. Gaceta Jurisprudencial Marzo 2015. Magistrado Ponente Dr. Fernando Guzmán Mora.)

Ahora bien: como se puede deducir del expediente, la culpa existió, pudo haber sido de buena fe, pero de todas maneras hubo un error en la atención del paciente J.A.G., por parte del Dr. M.E.N.B.

2-TIPIFICACION DE LA FALTA:

Los hechos demuestran que la primera institución a la que acudió buscando ayuda el paciente J.A.G, fue a la consulta de urgencias de la Clínica General del Norte y fue atendido por el Dr. M.E.N.B. quien al examinar

al paciente con un dolor testicular agudo, que él pensó que era traumático (no se debe olvidar que el trauma es una de las posibles causas de torsión testicular) se limitó a indicar analgésicos, sin tratar de establecer la causa del dolor, máxime que se encontraba en una institución que contaba con los servicios de apoyo diagnóstico y la posibilidad de consultar al especialista en urología, como era lo indicado, todo esto debió realizarse durante las dos horas que el paciente permaneció en observación.

Es claro y preciso, que de la conducta del disciplinado, se infiere que no buscó el recurso del especialista, análisis que daba más seguridad diagnóstica y obviamente de manejo. Y que obró con negligencia, imprudencia e impericia al no haber solicitado una ecografía de la región escrotal, y por tanto puso en riesgo injustificado al paciente, como lo predica en su primera parte el artículo 15 de la Ley 23 de 1981. Es evidente, que el riesgo existió como se deduce de la evolución posterior del cuadro traumático testicular, que al final condujo a la torsión testicular y necrosis, obviamente con la pérdida del testículo.

No es de recibo que el tribunal de primera instancia "no tuvo en cuenta que no existió una conducta culposa, toda vez que el N., conoce muy bien las pautas éticas que regulan la actividad de la medicina, para evitar ocasionar un daño". La Sala, al respecto, señala: "que en el acto médico no se reprocha el daño, y no se predicó en este Fallo Sancionatorio, y menos el dolo, sino que en el accionar del médico, se exige que despliegue diligencia, pericia, y prudencia, pilares donde se sustenta la culpa"

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar la decisión de declarar responsabilidad ético disciplinaria al M.E.N.B. identificado con la cédula de ciudadanía..... de y registro médico, por violación a los artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Revocar la decisión de sancionarlo con tres (3) meses de suspensión en el ejercicio profesional de la de la medicina y en cambio sancionarlo con suspensión en el ejercicio profesional de la medicina por el término de un (01) mes. **ARTÍCULO TERCERO:** Contra la presente decisión

no proceden recursos. **ARTÍCULO CUARTO:** Devolver al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

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

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

**REF: Proceso: 357 Tribunal de Ética Médica del Magdalena, César
Guajira y Distrito de Santa Marta
Denunciante: señor L.R.P.M.
Contra: médicos del Hospital Nuestra Señora del Pilar de
Barrancas (Guajira)**

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Pardo Vargas
Providencia No. 12-2016**

VISTOS

De acuerdo al Acta de reparto número 0212 del 18 de marzo de 2.014, el Tribunal de Ética Médica de Magdalena, Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta abrió investigación preliminar por queja presentada el 5 de marzo del mismo año (2.014) por el señor L.R.P.M. contra los médicos, auxiliares y enfermeras de la ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR de Barrancas Guajira, por la atención que le prestaran a su hijo Alejandro V.P.S. en dos ocasiones a saber: del 10 al 28 de abril de 2.003 y del 25 al 29 de octubre de 2.012. Recaudadas las historias clínicas correspondientes, el magistrado instructor presentó su informe de conclusiones el 10 de junio de 2.015 en Sala Plena del Tribunal Seccional, la cual concluyó que “en el caso presente no se advierte que hubieran existido fallas en las conductas de los médicos del Hospital Nuestra Señora del Pilar de Barrancas, Guajira, razón por la cual ante la evidencia que no se ha cometido ninguna infracción a la Ley disciplinaria médica por parte de los galenos que intervinieron en este caso, por lo que en sede de instancia no hay lugar a endilgar responsabilidades de tinte ético disciplinario”, y por tal razón resolvió “no abrir investigación contra los

médicos de la Ese Hospital Nuestra Señora del Pilar de Barrancas (Guajira) y ordenar el archivo de la presente investigación”.

Recibida por el quejoso la Providencia, este interpone recurso de apelación ante la segunda instancia y mediante providencia del 2 de diciembre de 2.015 el Tribunal Seccional concede recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica. Recibida por este el 15 de diciembre de 2.015 es asignado por sorteo al Magistrado Francisco Pardo Vargas.

HECHOS

El 25 de octubre de 2.012 el joven A.V.P. de 11 años de edad ingresa a Urgencias del Hospital Nuestra Señora del Pilar de Barrancas, Guajira por presentar en el pabellón de la oreja izquierda, edema, rubor, calor, y eritema hasta región temporal izquierda, de cuatro días de evolución. Es sometido a terapia antibiótica (Amikacina 945mg vía oral cada 8 horas, Oxacilina 2gr iv cada 8 horas) y antiinflamatorios. A las 6:05 pm se traslada a sala de procedimientos para realización de drenaje del absceso auricular extrayendo 4cc de pus y se hospitaliza para control del tratamiento indicado. La evolución es satisfactoria y al tercer día aparece erupción cutánea pruriginosa. Teniendo en cuenta el antecedente de una presunta púrpura trombocitopénica que presentó el paciente en el mes de abril de 2.003 durante el tratamiento para una artritis séptica, se realizaron paraclínicos hematológicos que solo revelaron leucocitosis, según consta a folio 284 del expediente y se cambió el antibiótico por Amoxicilina. Al cuarto día de hospitalización, presentando buen estado general, el paciente es “valorado por pediatría se decide revisión a nivel superior de complejidad y valoración por Otorrinolaringología” (f 290). Fue entonces admitido en el Hospital San Agustín del municipio de Fonseca el 30 de octubre de 2.012 a las 3:00 am con diagnóstico de impresión de alergia medicamentosa que fue tratada con corticoides y ese mismo día a las 7:00 am fue remitido a la Clínica Integral San Juan Bautista donde ratificaron el diagnóstico de alergia medicamentosa y celulitis pre auricular; prescribieron Dexametasona, Cimetidina y Clindamicina. El 3 de noviembre de 2.012, en nota de Epicrisis informan buenas condiciones generales, alergia medicamentosa resuelta y como plan de manejo ambulatorio ordenan Clindamicina y Dolex vía oral (fs 295 y 296). Dando por hecho que la complicación que afectó en la primera hospitalización correspondía a una púrpura trombocitopenia medicamentosa, el quejoso

no aceptó las consideraciones del Tribunal Seccional que soportaron la decisión de Archivo de investigación e instauró el recurso de apelación ante la segunda instancia.

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

La queja presentada por el señor L.R.M. se refiere a dos episodios cronológicamente diferentes pero presuntamente relacionados con una misma causa que a la postre expusieron gravemente la vida de su hijo A.V.P.S. a causa de la administración de antibioterapia ordenada por los profesionales del Hospital en el cual prestaban sus servicios, que supuestamente le desencadenó una severa complicación hematológica. Con respecto a lo sucedido en la primera hospitalización es preciso aclarar que los hechos denunciados tuvieron ocurrencia en los meses abril y mayo del año del 2.003, y que la denuncia respectiva fue presentada por el quejoso el 8 de marzo de 2.014 o sea once (11) años después de sucedidos los hechos, lo cual representa sin lugar a dudas que el largo tiempo transcurrido entre las dos fechas mencionadas ha configurado el fenómeno de la caducidad y en consecuencia esta superioridad se abstendrá de conocer la querrela aplicando el artículo 73 de la ley 905 de 2.004.

En cuanto al segundo episodio, ocurrido a partir del 25 de octubre de 2.012, encontrándose por lo tanto dentro de términos, fue recibido por el Tribunal Seccional, entidad que abrió investigación preliminar en cuyo desarrollo no se encontró mérito para adelantar proceso disciplinario y en consecuencia resolvió “no abrir investigación contra los médicos acusados.” Esta resolución motivó el recurso de apelación instaurado por el quejoso que será motivo del siguiente análisis.

Da por hecho el recurrente que el paciente desarrolló una púrpura hematopoyética medicamentosa a consecuencia de la administración de antibióticos betalactámicos, pero ignoró los controles hematológicos que descartaron anemia y plaquetopenia y sólo revelaron la leucocitosis explicable por el proceso infeccioso agudo que presentaba el paciente. Invoca además como base del recurso la presentación de lo que denomina un “dictamen pericial” que figura a folios 248 a 252 y que no es otra cosa que una solicitud que considera como un derecho de petición al grupo “Nacional de Clínica y Odontología Forense” tendiente a aclarar los siguientes puntos: la “VALORACION MEDICO LEGAL DE

UN ESPECIALISTA ALERGOLOGO”; si hubo un “ACCIONAR PROFESIONAL CON DOLO” de los profesionales vinculados; si se atentó contra “EL DERECHO FUNDAMENTAL Y CONSTITUCIONAL A LA VIDA DEL PACIENTE”; y finalmente, determinar la responsabilidad de los gerentes del hospital donde fue atendido su hijo. Estos interrogantes fueron detalladamente respondidos y resumidos con la siguiente conclusión: “el INNLCF no cuenta con especialista en alergias y por lo tanto no podemos elaborar el informe pericial solicitado, hemos dado alguna información que permita a los interesados enfocar el reclamo...en nuestro medio no existen muchos médicos subespecializados en alergia e inmunología pero una facultad de medicina que cuente con las especialidades de pediatría y de infectología puede resolver los interrogantes planteados” (f 252).

Las anteriores consideraciones ilustran el desconocimiento del recurrente sobre la reglamentación que rige la presentación de un dictamen pericial, y por lo tanto no son de recibo para esta superioridad como base del recurso instaurado por el quejoso.

Dedica además el recurrente gran parte de la apelación cuestionando la terapia aplicada a su hijo en las hospitalizaciones del año 2.003. Al respecto, el Tribunal Nacional, al comienzo de este acápite (de resultandos y considerandos) dejó claramente establecido que consideraba caducada la denuncia presentada ante el Tribunal Seccional por el señor P.M. a los once años de haberse sucedido los hechos materia de la queja. Por tal motivo, esta superioridad ratifica la decisión de abstenerse de conocer la denuncia mencionada. Cuestiona además la terapia antibiótica que se utilizó para controlar el proceso infeccioso que presentaba su hijo en la región peri auricular y avanzaba en forma de celulitis agresiva hasta el cuello y el cuero cabelludo, y enfatiza en el peligro de que se presentara un shock anafiláctico que podría causar la muerte del paciente. Ante esta argumentación es mandatorio que el juez, para tomar su decisión, tenga un grado tal de certeza que pueda sustentar su veredicto. Y para ello, en este caso, se cuenta por fortuna con la historia clínica del joven P. que permite seguir paso a paso la evolución del proceso infeccioso, descrita en impecable presentación que evita interpretaciones erróneas de quien la consulte y habla muy bien de la seriedad de la atención que se brindó al paciente. Aquí es pertinente resaltar la importancia de la historia clínica como ayuda incontrovertible en la defensa de los profesionales denunciados y ello justifica plenamente

la decisión tomada por el Tribunal Seccional al decretar el archivo de la investigación.

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar como en efecto confirma la decisión del Tribunal de Ética Médica de Magdalena, Cesar, Guajira y Distrito de Santa Marta al decretar el archivo de la investigación por no encontrar méritos para sancionar a los médicos denunciados. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra esta resolución no procede recurso alguno. **ARTÍCULO TERCERO:** Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo pertinente. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, veintinueve (29) de septiembre del año dos mil quince (2015)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1291 DEL VEINTINUEVE (29)
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

REF: Proceso No. 2760 del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca

**Demandado: Médicos en averiguación Hospital San Rafael de
Facatativa**

Denunciante: Procuraduría General de la Nación

Paciente: S.M.O. (Qepd)

Asunto: Apelacion a sanción de censura escrita pero privada

Providencia No. 87-2015

Magistrado Ponente: Dr. Fernando Guzmán Mora

VISTOS

El Tribunal Seccional de Etica Médica de Cundinamarca, mediante providencia de 26 de mayo de 2015 decide sancionar a la doctora M.L.R.R. con CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA por trasgresión al artículo 15 de la Ley 23 de 1981.

El 23 de junio de 2015, el apoderado de la médica condenada interpone recursos de reposición y en subsidio apelación ante la decisión del juez *a quo*.

La reposición no modifica la decisión judicial y se concede la apelación por ante el Tribunal Nacional de Etica Médica.

El 24 de agosto de 2015 se recibe el expediente en esta Corporación y, puesto para reparto, corresponde por sorteo al Magistrado FERNANDO GUZMAN MORA, quien procede a resolver el recurso con base en los siguientes

HECHOS

El 22 de noviembre de 2012 se recibe en el Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca el oficio 171110, en el cual la Procuraduría Regional de Cundinamarca envía copia de las diligencias radicadas bajo el número 2012-374836 en relación con la queja presentada por el señor patrullero de la Policía Y.M.C.R., respecto de la atención prestada al menor S.M.O., de cuatro años, en el Hospital Salazar de Villeta.

De acuerdo con la versión de los padres del niño, este había presentado el 16 de septiembre de 2012 cuadro de fiebre no explicada, motivo por el cual asistió al Hospital Salazar de esa localidad, en donde lo atiende la doctora A.A.L., quien solicita cuadro hemático que demostró una baja en el número de plaquetas, ante lo cual lo envía a la casa con fórmula de Dipirona.

Al día siguiente es llevado el niño de nuevo a urgencias del Hospital, en donde es atendido de nuevo. Un cuadro hemático reportó normalización en el número de plaquetas, por lo cual la galena L., le formuló penicilina parenteral y lo envió de nuevo a su casa.

Vuelve a retornar a urgencias por la tarde, por cuadro de eritema cutáneo en todo el cuerpo, el cual es interpretado por el doctor L.Q. como reacción alérgica al antibiótico, ordenando de nuevo salida a la casa con fórmula de un antibiótico diferente.

Los días 18 y 19 el cuadro clínico mejora y se solicita consulta de control a la EPS, obteniéndola para el 20 de ese mes en la Unidad Médica Villeta. El día 20 de septiembre la criatura amanece con dolor en los miembros inferiores, motivo por el cual es trasladado al hospital, en donde el doctor E.E.B.N. atribuye los síntomas a problema psicológico del niño.

Esa tarde lo llevan a su consulta de control a la Unidad Médica Villeta, en donde ordenan nueva muestra de cuadro hemático, que revela disminución en el número de plaquetas, por lo cual es llevado de nuevo al hospital, en donde un nuevo control determina una disminución progresiva de las mismas.

Aparece entonces hematemesis, por lo cual es remitido al Hospital San Rafael de Facatativá, siendo atendido por el doctor Y.J.J.R., quien solicita el concurso de la pediatra M.L.R.R., quien luego de atenderlo de

manera urgente lo vuelve a remitir al Hospital San José de Bogotá, donde llega a las 23:00 en estado crítico a la Unidad de Cuidados Intensivos, falleciendo a las 08:50 del 23 de septiembre de ese año, a consecuencia de un DENGUE HEMORRAGICO.

El tribunal de primera instancia analiza las actuaciones de todos los médicos involucrados y vincula al proceso en calidad de investigada a la doctora R.R., por no haber utilizado todos los medios tecnológicos y médicos disponibles en el Hospital San Rafael de Facatativa, a pesar de contar en ese momento con la posibilidad de ventilación mecánica en caso de necesidad, como en el caso que nos ocupa.

El cuadro del pequeño enfermo revestía una gravedad extrema, suscitándose una discusión entre la pediatra y uno de los médicos que atendió al niño en la localidad de Villeta y lo acompañó en el traslado a Facatativá, respecto al uso de ambulancia medicalizada y la demora que se planteaba en la llegada de la misma hasta el municipio aledaño a Bogotá, capital donde debía enviarse al niño para un tratamiento adecuado.

Existía, adicionalmente, una contraposición entre las guías de manejo que ubicaban al enfermo en estado de extrema gravedad, respaldando el traslado en ambulancia altamente sofisticada y la determinación de la pediatra, quien planteaba la demora en la llegada de dicha ambulancia y la necesidad de comenzar el tratamiento de mejor calidad para el crítico infante.

La doctora R.R. decidió entonces tomar la decisión de enviar el paciente lo mas pronto posible a Bogotá en ambulancia no medicalizada, es decir, sin el equipo necesario para ventilar al paciente en extremo grado de complicación, en aras de ganar tiempo para iniciar el manejo que ella consideraba ideal para el mismo

Situación similar enfrentaron los médicos de Villeta, quienes debían tomar dos opciones: llevar al niño a Facatativá, en donde se contaba con especialista en pediatría, o trasladarlo directamente a Bogotá, a una unidad de cuidado intensivo de máximo nivel, para su tratamiento definitivo. En último término, el niño fue enviado a Bogotá en ambulancia no medicalizada y bajo el cuidado de médicos generales no capacitados para un cuadro tan complejo como el de un infante en estado de shock por un

dengue hemorrágico severo y posibilidad de intubación debido al empeoramiento de sus condiciones generales.

No llegó al Hospital de la Misericordia por motivos de ausencia de contratación entre la EPS a la cual se encontraba afiliado el niño y su familia y el Hospital de remisión. Por ello, ingresó al Hospital de San José, de similares condiciones técnicas y científicas, en donde fue recibido y atendido de inmediato, llevado a Cuidados Intensivos y manejado médicamente de acuerdo con guías de manejo indicadas, pero en donde fallece a las pocas horas debido a la gravedad de su estado clínico.

El tribunal de primera instancia decide entonces condenar a la doctora R.R., por haber expuesto al niño fallecido a riesgos innecesarios, debido a no haberlo hospitalizado en el servicio de urgencias pediátricas del municipio de Facatativá y, en cambio, haberlo enviado a Bogotá en ambulancia no medicalizada y bajo la responsabilidad de médicos generales sin experiencia en cuidado crítico de niños en condiciones de extrema gravedad.

La defensa de la médica encartada interpuso recursos de reposición y en subsidio apelación frente a la decisión del A quo, quien no aceptó los argumentos del recurso horizontal y, en cambio, concedió la apelación para ante el juez *ad quem*.

LA APELACIÓN

El defensor de la médica condenada en primera instancia, doctor FRANCISCO JAVIER CORREA DELGADO, presenta sustentación de los recursos basado en los siguientes argumentos:

a-La culpa real en la demora de atención de este paciente no se originó en la atención de la pediatra condenada, sino en los médicos que atendieron inicialmente al paciente fallecido.

b-El error consistió en haberlo enviado a Facatativá y no directamente a Bogotá, donde hubiera podido ser atendido de manera mas rápida y eficaz

c-La médica encartada consideró que la mejor forma de tratamiento se ubicaba en las unidades de cuidados intensivos de la capital de la Republica.

La respuesta del tribunal de primera instancia fue contundente:

- El niño, cualquiera que hubiese sido la causa de la llegada a Facativá, se encontraba en estado de extrema gravedad y debió haber sido atendido en ese municipio hasta la llegada de una ambulancia medicalizada.
- Se sometió al paciente a riesgos innecesarios al haberlo enviado en esas condiciones a Bogotá
- Aunque la remisión en si misma no fue la causa de presencia de daños más serios en las condiciones del pequeño enfermo, sí presentó en el traslado episodios de desaturación y de empeoramiento de la perfusión tisular.
- En el proceso ético disciplinario no se tiene en cuenta de manera exclusiva el daño, sino la conducta desplegada por el medico, que pueda violar alguno de los artículos del Código de Ética Médica, Ley 23 de 1981

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MÉDICA

I- LA DIFICULTAD QUE IMPLICA SER JUEZ DE SUS PARES

Una de las encrucijadas mas difíciles que enfrenta un juez, cualquiera sea el campo de su actuar, es tomar una decisión que, siguiendo los lineamientos de la justicia a la cual tiene que servir, no se aparte tajantemente de la equidad a la cual jamás debe olvidar. Pero para llegar a esa decisión que tiene que elegir sin alejarse de la Ley, a la que debe obedecer, debe colocarse en la posición de cada una de las partes en conflicto, a las que debe entender por separado.

Este es el caso que nos ocupa en el presente proceso: el discurso de un extremo de la relación procesal, en lo que concierne a la parte médica que puede haber tomado una elección incorrecta respecto de un enfermo, y el dicho de su parte opuesta que intenta justificar las causas que llevaron a esa alternativa. Obviamente, bajo la figura del enfermo que puede ser afectado por cualquiera de las dos posiciones encontradas. De un lado, se tiene a un medico graduado quien, luego de un angustioso viaje con una criatura de extrema gravedad, exige que sea atendido de manera inmediata en un hospital regional que no cuenta con todos los elementos para efectuar un

acto medico complejo, y del otro a un profesional de superior altura intelectual, quien insiste en enviarlo hacia el mejor sitio de atención, precisamente por el estado critico al que ha llegado la enfermedad que lo afecta. Y la decisión, que involucra un tiempo corto para evitar el desenlace fatal (que finalmente ocurrió), tiene argumentos de peso en ambos lados.

El medico general que proviene de Villeta (en donde ocurrieron los hechos) acompañando al paciente en situación progresivamente mas crítica, solicita atención urgente por un especialista altamente calificado y una unidad de cuidados intensivos inexistente; y la pediatra de urgencias quien, al no contar con ese recurso de alta tecnología, reenvía al enfermo “in articulo mortis” a una institución de nivel superior para la administración de un tratamiento definitivo y adecuado.

En este caso especifico consideramos mas adecuada la solicitud del medico que acompaña al paciente y que solicita angustiosamente sea recibido en un sitio que le pueda brindar, al menos, la cobertura de situaciones de emergencia para las cuales no dispone de elementos mínimos de manejo en su sitio de origen ni en la ambulancia de transporte hacia el hospital de complejidad intermedia, como hubiera sido el caso de una severa inestabilidad hemodinámica o un paro cardiorrespiratorio que requiere de intubación orotraqueal; que el planteamiento de la pediatra que hubiera podido recibir a la criatura en el hospital intermedio, en capacidad de atender situaciones de absoluta emergencia vital, mientras lograba remitirlo de manera mucho mas segura a su destino de alto nivel y con la tecnología y el personal adecuado para intentar detener el proceso del cuadro agudo que, en ultimas, acabó cobrando la vida del menor

Por la anterior consideración, debemos decir que la forma menos riesgosa de atender a este paciente, hubiera sido la hospitalización con atención especializada permanente, que el envió en un transporte sin un mínimo de recursos para conjurar la complicación esperada por parte de un profesional que apenas si comienza a entender la situación de docenas de enfermos de alta gravedad que requieren de tecnología, personal y conocimiento adecuado para su tratamiento.

Debe entonces aceptarse que la pediatra M.L.R.R. creó unas condiciones de agravamiento del riesgo que ya acompañaba al paciente S.M.O. Y esta elevación de un riesgo por encima de los niveles del riesgo inicial

(Enfermedad grave, avanzada y de difícil manejo) es la base de la denominada Imputación Objetiva.

Adicionalmente, es conocida en nuestra legislación la frase que expresa que quien crea un riesgo adicional al permitido, en el momento de producirse un daño como consecuencia del riesgo adicional, debe responder por ese daño.

II- EL RIESGO PREVISTO

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

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

A lo largo de la historia la sociedad ha aceptado la existencia del médico y el ejercicio de su actividad como un beneficio. Los seres humanos no sabrían qué hacer si en la comunidad no contaran con el precioso recurso de la medicina. Las personas dedicadas a la profesión médica han sido siempre tratadas con especial consideración y aprecio, porque se reconoce en ellas su dedicación, su voluntad de servicio, su idoneidad y eficiencia. Y es esa aceptación social, debida en buena parte al altruismo y la responsabilidad inherentes a la práctica médica, la que la distingue de lo que, incluso para la sociedad, se denominan actividades peligrosas. Efectivamente, mientras en la medicina el riesgo calculado es una forma normal y necesaria de desarrollar los principios más caros de solidaridad, bien común y ayuda al prójimo, en las actividades peligrosas el ejecutor mira generalmente sólo su propio beneficio: Conducir un automóvil o portar un arma son ejemplos de actividades peligrosas. Se conduce un vehículo automotor por propia comodidad o como medio para adquirir lo

económicamente necesario para sí mismo y su familia. Se porta o se utiliza un arma de fuego para la defensa personal y para defenderse de otro ser humano por medio de la agresión mortal.

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

Cualquier tratamiento médico y quirúrgico es potencial causa de daño a la integridad del paciente. Esto quiere decir que la práctica de un acto médico debe estar respaldada por el ejercicio legítimo de un derecho y el cumplimiento de un deber por parte del profesional médico debidamente graduado y habilitado por la legislación nacional, en beneficio del paciente.

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

El Estado se encarga, entonces, de dar el espaldarazo a la decisión de la comunidad y acepta al médico como un integrante que, lejos de ser peligroso, es benéfico para la sociedad. Obviamente se regula su actividad y se le exige un nivel de competencia que el mismo Estado certifica (título universitario); pero una vez que el médico se encuentra ejerciendo legalmente, su actividad queda regulada en esencia por su criterio personal y profesional pero bajo los dictados de la norma de excelencia vigente, el respaldo de títulos legal y científicamente adquiridos y no simplemente el ánimo económico de ejercer en campos desconocidos, en donde se pueden causar daños de todo tipo por falta de verdadera experiencia profesional.

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

III- LA IMPUTACION OBJETIVA

A- DIFERENCIACION ENTRE IMPUTACION OBJETIVA Y RESPONSABILIDAD OBJETIVA

Nuestro ordenamiento penal ha determinado expresamente en una de sus normas rectoras: la proscripción de toda forma de responsabilidad objetiva. Y esto aplica, sin duda alguna, a la actividad médica.

En épocas anteriores, se castigaba al médico simplemente por el hecho de haberse producido un daño. 2.000 años antes de nuestra era, en el ordenamiento penal más antiguo de que se tenga noticia, se establecía: "Si el paciente, operado de la herida grave o del ojo, muere o pierde el ojo, se le cortarían las manos al médico" (Código de Hammurabi). Es decir, únicamente por el hecho de producirse un resultado dañino, el médico debía responder. Es lo que se entiende por "responsabilidad objetiva".

Obviamente el desarrollo de la cultura ha ido dando paso al principio de la responsabilidad subjetiva para castigar al hombre únicamente en el evento de que pueda demostrarse que incurrió en una falta de atención no excusable.

Ese elemento interno, ese querer, esa voluntad de hacer o no hacer, que dirige la conducta, es la base de la responsabilidad penal en nuestro Derecho. Sin el nexo psicológico entre lo realizado con voluntad y el daño causado, no es posible estructurar un juicio de reproche.

Subsiste, fuera de la órbita penal, un intento por condenar al médico con base en criterios objetivos: el daño, por ejemplo, en materia administrativa. Pero estos intentos están llamados a fracasar en la medida en que se entienda que el médico es un hombre y que, como tal, puede fallar sin culpa.

B- IMPUTACION OBJETIVA

Uno de los problemas del derecho Penal consiste en cómo poder imputar el resultado de una conducta a quien la efectúa. Los principios de causalidad son el fundamento mismo de las teorías de la conducta.

(Cuello J. *Ámbito y límites de la doctrina de la imputación objetiva*. Cuello J. *El derecho penal español. Parte general*. 3 edición. 2002)
Las tendencias han variado, siendo las más importantes:

- NATURALISTA. Habla de la equivalencia de las condiciones. Todas las cosas que actúan en un momento determinado deben ser tenidas en cuenta como determinantes del resultado
- NEOKANTIANA. Existe una causalidad adecuada, es decir, una causa que es suficiente para producir el resultado.
- FINALISTA. Se refiere a la relevancia típica y distingue entre causalidad e imputación
- FUNCIONALISTA. Es la que plantea la Imputación Objetiva. En esta se habla de los criterios doctrinales para aplicar del Derecho, a partir de la creación del riesgo jurídicamente desaprobado. Esto aplica en delitos de todo tipo: dolosos, culposos, omisivos y comisivos.

El artículo 9 de la Ley 599 dice:

Conducta punible. Para que la conducta sea punible se requiere que sea típica, antijurídica y culpable. La causalidad por sí sola no basta para la imputación jurídica del resultado. Para que la conducta del inimputable sea punible se requiere que sea típica, antijurídica y se constate la inexistencia de causas de ausencia de responsabilidad.

El acápite más importante al respecto es: “La causalidad por sí sola no basta para la imputación jurídica del resultado”.

C- ESCUELAS ALEMANAS DE IMPUTACION OBJETIVA

Existen dos tendencias: La de Roxin en Munich, de corte moderado. Y la de Jakobs en Bonn, más radical en sus planteamientos. Roxin aplica la imputación objetiva a la estructura dogmática del delito: Conducta Típica, Antijurídica y Culpable, preservando los bienes jurídicos tal y como se encuentran en las normas vigentes.

De acuerdo con este autor: “...el resultado típico ocasionado solamente se le imputa cuando, además, haya tenido su origen en la creación por parte del autor de uno de los riesgos de lesión del bien jurídico en que pensó el legislador al promulgar la norma que contiene el tipo objetivo de delito en cuestión y, al mismo tiempo, ha sido ese riesgo el que se ha

concretado en el resultado causado...-“ (Roxin C. Derecho Penal. Parte General. Tomo I. traducción Diego Luzon. P 363. 1997).

Se insiste en que, la consideración de imputación objetiva y sus resultados a corto y mediano plazo, como consecuencia del delito imprudente, no son aplicables en casos de delitos culposos. Contrario sensu, en caso de delitos dolosos, las consecuencias de hechos concatenados con la ocurrencia del primer delito (el delito cometido con la intención especificar, de provocar un daño), pueden ser imputados al primer acto, como interpretación del dolo eventual que orienta la primera acción.

En la consideración de la imputación objetiva en los delitos que la admitan, existen entonces varias condiciones y criterios que deben ser evaluados de manera independiente.

- La protección de la norma
- La concreción del riesgo típico
- La prohibición de regreso
- La culpa de la víctima en la producción del daño

Jakobs hace variar la dogmática de raíz al considerar que el bien jurídicamente tutelado es la norma en sí, siendo la función del estado la defensa de la norma y no de los bienes jurídicos individuales. Es decir, a la Conducta típica, antijurídica y culpable, le hace falta el elemento creación del riesgo y que esa creación sea desaprobada por el derecho penal.

D- CRITERIOS DE VALORACION DEL RIESGO

El riesgo jurídicamente prohibido es un elemento más del injusto penal. Se maneja en el aspecto de la tipicidad. Si no hay tipicidad no se puede estructurar una conducta punible como tal. Una conducta es atípica cuando se desarrolla dentro de alguno de los tres siguientes criterios:

1- EL RIESGO PERMITIDO

Es lo que está socialmente aceptado. A través del desarrollo social se ha definido que, para poder permitir la interacción de los miembros de la comunidad, deben asumirse riesgos en forma permanente. Cada sociedad

ha determinado sus riesgos aceptables. Ejemplo: En Roma los gladiadores; en países hispanos el toreo; en todo el mundo los viajes en avión. Para que la sociedad pueda funcionar deben arriesgarse los bienes jurídicos de las personas. Sin embargo, quien pone límites a ese riesgo social es el Estado mismo, delimitando el residuo conductual que marca el riesgo permitido.

Y siendo el Derecho Penal un producto social, este no puede prohibir lo que la sociedad acepta en forma abierta. Uno de los ejemplos es la exclusión de la bigamia de la lista de tipos penales del nuevo Código. Si bien puede plantearse una posición de tipo moral en donde se invoquen además las buenas costumbres, las normas no contemplan esta situación como un delito específico.

Ahora: Cuáles son los elementos para definir lo que se encuentra permitido y lo que no lo es? Las talanqueras o límites que marcan la desaprobación del riesgo se pueden resumir en:

a. UTILIDAD SOCIAL

Cada persona posee una serie de derechos que deben ser protegidos por la sociedad. Pero esta protección se encuentra con el límite de la necesidad social. La utilidad social se mide al buscar el punto óptimo entre el riesgo en que se colocan los propios derechos y el beneficio que de tal riesgo se derive o reciba.

Ejemplo, al aceptar una intervención quirúrgica por la existencia de una hernia inguinal, debe sopesarse el riesgo de la cirugía contra el riesgo de no intervenir. Por un lado, aunque existe el peligro de muerte y complicaciones en el procedimiento quirúrgico, este se lleva a cabo de manera electiva y planificada. El no aceptar este riesgo calculado puede llevar a una situación de emergencia en la cual la misma hernia no tratada sufra un proceso de encarcelamiento y estrangulación, con compromiso de contenido intestinal, que puede llevar no solamente a la muerte, sino a situaciones de cirugía de emergencia, cuyos riesgos de complicación son mucho mayores que en el caso electivo.

Otro ejemplo más extremo constituye el evaluar si en un país subdesarrollado vale la pena colocar una central de energía atómica con fines

eminentemente investigativos. En este caso el Estado no puede permitir el desarrollo de un riesgo enorme balanceado contra un beneficio menor.

b. INEVITABILIDAD DEL RIESGO

Si la sociedad no permitiera la existencia de ningún tipo de riesgo, esa sociedad se vería detenida en el tiempo.

Por ejemplo, la existencia del parque automotor ciudadano es un verdadero riesgo y, de hecho, produce una gran cantidad de personas lesionadas y muertas en desarrollo del tránsito diario. El Estado ha limitado el riesgo al máximo al colocar avenidas, semáforos, puentes, límites de velocidad, patrulla de policía, etc. Sin embargo, el riesgo persiste de cualquier forma. Asimismo los hospitales. Aunque se encuentran normas de calidad, trabajadores idóneos, equipo de alta sofisticación y demás, la infección ronda en los lechos de los pabellones quirúrgicos; el riesgo de muerte siempre está presente en las salas de cirugía; el error en los datos nunca podrá evitarse en su totalidad.

Cualquier necesidad humana, incluyendo la alimentación, el vestido y la vivienda, acarrearán riesgos que le son inherentes, muchas veces en un grado elevado de posibilidades.

c. NECESIDAD SOCIAL

Los bienes jurídicos no han sido declarados para tenerlos completamente aislados. Ellos prestan un beneficio a quien figura como su titular y a la comunidad. La vida misma tiene una función social. Las profesiones tienen una función social y un riesgo en su ejercicio.

d. COSTUMBRE

Algunas costumbres se han desarrollado con la aceptación social en forma tradicional. Ejemplo de ellas son el boxeo, el toreo, la lucha libre, las carreras de automóviles y cualquier forma de deporte, especialmente los de tipo extremo.

Por otro lado; Cuáles son los factores que permiten manejar el riesgo permitido?

1ª- NORMAS JURIDICAS

Actúan en la determinación del riesgo pues existen conductas en un comportamiento de ámbito social que son altamente riesgosas y, por lo tanto, el Derecho las ha tipificado en las normas penales. Es decir, excluyen estas conductas del comportamiento diario y las declara como no permitidas

Las conductas que se encuentren cobijadas por la prohibición normativa hace que no sean permitidas en la sociedad. Y solamente se acepta cuando concurren ciertos parámetros que las convierten en excepciones. Estas son:

- **NEXO ENTRE LA NORMA PROHIBIDA Y EL RESULTADO.** Si no existe el nexo, a pesar de vulnerarse la norma, no se puede imputar el resultado.
- **FIN DE LA PROHIBICION.** La prohibición de una conducta no evita la concurrencia de otras conductas prohibidas. Por ejemplo, la prohibición de conducir sin licencia no evita la imprudencia de los peatones
- **CASOS EXCEPCIONALES.** Se presentan cuando, de todos modos, debe vulnerarse la norma jurídica y técnica. El caso del médico sin experiencia que tiene que intervenir quirúrgicamente a un enfermo moribundo, como última posibilidad de salvación
- **VULNERACION CON BASE EN PRINCIPIO DE CONFIANZA.** Se presenta cuando la actuación procede confiando en la seguridad de actos previos. Por ejemplo, el cirujano que interviene basado en una endoscopia digestiva que demuestra un tumor y resulta que el resultado no correspondía al paciente que se interviene por error en la transcripción de los resultados en la secretaría del servicio diagnóstico

2ª- NORMAS TECNICAS

Son criterios auxiliares puesto que no tienen el mismo efecto vinculante o coactivo de una norma jurídica.

Las profesiones y oficios se han organizado dentro de ciertos parámetros y normas de comportamiento que delimitan el correcto funcionamiento

y ejercicio de las mismas. Estos parámetros de excelencia constituyen la denominada *Lex Artis* o *Ley del Arte*. Van dirigidas a orientar el comportamiento ético de estas actividades humanas y su violación puede dar origen a procesos disciplinarios y, en muchos casos, a servir como apoyo en procesos judiciales.

Pero también pueden defender a quien, en ejercicio de su profesión, arte u oficio, cuando crea situaciones de peligro de bienes jurídicos tutelados por el Estado, si lo hace siguiendo los parámetros de excelencia que su oficio establece, hace que su conducta no sea considerada como típica y, por lo tanto, tiene justificación ante el Derecho Penal y por lo tanto no se hace susceptible de reproche y castigo.

El ejemplo típico es el conductor que, siguiendo todas las normas de tránsito, incluidos límite de velocidad, vehículo en perfecto estado de mantenimiento, etc, atropella a un peatón que atraviesa la calle de manera imprudente y le causa lesiones personales graves, puede ser eximido de responsabilidad por haber seguido todas las normas técnicas de conducción.

Igual sucede en la profesión médica cuando en el proceso de un tratamiento anticoagulante que un paciente recibe por efectos de un embolismo pulmonar grave, sufre una hemorragia de vías digestivas que lo lleva a la muerte, esta complicación estaba contemplada dentro del riesgo previsto. Y siempre y cuando se haya descartado enfermedad péptica gástrica, exceso de anticoagulación y protección del exceso de acidez en el estómago, pese a lo grave de la complicación, no puede inculparse al médico, pues siguió todos los parámetros indicados como recomendables para tales efectos.

Desde el punto de vista de culpa civil se contemplan los aspectos de negligencia, impericia e imprudencia. En el plano penal, la negligencia deberá contemplarse en todos los delitos, especialmente en los culposos.

3ª- COMPORTAMIENTOS DIFERENCIALES

Cuando no existan normas jurídicas que señalen o normas técnicas que auxilien el análisis del comportamiento, debe acudir a la figura de la actuación hipotética de una persona prudente en igualdad de condiciones y características.

4ª- DEBER DE INFORMACION Y ANUNCIO DE PELIGRO

Toda persona al desarrollar una actividad tiene la obligación de efectuar un examen previo y de informar el posible desenlace de esa conducta.

En el proceso de viajar en avión se presentan dos situaciones previas al despegue: La advertencia de las azafatas sobre el peligro de pérdida de presión en la cabina de pasajeros y la implícita posibilidad de accidente que con esa advertencia se informa. Y las condiciones del contrato de transporte de vuelo, en donde se expresa la responsabilidad de la aerolínea en caso de eventos catastróficos.

En medicina esto aplica al consentimiento

5ª- POSICION DE GARANTE.

Son constitutivas de posiciones de garantía las siguientes situaciones:

1. Cuando se asuma voluntariamente la protección real de una persona o de una fuente de riesgo, dentro del propio ámbito de dominio.
2. Cuando exista una estrecha comunidad de vida entre personas.
3. Cuando se emprenda la realización de una actividad riesgosa por varias personas.
4. Cuando se haya creado precedentemente una situación antijurídica de riesgo próximo para el bien jurídico correspondiente.

- INSTITUCIONAL Normalmente existe en el funcionamiento social una serie de normas perfectamente establecidas. Y esto es aplicable a las instituciones de cualquier tipo que existen en la estructura del estado. Una persona que pertenezca a una de esas instituciones se encuentra en posición de garante respecto de los miembros de esa institución. El ejemplo más elemental es la Familia: Cada uno de sus miembros es garante de la integridad de los demás. El padre es garante de los hijos y de la esposa. Esta es garante de su marido y sus hijos. Y los hijos lo son de los padres. En la misma forma, un jefe es garante del subalterno, como también lo es el subalterno de su respectivo superior. Es el simple enunciado centenario de “amar al prójimo como a sí mismo”, pero colocado a nivel de consideración jurídica para vivir en sociedad.

- ORGANIZACIONAL. También se está en posición de garante de manera individual. Y esto es más cierto cuando una persona maneja una fuente de riesgo., pues es garante de la fuente de riesgo y de los miembros de la sociedad que resulten afectados por su falta de control del mismo. Ejemplos de lo anterior son el responsable de la señalización de los trenes, el controlador aéreo, la persona a cargo de los explosivos de una guarnición y el médico en muchas situaciones. En casos extremos, como cuando se pierden sustancias explosivas, quien estaba a cargo de las mismas responde no solamente por ellas, sino por las acciones que con ellas se lleven a cabo, muchas veces a título de partícipe.

2- EL PRINCIPIO DE CONFIANZA

Los bienes jurídicos pueden ser vulnerados por acción de la naturaleza o por acción de terceros.

Dentro del rol de interacción social, las personas ocupan posiciones determinadas, dependiendo de la situación en que sean consideradas. En cada lugar, en cada evento, hay identificación de cada persona: En un momento soy conductor de mi vehículo, en la siguiente soy peatón, luego pasajero de un taxi, posteriormente profesor de una universidad. Y, al mismo tiempo, soy profesional en determinada área, soy también padre de familia, hijo, ciudadano, etc.

Cada rol indica las funciones que deben cumplirse en relación con cada momento social. La sociedad espera que todas y cada una de las personas cumplan a cabalidad y con exactitud la función que las diversas posiciones. De esta manera, la comunidad espera que el conductor no maneje en estado de embriaguez, que el médico no sea imprudente, que el funcionario sea honesto, etc. Es decir, que no defraude las expectativas que la sociedad ha puesto en cada una de las personas a las cuales les confiere una posición y una función específica.

El principio de confianza, pues, se apoya en la responsabilidad de cada uno de los miembros de la sociedad. Y esto debe ser así, porque si se desconfiara de todo el mundo en todo momento, la vida sería imposible de continuar.

Este principio se desarrolló, en principio, para regular cuatro aspectos:

- **TRAFICO AUTOMOTOR.** En todas sus formas: automóviles, aviones, barcos, trenes, etc. En donde más infracciones se cometen, se crean normas de conducta para disminuir los riesgos al máximo. Ejemplo: Código Nacional de Tránsito y Transporte. Allí se señalan los aspectos mínimos de control para poder conducir, delimitación de velocidades, fijación de normas técnicas, etc. Y es, por ejemplo, en un semáforo, en donde más evidente se hace el principio de confianza, cuando la persona que adelanta su vehículo en luz verde confía de manera inconsciente en que van a respetar su derecho a la vía. De allí las explosiones de ira cuando alguien no cumple con la norma y pone en peligro no solamente su propia vida sino la de los demás.
- **TRABAJO EN EQUIPO.** Hoy en día casi todo el trabajo es en equipo. En el área médica esto es verdaderamente dramático, pues un acto médico de cualquier nivel se basa en el principio de confianza. El cirujano, al intervenir un paciente confía en varias cosas: Los exámenes de laboratorio son correctos, la sangre se encuentra disponible y corresponde al tipo del enfermo, los instrumentos se encuentran libres de contaminación, los antibióticos son confiables, los cuidados post operatorios son de óptima calidad, etc.
- **ACCIONES DOLOSAS DE TERCEROS.** El aspecto esencial es la posición de garante de las personas.
- **REALIZACION DEL RIESGO.** Existe un nexo entre la violación de la norma y el resultado dañoso. Pero no se puede atribuir ese resultado única y exclusivamente a un acto inicial. Por ejemplo, cuando un herido es trasladado a un hospital para tratamiento y en el camino la ambulancia sufre un accidente y a consecuencia del mismo el enfermo fallece, el acto inicial de lesiones personales no es el causante directo de esa muerte. Cuándo no se permite el principio de confianza? En dos situaciones:
 - a- Cuando la persona que actúa es un incapaz
 - b- Cuando se tiene la función de supervisor. Por ejemplo, no se puede predicar el principio de confianza en un alumno de último de año de medicina.

3-PROHIBICION DE REGRESO

Se denomina también complicidad aparente. Hay situaciones en donde una persona crea escenarios que permiten que un tercero cometa delitos. Si esa situación creada se encuentra dentro del riesgo permitido, allí existe prohibición de regreso.

Por ejemplo, cuando el tesorero de un entidad, obedeciendo orden legal escrita de superiores, entrega un dinero y este al ser recibido por sus destinatarios es dilapidado, su responsabilidad no está involucrada, puesto que la sola causalidad no es suficiente para imputar el resultado. Porque ese riesgo se creó dentro de lo jurídicamente permitido.

Por eso no se puede regresar hasta ese tesorero para imputarle el resultado de lo que después sería una conducta dolosa de los demás.

La prohibición de regreso se soluciona siempre dentro de los criterios de imputación objetiva y no con el principio de causalidad. A este respecto: Cómo maneja esa imputación objetiva este aspecto?

A- DOMINIO DEL HECHO. Quien crea el escenario, siempre y cuando se encuentre dentro del riesgo permitido, no es responsable del resultado a partir del momento en que entrega el dominio de los hechos o sucesos. Allí cesa su responsabilidad.

B- PRINCIPIO DE CONFIANZA. La excepción al mismo se basa en el conocimiento del objetivo para el cual se utiliza un elemento o un escenario de peligro.

C- DESVIACION UNILATERAL DE CONDUCTAS INOCUAS SOCIALMENTE ACEPTADAS. Cuando se aprovechan de una conducta o actividad permitida socialmente y con base en ella llevan a cabo delitos. Ejemplo: El taxista que lleva a un pasajero, el cual le pide lo espere diez minutos y en el mismo lapso atraca un banco, volviendo tranquilamente al taxi que lo aguarda. Aquí el taxista no es responsable.

D- POSICION DE GARANTE. Aquí la prohibición de regreso no aplica.

4-LAS ACCIONES A NOMBRE PROPIO

IV- POSICION DE GARANTE DEL MEDICO

En determinados casos existe una relación de tipo jurídico entre una persona y un bien jurídico. Esa relación de tipo jurídico es la que se llama posición de garante. Hace que nazca esta situación o condición de garante de una persona frente a un determinado bien jurídico. No es relación de tipo sentimental o moral. Ejemplo: Relación de padre a hijo hay relaciones afectivas, sentimentales, morales, etc.

Pero subsiste una relación jurídica que hace nacer la posición de garante. Ejemplo, en un momento determinado, en la sucursal del Banco Ganadero del Barrio Kennedy que hurta los dineros del señor P.

A ese gerente lo llaman como responsable. Y las personas de la Junta Directiva que llevaron a ese gerente al puesto, pueden estar en posición de garante respecto de ese gerente y eso amplía el concepto de autoría, pues no solamente responde el gerente por el hurto, sino las personas que allí lo llevaron. En esta teoría de posición de garante reposa uno de los pilares de la imputación objetiva. Y quien se encuentra en posición de garante pasa a ser uno de los sujetos activos de esa conducta.

Si el padre de un niño de 8 años deja el revólver en la mesa de noche y el niño toma el revólver y dispara sobre un transeúnte que pasa en ese momento frente a la casa, el niño puede ser no imputable por inmadurez psicológica. El padre creó el riesgo y en desarrollo de ese riesgo hay un resultado que es típico y hace que el padre sea autor del homicidio. La posición de garante se hace respecto de un bien jurídico protegido. Cuando estalla una bomba en un avión, la compañía es garante de los pasajeros, porque deben garantizar la seguridad. La posición de garante tiene dos variantes

- Respecto del BIEN JURIDICO. El padre es garante de la vida del hijo

-Respecto de la FUENTE DE RIESGO. Un avión con exceso de equipaje y volando a una hora inadecuada. Hay un accidente porque

hay bienes jurídicos protegidos. Se analiza la parte técnica del avión para evaluar el riesgo permitido. Hubo tormenta y el controlador aéreo no informó. En este caso puede llegar a ser responsable.

CONCLUSIONES

Este caso es difícil de evaluar. Pero atendiendo a los detalles del manejo del paciente fallecido, quien realmente lo colocó en situación de riesgo adicional, superior al que ya tenía por su gravísima enfermedad, fue la doctora M.L.R.R.

Por lo tanto, será necesario confirmar la condena impuesta por el tribunal de primera instancia.

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar, como en efecto confirma, la sanción de CENSURA ESCRITA PERO PRIVADA a la doctora M.L.R.R., médica pediatra. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Contra la presente decisión no caben recursos. **ARTÍCULO TERCERO:** Devuélvase el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, septiembre ocho (08) del año dos mil quince (2015)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1288 DEL OCHO (08)
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

**REF: Proceso No 783 del Tribunal Seccional de Etica Medica del
Atlántico**

Denunciante: Señora H.P.P.L.

Contra los Doctores: L.A.M.P. Y V.J.J.O.H.

**Magistrado Ponente: Dr. Francisco Javier Henao Pérez.
Providencia No. 76-2015.**

VISTOS:

- Mediante providencia del 5 de noviembre de 2014 el Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico eleva pliego de cargos a los doctores L.M.A.B., L.A.M.P. Y V.J.J.O.H.
 - El 3 de diciembre de 2014, rinden diligencia de descargos los doctores L.M.A.B. y el Doctor V.J.J.O.H. Y el 4 de marzo de 2015, el Doctor L.A.M.P.
 - Mediante providencia del 24 Junio de 2015, el Tribunal Seccional acepta los descargos de la doctora L.M.A.B., y no acepta los descargos de los doctores L.A.M.P., sancionándolo con suspensión en el ejercicio medico por cinco (5) meses y V.J.J.O.H. sancionándolo por un (1) mes.
 - El 21 de julio de 2015, el doctor L.A.M.P., a través de apoderado, interpone recursos de reposición y apelación contra la providencia del 24 de junio de 2015, y el 22 de julio de 2015, el apoderado del doctor V.J.J.O.H. interpone recurso de Apelación.
- El 22 de Julio de 2015 el Tribunal Seccional concede el recurso de reposición y subsidiario de apelación al Doctor L.A.M.P., y concede el recurso de apelación al Doctor V.J.J.O.H.

-Mediante providencia del 12 de agosto de 2015 el Tribunal Seccional no repone la decisión y concede el recurso de Apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica, al Doctor L.A.M.P.

- El 24 de Agosto de 2015 se recibe en esta Corporación el expediente, que consta de un cuaderno con 406 folios. Es puesto a reparto el día 25 de Agosto y correspondió por sorteo al Magistrado Francisco Javier Henao Pérez.

HECHOS

Se trata del caso de la paciente H.D.M.P., de 5 años y 4 meses de edad, de sexo femenino, que ingresa al servicio de urgencias de la institución Camino Bosque de María a las 08:54 pm el día primero (1) de Enero de 2013 y es atendida a las 09: 12pm. El motivo de la consulta era fiebre. En ese momento refiere la madre un cuadro clínico de dos (2) días de evolución consistente en fiebre no cuantificada.

A la revisión por sistemas presenta síntomas respiratorios leves, y no hay datos de un posible foco infeccioso.

Antecedentes personales patológicos niega. Posible alergia a Amoxicilina, Quirúrgicos Negativos. Niega, antecedentes familiares. Tiene una hermana hospitalizada por cuadro de dengue, niega tratamiento en el momento.

Al Examen Físico, no hay alteraciones. Signos vitales FC: 98 FR: 23 un Glasgow de 15/15. Temperatura: 38° peso: 15kg.

Con una impresión diagnóstica de Fiebre No Especificada.

Se le ordena un hemograma que reporta HB: 10.4, HTO: 31, leucocitos 11.000, linfocitos: 22%, neutrófilos 68%, eosinófilos 9%, parcial de orina no patológico PCR menor a 6mg x dl.

El día dos (2) de enero de 2013 es valorada por el pediatra doctor L.A.M.P., quien anota en la historia: “Paciente con enfermedad febril de dos días de evolución asociado a síntomas respiratorios altos leves, no hay datos de foco infeccioso.

Al Examen Físico. Tiene antecedente familiar de hermana con dengue y habita en zona endémica. Presenta buen estado circulatorio con deshidratación grado I, corregida con plan B. No hay signos de vasodilatación, parcial de orina no patológico reporte de hemograma del 2 de enero con plaquetas de 332.000 hemoglobina de 10.9 hematocrito de 32, leucocitos 9500, neutrófilos 82%, linfocitos 7%, eosinófilos 10%, no hay signos de alarma tolera vía oral sin signos de toxicidad, sin alteraciones respiratorias, se decide dar salida recomendaciones y se explica signos de alarma se cita en 48 horas para valoración por pediatra por urgencias". (Folio 15).

Se da de alta y con fórmula médica a las 18:22 del día 02/01/2013, con Acetaminofén tomar 8 cc vía oral cada 6 horas duración 5 días.

La paciente reingresa el día cuatro (4) de Enero de 2013 a las 11:44 am y es atendida a las 01:20pm. En el servicio de urgencias. Refiere la madre que la niña presenta cuadro clínico de aproximadamente 4 días de evolución caracterizado por fiebre alta no cuantificada, dolor abdominal ocasional difuso, deposiciones diarreicas (3), niega otra sintomatología. La paciente consulto hace 3 días a urgencias sin presentar mejoría, signos vitales FC: 100 FR:20, temp:36, antecedentes personales patológicos niega, hospitalizada por neumonía en el 2011 en la clínica del norte, esquema de vacunas completo, alérgica a la Amoxicilina, al examen físico otorrinolaringología: mucosa oral húmeda ,cardiovascular :ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, pulmonar: claros bien ventilados ,abdomen blando depresible sin dolor a la palpación ,perístasis positiva neurológico sin déficit aparente.

Con Diagnóstico de Fiebre no especificada, se solicitan exámenes de laboratorio, e imágenes diagnósticas se inicia manejo con líquidos IV y se interconsulta a pediatra.

En nota de las 19:16 del 4 de enero de 2013, encuentran una Paciente con enfermedad febril de 5 días de evolución asociada a síntomas generales, sin evidencia foco infeccioso al examen físico. Reporte de hemograma tendencia a leucopenia 5.4, hemoglobina 12.8, hematocrito 37, Plaquetas 112.000 presenta dolor abdominal además de signos de deshidratación por lo cual se considera paciente con dengue con signos de alarma que requiere manejo hospitalario. Se hospitaliza en pediatría con formula de: Dieta adecuada para la edad, Lactato de Ringer: 500ml IV pasar a 65cc/

hora acetaminofén jarabe dar 7.5cc cada 8 horas. Parcial de Orina, Ionograma, proteínas totales, y diferenciales albumina GOT GPT Control de curva térmica. Balance hídrico, control de signos vitales.

El cinco (5) de enero de 2013 a las 09:49 se encuentra paciente hemodinámicamente estable ,con signos vitales dentro de los límites normales, con reporte de hemograma que muestra ,plaquetas 100000 ,HB: 14, hto:40,leucocitos 6000, neutrófilos 57.9,linfocitos :32.8, se interpreta como: trombocitopenia, con hemoconcentración (HB y HTOC elevados), se decide aumentar la tasa hídrica con un volumen total de 1800cc de SS N 0.9% pasar a 75cc /hora en bomba de infusión, se solicita hemograma, densidad urinaria, ecografía abdominal total, dieta adecuada para la edad acetaminofén 7.5 cc vía oral cada 8 horas ,control estricto de líquidos administrados y eliminados ,balance hídrico y peso diario, control de tensión arterial cada 4 horas y anotar par enfermería, curva térmica cada 4 horas y anotar , control de signos vitales y avisar cambios . Diagnóstico: Sospecha de dengue con signos de alarma.

A las 13:35 del mismo 5 de enero continúa con dolor abdominal., taquipneica, Fc: 115, Fr: 30, T/A 100/60 temp: 37, el hemograma que muestra, hb 13.1, hto: 39.2%, leucocitos: 6200, plaquetas 75000 densidad urinaria 1030, se ordena RX de tórax que es reportada dentro de límites normales, y se decide y remitir urgente a UCI pediátrica para monitorización, resto de órdenes médicas iguales.

Al ingresar a la unidad de cuidados intensivos pediátrica del Camino Universitario Distrital a las 04:18 del día cinco (5) de enero de 2013 se encuentra rash cutáneo generalizado en las piernas y presencia de dolor abdominal ingresa a febril, hidratada poco colaboradora, signos vitales FC: 145, FR: 40, Temp 37.5 PA: 97/45. Conjuntiva rosada, tórax simétrico con leves tirajes subcostales y leve disminución del murmullo vesicular izquierdo, se hace diagnóstico de 1. Dengue Grave 2. Shock distributivo paciente en estado delicado requiere soporte inotrópico con dopamina, colocación de catéter central par parte del cirujano pediatra, catéter yugular externo, colocación de sonda vesical y toma de muestra de gases arteriales, la paciente no mejora progresa hacia acidosis metabólica y finalmente asistolia. Fallece a la 1:30 am del seis (6) de enero de 2013. Analizaremos por separado las consideraciones que tuvo el tribunal seccional para sancionar a cada uno de los Médicos inculpados.

Consideraciones para sancionar al Dr. L.AL.M.P., por violación a los artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981.

1. “Es riesgoso el manejo ambulatorio de un paciente menor con diagnóstico de Dengue” (folio 347).
- 2.”Que no hubo adherencias al protocolo de manejo de Dengue” (folio 347)
3. Cuestionamiento por parte del Doctor L.A.M.P., al comité de vigilancia epidemiológica (folio347).
4. Cuestionamiento del Dr. L.A.M.P. al tratamiento instaurado en la unidad de cuidado intensivo a la paciente H.D.M.P. (folio347).
5. “...Pero lo concreto es que el disciplinado, en este caso en concreto, tenía el deber de desplegar diligencia y cuidado.” (folio 347).

Consideraciones para sancionar al Dr. V.J.J.O.H. Por violación al artículo 10 de la ley 23 de 1981.

1. Considera la sala del tribunal seccional: “que no es el tiempo utilizado en cantidad o número de veces en la evaluación de un paciente, sino que debe fundamentarse en la racionalidad lógico-científica en la que subyace la prudencia, el conocimiento y la experiencia”.
2. “El inculpado trata, en sus descargos minimizar (sic) la importancia de la prueba igM para dengue, lo cual no es de buen recibo para la sala.” (folio 346)

Consideraciones del Tribunal Nacional de Ética Médica sobre la sanción impuesta al Doctor L.A.M.P.:

1. Es absolutamente permisible el manejo ambulatorio de un paciente menor de edad con diagnóstico de “Fiebre no especificada” sin signos de alarma para dengue grave. Y con exámenes de laboratorio completamente normales el día de su consulta.

Manejo ambulatorio, no significa olvidarse del paciente, por el contrario en una muestra de prudencia, diligencia y profesionalismo el Dr. L.A.M.P. ordeno volver a su paciente 48 horas después a la consulta de urgencias, es decir dentro del rango aceptado del tiempo en el que una enfermedad viral, incluido el dengue tiene manifestaciones más específicas.

En ninguna parte de la historia clínica inicial (folios 13 a 18) aparece esta enfermedad como diagnóstico de la paciente H.D.M.P. El diagnóstico en ese momento fue el de: “Fiebre no especificada”, y no podía ser de otra manera ya que no existían síntomas ni signos que hicieran pensar en una enfermedad febril específica. Son muchas las enfermedades virales que cursan con fiebre, e incluso con erupción cutánea, entre ellas el sarampión, la rubeola el dengue, algunos enterovirus, virus del herpes, la quinta enfermedad (Papovavirus).

Pero además se cita claramente el antecedente familiar de una hermana con dengue, y se anota a folio 16: “No hay signos de alarma de Dengue”. Es decir es muy claro que SÍ se pensó en dengue como una posibilidad diagnóstica, dado que la paciente venía de una zona endémica y tenía una hermana con dengue, lo que por supuesto no es suficiente para afirmar que si la paciente tiene fiebre de dos días de evolución entonces tiene dengue , ya que hemos visto que la fiebre por 48 horas hace parte de los pródromos de muchas enfermedades infecciosas, virales y no virales este fue un diagnóstico hecho posteriormente, cuando aparecieron otros signos y síntomas.

Por esa razón se le dieron los signos de alarma, pero sobre todo se la ordenó volver a consulta de urgencias en 48 horas. De la misma manera se dio el tratamiento adecuado para una paciente con diagnóstico de: Fiebre no especificada, que es el mismo para el supuesto caso que la paciente estuviera en los pródromos de un “Dengue Clásico.”

No comparte este tribunal la afirmación del Tribunal seccional “ La sala considera que es riesgoso el manejo ambulatorio de un paciente menor con diagnóstico de Dengue, esperando que tales signos de alarma sean detectados en casa por la madre u otros familiares”(-sic) Siendo los signos de alarma condiciones tan aparentes y claras como son: dolor abdominal intenso y continuo, vómitos frecuentes, somnolencia o irritabilidad así como el sangrado de mucosas, incluido el sangrado excesivo durante el periodo menstrual. Son muy fácilmente detectables por la madre de un menor, y sin ninguna duda conociendo la madre a su hijo, puede explicar mejor al médico los síntomas que la aquejan.

2: Existen varios protocolos de manejo de dengue, especialmente en zonas endémicas como es la región caribe. En Colombia, el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud, la Organización Mundial De la Salud, La Organización Panamericana de la Salud, tienen guías de manejo. Todos con las mismas generalidades, todos describen la enfermedad como “El dengue es una enfermedad viral febril aguda. Se reconoce un espectro de manifestaciones de la enfermedad que va desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos; es así como se definen diversas formas clínicas: dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma, y el dengue grave donde se encuentran incluidos el síndrome de choque dengue (SCD) y otras complicaciones del dengue como miocarditis, encefalitis, hepatitis las cuales se asocian con mayor mortalidad.” (Guías: Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue OMS (2009) y Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud (2010)).

Dengue: las características clínicas dependen a menudo de la edad del paciente. Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril leve o la clásica enfermedad incapacitante de inicio abrupto, fiebre alta, cefalea intensa, dolor retrorbital, dolores musculares y articulares y erupción cutánea. Es frecuente la leucopenia (recuento de leucocitos <5000) y en ocasiones se observa trombocitopenia. Los lactantes y preescolares pueden sufrir desde una enfermedad febril indiferenciada con erupción maculopapular hasta complicaciones mayores. No es posible en la fase febril, que dura en general entre uno y seis días, reconocer si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o si es apenas el comienzo de un dengue grave, con choque o grandes Hemorragias. GUÍA PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DEL PACIENTE CON DENGUE. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud (<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20integral%20del%20paciente%20con%20dengue.pdf>).

Y aunque si hubo “adherencia al protocolo” como se puede comprobar muy fácilmente analizando la historia clínica y comparándolo con la publicación mencionada, Este Tribunal Nacional quiere dejar

muy en claro que estos protocolos son solamente guías de manejo, no son camisas de fuerza, y no podría ser porque iría completamente en contra de la autonomía del médico y eventualmente se necesitarían cumplidores de protocolos y no médicos. Es el médico con su buen juicio el que decide que es lo mejor para su paciente, de acuerdo a sus circunstancias particulares, a su prudencia a su diligencia y sobre todo al conocimiento, a la preparación, al estudio continuo, es decir a la “lex artis”.- A la que volveremos más tarde-. Por lo tanto no es de sorprender que la mayoría de las actitudes de un médico idóneo estén muy cercanas a lo que está escrito en los protocolos.

3. Concuera plenamente este Tribunal Nacional con la afirmación de la defensa en escrito del Abogado Doctor J.E.B.B. “El acta del comité de Vigilancia Epidemiológica no tiene ninguna firma, por lo tanto este acto administrativo genera nulidad del mismo y no puede ser utilizado como prueba en contra de mi poderdante” (sic) (folio 372) a menos que se pudiera demostrar su autoría de manera indubitable.

4. Solamente mencionemos el hecho médico escueto referido en la historia clínica respecto al manejo en cuidado intensivo: “al ingresar la paciente a la unidad de cuidado intensivo con signos evidente Shock, se le disminuyen los líquidos y se le adiciona Furosemida”.... (folios 35, 36 y 230).Ciertamente ese no es el manejo aceptado para el shock distributivo, en que se encontraba la paciente, y razón asiste al Dr. L.A.M.P. en poner de presente esa situación.

5. Finalmente expresa el tribunal seccional: “...Pero lo concreto es que el disciplinado, en este caso en concreto, tenía el deber de desplegar diligencia y cuidado.” (folio 347).

No encuentra esta Superioridad razones para respaldar la afirmación del tribunal seccional. Como ya ha quedado demostrado el Dr. L.A.M.P., hizo un diagnóstico adecuado a las circunstancias de tiempo y modo en que asistió la paciente a la primera consulta, sospecho entre otros diagnósticos, la posibilidad de dengue, estableció el tratamiento adecuado y dio las instrucciones pertinentes, citó a la paciente para control 48 horas más tarde para atenderla el mismo en tiempo extra de su contrato de trabajo.

Más bien en la sentencia del tribunal seccional si aparecen algunas inconsistencias que es necesario mencionar:

- a) Que el Doctor L.A.M.P., atendió por primera vez a la paciente el día 4 de Enero de 2015. Cuando las pruebas muestran que su primera atención fue el 2 de Enero de 2015
- b) El Dr. L.A.M.P., no le dio de alta a la paciente el día 4 de Enero de 2015, todo lo contrario ese día la hospitalizó, y diagnosticó dengue con signos de alarma sin complicaciones.
- c) El día 4 de enero de 2015 la paciente ingresó con signos de alarma consistentes en dolor abdominal y diarrea. Y no llegó como afirma el tribunal seccional a folio (347) “está demostrado que la paciente llegó con complicaciones severas”. Confunde entonces el tribunal seccional: signos de alarma con complicaciones severas.

Cuando el paciente tiene signos de alarma está en una fase en la que el tratamiento puede prevenir la muerte, y el tratamiento es fundamentalmente la administración de líquidos intravenosos para prevenir la aparición de shock distributivo, cosa que se realizó con la paciente H.D.M.P., en la institución Camino Bosque de María.

LA LEX ARTIS EN MEDICINA

Es absolutamente pertinente citar lo consignado en la providencia 23-09 de este Tribunal Nacional, por el Magistrado Doctor Fernando Guzmán Mora. Respecto a la Lex artis en medicina.

“De las cuatro características principales que distinguen al acto médico (profesionalidad, ejecución típica, licitud y Lex Artis), la práctica de la medicina, mirada desde la Lex Artis merece un especial análisis, por la sutileza de sus principios en un mundo científico en permanente cambio.

La sociedad, que a través de sus autoridades académicas y políticas otorga un título profesional, supone la competencia de quien lo recibe y lo encuadra dentro de un régimen general de responsabilidad, pero siempre teniendo en cuenta las condiciones propias de su profesión y oficio. El profesional de la medicina, al igual que los de otras ramas del conocimiento (ingenieros, abogados, arquitectos, etc.), posee una

compleja estructura teórica que se integra y asimila luego de muchos años de observaciones y estudios. Esta estructura teórica debe plasmarse en resultados concretos a través del manejo de técnicas especiales. Y quien aplica estas técnicas lo hace imprimiendo su sello personal, su característica individual. Estos tres aspectos integran el ejercicio médico: ciencia, técnica y arte.

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

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

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

No se puede apreciar con la misma severidad el concepto renacentista del denominado ‘*pus laudable*’ (diagnosticar una herida como ‘sana’ si se acompañaba de supuración), con un tratamiento con antibióticos modernos. Simultáneamente, no es justo comparar un acto quirúrgico que se ejerce de urgencia en una apartada región por un médico general que actúa bajo un estado de necesidad, y el que se practica al mismo tiempo en una clínica especializada de una de las principales ciudades del país, con todos los elementos técnicos a disposición del cirujano.

Si proyectamos el ejercicio médico hacia el futuro, es muy probable que, como decía el maestro Guillermo Fergusson, los médicos recuerden el uso de las drogas quimioterapéuticas que actualmente utilizamos para el tratamiento del cáncer con el mismo horror con que nosotros miramos el uso de aceite hirviendo en las heridas. Igualmente, las generaciones venideras contemplaran nuestros hoy tan admirados métodos de cirugía de corazón abierto, como una de las más salvajes agresiones al organismo de una persona. A pesar de todo, estos dos ejemplos constituyen la Lex Artis de hoy en el manejo de enfermedades muy específicas (cáncer y algunas afecciones cardíacas) y son la ‘excelencia’ del ejercicio médico actual para combatir sus efectos sobre estos enfermos.

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

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

“[...] supongamos que la mente sea un papel en blanco, limpio de todo signo. ¿Cómo llega a tener ideas? ¿De dónde saca todo el material de la razón y del conocimiento, ese prodigioso cúmulo, esa variedad casi infinita, que la activa imaginación ha pintado en ella? Contesto con una sola palabra: de la experiencia. Este el fundamento de todo nuestro saber, que de ella deriva en última instancia.”

La ciencia agrupa todos los conocimientos demostrables. El pensamiento científico ha hecho al ser humano capaz de transformar la naturaleza y la sociedad. Sus fundamentos históricos son ancestrales y sus conceptos, en constante evolución resisten el embate del tiempo. Según Descartes, los criterios de verdad quedan sujetos a la percepción clara y nítida de los objetos y los fenómenos: “*Illud omne esse verum*

quod valde clare et distincte perceptio". Y llamaba claro a aquel conocimiento presente en los espíritus atentos, y que es tan preciso que se diferencia de todas las demás cosas. Así, una idea es verdadera porque es clara y evidente a la razón. Pero, queda entendido, el conocimiento es desde esta óptica, subjetivo.

Si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, es necesario distinguir entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico.

El primero simplemente conoce la cosa o el hecho, sin dar explicación ni razones metódicas. El segundo, en cambio, explica y razona sobre las cosas y los hechos conocidos y los expresa con cuidado para evitar errores. Las formas sistemáticas de conocimiento, o disciplinas intelectuales, pueden ser de tres tipos: humanísticas (el cultivo de la mente y los sentidos. Ej.: lógica, filosofía y arte); tecnológicas (acción sobre el medio ambiente para transformarlo); y científicas (explicación de la realidad para predecir su comportamiento).

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

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

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

El valor científico de una teoría no puede determinarse en relación con su aceptación por la mente humana o por la sociedad misma cuando ésta está inundada de creencias dogmáticas y supersticiones. Esto no quiere decir que la ciencia y el científico no deban ser modestos y humildes frente a la ignorancia de lo que aún no se conoce.

“[...] con casi cada nuevo logro científico, con cada solución hipotética de un problema científico, el número de problemas no resueltos aumenta: y así mismo aumenta el grado de su dificultad; de hecho, ambos aumentan a una velocidad superior a la que lo hacen las soluciones. Y sería correcto decir que mientras nuestro conocimiento hipotético es finito, nuestra ignorancia, nuestra creciente ignorancia es infinita.”

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

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

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

Todos los elementos, científico, tecnológico y ético, pueden compilarse en la Lex Artis, que valora la aplicación del conocimiento médico con los parámetros de la excelencia. Es evidente que para cada época han existido parámetros diferentes, dado el nivel de desarrollo científico alcanzado hasta ese momento. Con el paso del tiempo, unas 'verdades' van siendo reemplazadas por otras más firmes y el apoyo de la técnica o de la tecnología abre nuevos horizontes y permite la inauguración de nuevos métodos. Por esta razón algunos filósofos de la ciencia hablan ahora de la provisionalidad del conocimiento, de la falibilidad como principio y de la necesidad de generar, para esta epistemología antidogmática, una ética que considere las implicaciones de los descubrimientos científicos y sus aplicaciones tecnológicas.

Así, la Lex Artis ad Hoc vendría alimentada por el componente ético, que a veces pretende dejarse por puertas con el argumento de que la ciencia debe ser éticamente neutra si se quiere evitar su estancamiento. Pero no sería una ética de viejo cuño, que sobre el hombro del científico esté susurrando a cada paso: "detente, es malo lo que haces, está prohibido por la naturaleza; va en contra de los principios establecidos por siempre."

Sería una ética que considerara un valor absoluto: la honestidad. Y de él derivara todas sus consecuencias. Porque el médico honesto 'sabe que no sabe' o, en el mejor de los casos, 'cuán poco sabe'. Y entiende que no es depositario de la verdad absoluta, de modo que únicamente el estudio perseverante y el esfuerzo en la práctica harán que la falibilidad se reduzca a su mínima expresión. Y es consciente de la necesidad de una crítica que ponga a prueba sus teorías; y si con la crítica y la discusión encuentra un error, humildemente estará en capacidad y en disposición de aceptarlo y superarlo. ¿Quién duda entonces que una postura ética así, con ese entronque socrático, que es a la vez epistemológico, no se harían mejores profesionales de la medicina?"

Ante lo expuesto anteriormente es claro que este tribunal se pronunciará en forma favorable respecto a lo sentencia proferida contra el Dr. L.A.M.P.

Consideraciones del Tribunal Nacional de Ética Médica sobre la sanción impuesta al Doctor V.J.J.O.H.

1. Considera el Tribunal seccional: “que no es el tiempo utilizado en cantidad o número de veces en la evaluación de un paciente, sino que debe fundamentarse en la racionalidad lógico-científica en la que subyace la prudencia, el conocimiento y la experiencia”. Admitiendo entonces lo que está probado en la historia clínica que el Dr. V.J.J.O.H. si dedico una cantidad suficiente de tiempo a su paciente, como que en un lapso de 8 horas examinó y atendió a su paciente en cuatro (4) oportunidades solicitándole los exámenes pertinentes y sobre todo estableciendo el tratamiento adecuado para el estado clínico de la paciente”.

Ahora bien respecto a “la racionalidad lógico científica en la que subyace la prudencia, el conocimiento y la experiencia”: una vez examinada la paciente a las 9.49 am del día 5 de Enero de 2015, escribió el diagnóstico correcto y solicitó las pruebas de laboratorio pertinentes, entre otras una ecografía abdominal urgente, un cuadro hemático, y una densidad urinaria inmediatos. Ordenando además continuar con la infusión de líquidos ya formulada y el acetaminofén. Único tratamiento existente para la enfermedad en esa fase de su evolución. Además de solicitar en las ordenes médicas un control estricto de líquidos, control de signos vitales, y escribe: “Anotar por enfermería”. Cuatro horas más tarde vuelve a examinar a la paciente y encuentra cambios en el examen físico, interpreta los exámenes de laboratorio, solicita una radiografía de tórax, se da cuenta que aún no han practicado la ecografía abdominal, y que tampoco han anotado el control de líquidos por lo que insiste a enfermería en realizarlo. Además de todo tuvo tiempo para escribir lo que ese raciocinio y ese proceso de pensamiento, basado en sus conocimientos significaba para la paciente y solicitar la remisión a una Unidad de Cuidado intensivo Pediátrica para monitorización.

Nos remitimos entonces nuevamente a la providencia No. 23-09 con ponencia del magistrado Fernando Guzmán Mora, expresadas previamente en este documento.

2. Respecto a la prueba serológica comparte este Tribunal Nacional los siguientes criterios:

- a) No era pertinente realizarla en la clínica institución Camino Bosque de María, dado que los resultados tienen un período de espera hasta de 72 horas (folio 255).
- b) Durante el tiempo que el Dr. V.J.J.O.H. atendió a la paciente era mucho más importante atender a la niña y suminístrale el tratamiento adecuado.
- c) Opinión del Perito Dr. J.P.M.: “El manejo del paciente es independiente de un resultado de laboratorio, ante una sospecha clínica, en un medio en donde la enfermedad es endémica” (folios 260-264).
- d) Los niveles elevados de Inmunoglobulina G se hacen más aparentes a partir del sexto día de la enfermedad y persisten elevados hasta después del décimo día. Razón por la que su práctica no constituye una urgencia aún en los peores casos de dengue, y puede practicarse hasta el día 10 del inicio de los síntomas.

No encuentra entonces el Tribunal Nacional de Ética médica pruebas que demuestren que el Doctor V.J.J.O.H., infringió el artículo 10 de la ley 23 de 1981 “El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e 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.”

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Declarar que el Doctor L.A.M.P., identificado con la cédula de ciudadanía No.,,,, de la ciudad de... y registro Médico No... del Ministerio de Protección Social, no es responsable de violación de los artículos 10 y 15 de la ley 23 de 1981 **ARTÍCULO SEGUNDO:** Revocar la decisión del Tribunal Seccional de Ética Médica del Atlántico de imponer al Doctor L.A.M.P., una sanción de suspensión del ejercicio de

la profesión por el término de Cinco (5) meses y en su lugar absolverlo de los cargos. **ARTÍCULO TERCERO:** Declarar que el Doctor V.J.J.O.H., identificado con la cédula de ciudadanía No.... de... registro médico.... Expedido..... no es responsable de violación del artículo 10 de la ley 23 de 1981. **ARTÍCULO CUARTO:** Revocar la decisión del tribunal seccional de ética médica del Atlántico de imponer al Doctor V.J.J.O.H., una sanción de suspensión del ejercicio de la medicina por el término de un (1) mes y en su lugar absolverlo de los cargos. **ARTÍCULO QUINTO:** Contra esta providencia no procede recurso alguno. **ARTÍCULO SEXTO:** Devolver al tribunal de origen para lo de su competencia. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, junio treinta (30) del año dos mil quince (2015).

**SALA PLENA SESIÓN No. 1278 DEL TREINTA (30)
DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015)**

**REF: Proceso No. 2011-274 del Tribunal Seccional de Ética Médica
de Nariño**

Contra: Doctor J.J.R.D.

Denunciante: Denunciante Señora E.M.S. y OTRO

Asunto: Recurso de Apelación contra sanción de suspensión

**Magistrado ponente: Doctor Fernando Guzmán Mora
Providencia No.54-2015**

VISTOS

Mediante providencia de 1 de Diciembre de 2014, el Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño decide sancionar al Doctor J.J.E.D., con suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de quince días. Dicha providencia fue notificada al apoderado de oficio del condenado en primera instancia el 10 de Marzo de 2015.

El 6 de Abril de 2015, el defensor de oficio interpone recursos de Reposición y en subsidio apelación, así como planteamiento de nulidad, siendo resuelto en forma negativa el recurso horizontal de reposición el 11 de mayo de 2015, fecha en que se concede la alzada de apelación solicitada subsidiariamente. De la misma forma, niega la solicitud de nulidad del proceso y remite el expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica.

El cuaderno que contiene el proceso se recibe en esta superioridad el 3 de Junio de 2015 y, puesto para reparto al azar, le correspondió al Magistrado FERNANDO GUZMÁN el 9 de Junio del presente año, quien procede a resolver el recurso vertical con base en los siguientes:

HECHOS

La señora E.M.S., mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía número...expedida..., se presentó el 10 de Noviembre de 2010 ante la Procuraduría Regional del Putumayo, para instaurar queja en contra del Doctor J.J.E.D., identificado con cédula de ciudadanía número.... expedida..., médico del Hospital JOSE MARIA HERNANDEZ de la Ciudad de Mocoa.

Ese mismo día 10 de Noviembre acudió al Hospital mencionado con su hijo D.A.G. de ocho años de edad, quien presentaba severo prurito anal y expulsión de “gusanos” por el recto, lo cual aterrorizó al niño y a su familia.

El infante fue atendido inicialmente por la enfermera del Triage de urgencias, quien anotó en los formatos respectivos el motivo de consulta del pequeño enfermo

El ciudadano con título de médico J.J.E.D., quien se encontraba de turno en el hospital, cuando revisó las anotaciones de la enfermera arrugó con sus manos el documento y lo arrojó al suelo, expresándole a la señora madre del niño que “eso no era una urgencia y que le diera cualquier desparasitario”.

Ante semejante conducta, la madre le expresó al funcionario que ella no tenía estudios de medicina para formular a su hijo y, además, que vivía muy retirada del municipio de Mocoa y que era peligroso devolverse a esa hora con su hijo enfermo, quien además se encontraba fatigado por el previo desplazamiento, a lo cual E.D. respondió que abandonara el consultorio en donde estaban siendo atendidos.

Una vez iniciada la investigación y luego de numerosas dilaciones por parte de E., este individuo se presentó el 26 de Agosto de 2011 ante el Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño, y negó que hubiera procedido con la actitud denunciada por la quejosa.

Se revisa una nota de urgencia aportada por el entonces investigado, en donde E.D. (con una lamentable ortografía, impropia de un profesional universitario y en donde constan palabras de su puño y letra como “ostil”,

“sujerencia” y “hacepta”), describe la “atención” que le brindó al niño en el servicio de urgencias a las doce y media de la noche.

Cabe mencionar que dicha nota no forma parte de la historia clínica oficial del Hospital, al cual se ofició solicitando dicho documento completo para efectos del análisis del tribunal seccional.

Adicionalmente, tomó una fotocopia del supuesto documento original para aportarlo como prueba procesal (folio 45 del cuaderno principal) y la hizo autenticar ante notaría, para que apareciera con sellos de autenticidad, cuando lo único que muestran estas “autenticaciones” es que la fotocopia es fiel copia del original presentado, pero el cual no consta como parte de la historia clínica completa solicitada por el juez *A quo*.

En ese mismo folio 45, E.D. emite una serie de afirmaciones respecto de las historias clínicas del Hospital Regional en donde ocurrieron los hechos, expresando una serie de divagaciones y contradicciones de difícil credibilidad por parte de cualquier persona que utilice un análisis lógico elemental.

Esto lo analiza el tribunal de primera instancia en los folios 56 y 57, firmados por el Magistrado Instructor del caso, Profesor Fabio David Urbano Buchelli Eventualmente, E.D. fue imputado por cargos acusatorios, debido a violación de los artículos 1, 3, 7, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981.

Los descargos rendidos por parte del acusado E.D. y su apoderado de oficio fueron rechazados por el juez *A quo*, como consta a folios 123, 124, 125 y 126.

Por lo anterior, el médico E.D. fue sancionado con suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de quince días. Adicionalmente, se compulsaron copias a la Fiscalía General de la Nación, por posible falsedad en documento público.

Dentro de términos, el abogado defensor de oficio de E.D., elevó recurso de reposición y subsidio apelación en contra de la sentencia de primera instancia, con base en el siguiente argumentos.

- Inexistencia de la conducta

Porque de acuerdo con el artículo 3 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981, el cuadro no revestía urgencia, pues no ponía en peligro la vida o la integridad de la persona.

Lo anterior basado en el documento aportado por el investigado, en donde figuran afirmaciones de su puño y letra.

Asimismo, solicitó la declaratoria de nulidad por las siguientes consideraciones:

- Violación al Debido Proceso por indebida valoración probatoria Porque su defendido expresó en el formato de urgencias que el paciente no “cuenta con un cuadro clínico urgente”
- Los testimonios no fueron valorados a la luz de la sana crítica por parte del juez de primera instancia.

El recurso de reposición fue resuelto de manera negativa y en contra del condenado en primera instancia, apoyado en los siguientes elementos:

- El documento que aporta el disciplinado no es parte integral de la historia clínica completa solicitada a la institución hospitalaria en donde ocurrieron los hechos.
- Dicho documento evidencia elementos contradictorios que hacen sospechar falsedad documental, por lo cual se compulsaron copias a la Fiscalía General de la Nación.

Y la nulidad también fue negada, por los siguientes argumentos:

- Ese documento aportado por el disciplinado como auténtico e integrante de la historia clínica no tuvo valor probatorio por parte de la primera instancia, por los argumentos que aquí se analizan y que previamente expresa el tribunal seccional.
- Los testimonios no fueron valorados a la luz de la sana crítica por el juez *A quo*.

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

I- RESPECTO DE LOS ARGUMENTOS DE LA APELACION

1- Inexistencia de la conducta

A- Es evidente que la señora E.M.S., acudió al servicio de urgencias del Hospital JOSE MARIA HERNANDEZ de la Ciudad de Mocoa, con su pequeño hijo D.A.G. a altas horas de la noche, por presentar prurito rectal, angustia y expulsión de un parasito por el recto.

Ante este hecho cabe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Ninguna persona normal acude a un hospital a la medianoche porque simplemente desee evitar los trámites de la consulta externa en relación con el factor tiempo. Y muchísimo menos una madre de familia de una región rural de alta peligrosidad como lo es una vereda del Departamento del Putumayo, cuyas condiciones todo el mundo conoce en Colombia.
- La expulsión de un parasito (“gusano” como lo describe la madre de esta criatura), ocasiona un pánico personal y familiar que solamente quienes la han padecido pueden describirla.
- Es posible que, si nos atenemos a la definición de urgencia por cualquier norma jurídica de atención médica, cualquier libro de urgencias y cualquier diccionario médico, el parasitismo intestinal en términos generales no es una urgencia vital. Y, si bien puede complicar a los seres humanos con compromisos de órganos vitales en cualquier momento, el simple hecho de arrojar un organismo extraño de las entrañas de una persona, ocasiona tales sentimientos de horror, repugnancia y alarma, que su aparato psicológico sufre en condiciones de intensidad que dependen de cada persona.
- Por lo anterior, la situación de urgencia no se relaciona exclusivamente con un órgano o sistema afectado sino con la percepción personal de cada individuo. Y no tener en cuenta sino el aparato orgánico (en este

caso el tubo digestivo) únicamente, sin considerar la integridad de la persona y el impacto sobre su entorno familiar, constituye una forma aberrante de ejercer la medicina, cuya esencia no es tratar enfermedades sino enfermos.

Este tribunal considera que la situación, por el compromiso personal y familiar del infante enfermo SÍ constituía una urgencia, incluso en la definición del mencionado artículo 3 del decreto Reglamentario 3380 de 1981, que menciona no solamente la vida, sino la INTEGRIDAD DE LA PERSONA.

- Por último, la prueba de la irregularidades en la atención de esta criatura se basan en varios hechos

- a- Existe registro de la asistencia del paciente y su progenitora al hospital

- b- Existe confirmación de la atención por varias pruebas, incluyendo la declaración del investigado

- c- No hay registro oficial de la atención de urgencia en la historia clínica enviada oficialmente por el hospital

- d- No existe fórmula que se relacione con lo que el investigado calificó como situación clínica no constitutiva de urgencia

- e- No existe documento de remisión por parte de urgencias a la consulta externa del hospital

B- Es claro que el niño fue “atendido” por el médico J.J.E.D.

- El ciudadano con título de médico J.J.E.D. laboraba en el hospital en mención y sus deberes abarcaban la atención de los pacientes de urgencias, no solamente con las formalidades burocráticas exigidas por la institución a la cual pertenecía, sino con las formas recomendables de conducta que deben permanecer inherentes a cualquier profesional de la medicina.

- Este profesional recibió a la medianoche a una señora y un niño de ocho años que acudía al hospital como una fuente de solución a un problema que consideraban grave.

Los pacientes no tienen por qué conocer las disposiciones que regulan las situaciones de urgencias y, en relación a estos, debe partirse de la base de obrar en buena fe, como lo ordena nuestra Constitución Nacional.

Cómo va a exigirse que una madre angustiada con su pequeño hijo (cualquiera sea el motivo de esta angustia) conozca lo que entendemos los médicos y las enfermeras como “Triage”?

Y las medidas ulteriores que tomó el hospital, respecto de ofrecer una especie de conferencia sobre este “Triage” no tenían sentido práctico en relación con la simple solución que ofrecía el cuadro clínico del menor, desde el punto de vista médico.

C- Si el médico se comportó de manera altanera, prepotente, grosera e impropia de cualquier ser humano con alguien en situación de angustia e indefensión, no pudo ser probado por otros testimonios que lo confirmaran. Pero si los testimonios no señalan la conducta humillante de este sujeto, sí confirman su falta de humanidad otros hechos, como las respuestas reconocidas frente a los interrogantes de la madre del paciente, su falta de interés en ayudar a resolver un problema médico evidente y la despreocupación por el bienestar personal de ambas personas en condiciones de desventaja.

Si a semejante forma de “tratar” a un ser humano enfermo se puede denominar “atención”, entonces debe reformarse a profundidad la forma de enseñar a ejercer la profesión médica en nuestras facultades de medicina nacionales.

D- Lo que si es evidente, es que no solamente atendió de manera inadecuada al niño enfermo, sino que además no mostró el más mínimo signo de consideración frente a la angustia de la progenitora y su criatura enferma, quienes tuvieron que regresar a su humilde morada a altas de horas de la noche, sin una sola recomendación sobre el manejo de la situación clínica o una nota remisoria a la consulta externa institucional.

E- Las causas de condena a este sujeto no se basan en la simple arrogancia, desconsideración y falta de compasión con dos seres humanos en estado de angustia, pues los testimonios del caso no confirman la conducta

displicente denunciada por la madre del enfermo, como sí lo confirman otros hechos asociados al evento y que demuestran lo que usualmente se denomina “corazón de piedra”.

F- Las causas de reproche se relacionan con la falta de registro de las condiciones del enfermo en la historia clínica, la falta de asunción de protección de dos personas que no tienen por que conocer la organización administrativa de un hospital, la falta de profesionalismo, y la violación a cinco artículos de la Ley 23 de 1981 relacionados con su inapropiada conducta: 1, 3, 7, 10 y 15.

G- Así queda resuelta la incomodidad expresada por el defensor, en relación con lo que denomina “indebida valoración probatoria de los testimonios” que obran en el expediente.

2- Falta de consideración del documento de atención de urgencias.

- Ya se expresó que dicho documento despierta serias dudas respecto de su autenticidad, como se verá mas adelante.

Y esta situación no orienta únicamente hacia un delito de falsedad documental, sino de clarísimo FRAUDE PROCESAL, al ser aportado como material probatorio en el proceso por el mismo ciudadano condenado en primera instancia.

II- EN LO QUE SE RELACIONA CON LA SOLICITUD DE NULIDAD

1- VIOLACION DEL DEBIDO PROCESO

No se encuentra en ninguna parte del expediente elemento que permita siquiera sospechar que las garantías procesales le fueron violadas a E.D. Se siguieron los pasos correspondientes desde el inicio de la queja, remitiendo el expediente a quien tuviera la competencia debida para evaluar su conducta.

Se le ofrecieron todas las posibilidades de defensa a lo largo del proceso, el cual fue obstaculizado por demoras en las diligencias judiciales que involucraban al investigado, negativas a comparecer a las citaciones del tribunal, presentación de todo tipo de excusas para no asistir a

las diligencias, dilaciones en las notificaciones y otros muchos elementos que así lo demuestran..

2- INDEBIDA VALORACION PROBATORIA

Como ya se dijo en párrafo anterior: El documento que aporta el disciplinado no es parte integral de la historia clínica completa solicitada a la institución hospitalaria en donde ocurrieron los hechos. Es un documento aportado por él mismo ante el tribunal, aduciendo que lo había conservado para su defensa, debido al desorden existente en los hospitales en relación con los documentos de urgencias, de los cuales la valoración “Triage” es elemento integral.

Valga decir que este raciocinio podría llevar a una investigación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en relación con las normas de conservación y manejo de las historias clínicas.

Sin embargo, son tan poco fundamentados los raciocinios del condenado y tan contradictorios los elementos incluidos en este documento “salvado del desorden” por E.D., que el tribunal ni siquiera le dio valor probatorio. Adicionalmente, se compulsaron copias ante la Fiscalía General de la Nación, por sospecha de comisión de delitos tipificados en el Código Penal.

Solamente mencionemos algunos hechos que suscitan la sospecha de falsedad documental por parte de E.D.:

- a- Por qué no está incluida esa hoja, que el acusado presenta por iniciativa propia, en el legajo de la historia clínica completa solicitada y enviada por el hospital al tribunal de primera instancia?
- b- Por qué, si dicha hoja forma parte de otra sección perteneciente al servicio de urgencias (como lo da a entender el disciplinado), tampoco se encuentra en dicho servicio como constancia de la atención integral del paciente víctima de su falta de humanidad?.
- c- Por qué, si los datos iniciales de identificación del paciente de urgencias son llenados por la enfermera de atención del Triage, todas las palabras y frases de este supuesto documento están escritos, al paciente con la caligrafía del acusado?.

d- Por qué, si el paciente fue atendido de manera adecuada (como lo menciona el investigado), no se entregó al menos una fórmula de anti-parasitarios al niño enfermo?.

e- Y si se acepta que no conocía cual era el tipo de parásito que lo afectaba, no existe al menos una orden de remisión a la consulta externa del mismo hospital?.

f- De otro lado, suscita enorme sospecha el hecho de haber “examinado exhaustivamente” al paciente (como también lo informa el encartado), para luego simplemente enviarlo a la casa en forma despectiva? Por qué no dejar al menos un escrito de historia clínica? Una fórmula? Una nota de remisión? Esto no toma mas de unos segundos hacerlo.

III- LA FALTA DE COMPASION HUMANA

Este Tribunal Nacional observa, con desafortunada frecuencia, la manera poco compasiva asociada al ejercicio médico actual en Colombia.

Muchos de los médicos se han tornado indiferentes, fríos y poco compasivos con el sufrimiento de sus congéneres.

Debe recordarse que el termino compasión proviene de Cumpassio, cuyo significado es sufrir juntos.

Aristóteles decía que los humanos sentían compasión “por los que sufren sin merecerlo”.

Baruch Spinoza expresaba que “aquel a quien ni la razón ni la piedad mueven a socorrer a los otros, se les llama, justamente, inhumano, pues no parece un hombre”.

Por su parte el Dalai Lama dijo: “El problema humano básico es la falta de compasión. Mientras este problema subsista, subsistirán los demás problemas. Si se resuelve, podemos esperar días más felices”.

Compasión es la capacidad de conmoverse ante la desgracia de los demás. Es compartir los problemas de otros con el interés de ayudar a superarlos, colaborando para oponerse al sufrimiento ajeno.

Es ponerse en el lugar del otro. Se ejerce la compasión sin interés, discriminación, lastima o desprecio.

La lastima es sentir tristeza por la desgracia de otro ser humano. Mientras la compasión trata de entender el dolor del que sufre y lo asume como propio. Si los médicos no poseen y cultivan el sentimiento de la compasión como una actitud de compromiso para resolver el dolor ajeno, su práctica será cada día más alejada de la esencia humana y los límites de transgresión de la ética serán cada vez más difusos.

En este caso, la falta de compasión por el niño enfermo y su progenitora es evidente. Y aunque la demostración del actuar del condenado no haya podido ser demostrada desde el punto de vista puramente probatorio, las evidencias sí muestran que jamás se puso en el lugar de los mismos y su interés por aliviar su situación fue despreciablemente inexistente.

Aquí es necesario citar al profesor Carlos Martínez Gorriarán, Profesor de Filosofía de la Universidad del País Vasco, quien en su obra ÉTICA DE LA COMPASIÓN: LA NECESIDAD DE COMPAÑÍA expresa:

“...¿Pero qué es la compasión? Como explica Aurelio Arteta en el libro que ha dedicado al tema (La compasión. Una virtud bajo sospecha, Paidós, Barcelona, 1996), hoy en día es un sentimiento o factor moral que no goza de gran reputación. Efectivamente, suele identificarse con el desprecio al otro, la caridad paternalista o la moralina indigna. Sin embargo, es algo muy diferente.

Para un rápido examen de lo que significa, podemos recurrir a la definición de compasión propuesta por Aristóteles (Retórica II, 8): “Sea, pues, la compasión un cierto pesar por la aparición de un mal destructivo y penoso en quien no lo merece, que también cabría esperar que lo padeciera uno mismo o alguno de sus allegados, y ello además cuando se muestra próximo”. Para Aristóteles, por tanto, la compasión aparece como respuesta ante un mal compartido, común, destructivo e injusto.

Queda la reserva de si merecen o no la compasión aquellos que parecen merecer un mal –por ejemplo, quienes cometen crímenes execrables, o los que hoy consideramos enemigos de la humanidad, como los genocidas–, pero la definición aristotélica fundamenta muy bien el sentido de la compasión. Hay desde luego muchas otras definiciones de la compasión, y seguramente Buda fue mucho más lejos al predicar la compasión por todos los seres vivos, partiendo de la convicción de que existir es inseparable del

dolor, del nacer y ser para la muerte de nuestra filosofía existencialista. Pero se trate de una u otra perspectiva, todas las que aprecian la compasión encuentran que ésta es la virtud más elemental y básica, aquella a través de la cual podemos reconocernos semejantes a los otros, por raros y extraños que sean o parezcan.

Compadecerse de alguien no es, en realidad, otra cosa que reconocerse igual a él en sentimientos, experiencias y expectativas.

...

En el plano práctico, la compasión, que tantas veces se ha identificado con la caridad o con la filantropía, se caracteriza por la importancia del componente moral y afectivo sobre el puramente material. La caridad, la solidaridad o la filantropía deben ser materiales, y pueden no tener el menor componente de moralidad, obedeciendo al cálculo de lo que sea más útil, justo o conveniente.

...

El acompañamiento desinteresado del sujeto compadecido es un ejemplo especialmente elocuente. Acompañar a personas afectadas por la enfermedad o la edad, o trastornadas por cualquier catástrofe personal, que tantas veces distan de ser una compañía placentera, dedicar tiempo y atenciones a tales individuos, que probablemente no puedan correspondernos, no es otra cosa que un ejercicio práctico de compasión. Compasión entendida como compañía, calor humano, afecto práctico y personalizado.

La especial importancia de la compañía deriva de que, en realidad, concebimos la vida entre humanos como una larga e ininterrumpida conversación: de unos con otros, de uno consigo mismo, de los otros con uno. Rehusar comunicación a alguien es una forma de hostilidad. Por el contrario, acompañar, conversar con esa persona por fastidioso que llegue a ser hacerlo, no tiene otro significado que el de comunicar que nos importa su vida, que simpatizamos con sus deseos y temores, que comprendemos su angustia, pues aunque quizás todavía no sea la nuestra, sabemos que muy probablemente lo será. Compañía, conversación y compasión componen un espacio moral continuo que no es otro que de la conciencia de nuestra fragilidad, finitud y naturaleza ética semejante. La comunidad más elemental, la que nos hace humanos, es la de los sujetos capaces de compadecerse y dignos de compasión.

IV- LA BENEVOLA SANCION IMPUESTA AL ACUSADO

Esta superioridad lamenta la benevolencia con que fue sancionado el ciudadano J.J.E.D., pues sus actos de falta de consideración con las personas, falta de registro de las condiciones del paciente en la Historia Clínica, alteración de la historia clínica y posible falsedad documental (que será investigada por la Fiscalía General de la Nación), lo harían merecedor a una suspensión mucho mas severa para castigar su indebida conducta.

Sin embargo, en aplicación del principio procesal de la Interdicción de la *Reformatio in Pejus*, se abstiene de empeorar la sanción que merecerían sus conductas analizadas aquí.

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

RESUELVA

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar como en efecto confirma, la sanción de suspensión en el ejercicio de la medicina al Doctor J.J.E.D., identificado con cédula de ciudadanía número...expedida en..., por violación a los artículos 1, 3, 7, 10 y 15 de la Ley 23 de 1981. **ARTÍCULO SEGUNDO:** Confirmar la decisión de compulsar copias a la Fiscalía General de la Nación para que investigue, si así lo considera necesario, la conducta del ciudadano J.J.E.D., por posible falsedad en documento público y fraude procesal. **ARTÍCULO TERCERO:** Remitir el expediente al tribunal de origen para lo de su competencia. **ARTÍCULO CUARTO:** Contra la presente decisión no caben recursos. **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

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

Bogotá, enero veintisiete (27) del año dos mil quince (2015)

**SALA PLENA SESIÓN No. 1256 DEL VEINTISIETE (27)
DE ENERO DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2015).**

**REF: Proceso No. 315 del Tribunal Seccional de Ética Médica de
Nariño**

Contra: Doctor F.C.

Denunciante: Señor J.A.S.

Asunto: Recurso de Apelación contra sanción de suspensión

**Magistrado ponente: Doctor Fernando Guzmán Mora
Providencia No. 02-2015**

VISTOS

Mediante providencia de 28 de abril de 2014, el Tribunal Seccional de Ética Médica de Nariño decide sancionar al doctor L.F.C.C., con suspensión en el ejercicio de la medicina por espacio de un mes. Dicha providencia fue notificada al apoderado del condenado en primera instancia el 5 de mayo del mismo año.

El 22 de mayo el médico encartado interpone a través de su defensor recursos de Reposición y en subsidio apelación, siendo resuelto en forma negativa el recurso horizontal de reposición el día 27 de octubre de 2014, fecha en que se concede la alzada de apelación solicitada subsidiariamente.

El cuaderno que contiene el proceso se recibe en esta superioridad el 10 de noviembre de 2014 y, puesto para reparto al azar le correspondió al Magistrado FERNANDO GUZMÁN, quien procede a resolver el recurso vertical con base en los siguientes:

HECHOS

El señor J.A.S.Z., identificado con cédula de ciudadanía número..... expedida en..., presenta queja ante el Tribunal Seccional de Etica Médica de Nariño, por la atención médica prestada a su sobrina de siete años D.G.S.Z. (qepd), identificada con TI número....expedida en....

Los hechos ocurrieron inicialmente en la Clínica Las Lajas de la ciudad de Ipiales, por cuadro de cefalea, vómito y dolor abdominal de un mes de evolución. Fue valorada por varios especialistas, entre ellos el neurólogo institucional, quien ordena una Tomografía Axial Computarizada de cerebro, la cual reportaba presencia de una masa tumoral de la fosa posterior del cráneo, de posible tratamiento quirúrgico. La institución no contaba en ese momento con un servicio de cuidados intensivos pediátricos, es remitida al Hospital Infantil los Ángeles, de la ciudad de Pasto.

Allí es valorada por los servicios de urgencias y pediatría. Se solicita la presencia del neurocirujano de turno para valoración de la paciente y sus exámenes de imágenes diagnósticas. Telefónicamente el Doctor C. ordena nueva Tomografía cerebral.

Este galeno acude a examinar la pequeña enferma a los DOS DIAS DE HABERSE SOLICITADO SU PRESENCIA (21 de agosto de 2012) y al final ordena la práctica de una Resonancia Magnética Nuclear de cerebro, la cual se consigue efectuar en otro hospital de la ciudad solamente hasta el día siguiente, 22 de agosto del año en mención.

Ese mismo día comienza la paciente a deteriorar de manera progresiva su estado neurológico, secundario a cuadro de hipertensión endocraneana debido al proceso tumoral encefálico. El día 23 de agosto el doctor M.A.M. lleva a la paciente al quirófano después de las nueve de la noche y le efectúa ventriculostomía y colocación de catéter para derivación de urgencia. El día 24 de agosto a las 8:30 AM el doctor C. se presenta ante los familiares y les informa que la niña se encuentra en muerte cerebral, adicionando la peregrina explicación de haber corrido con mala suerte por haber llegado en un día de fiesta (puente). La criatura fallece el 25 de agosto en horas de la mañana.

Luego de la queja interpuesta por la familia ante el tribunal seccional, asume la investigación el Magistrado Doctor MARIO ZARAMA MARQUEZ, quien compila los siguientes elementos probatorios.

- Queja juramentada del quejoso, señor J.A.S.Z.
- Historia Clínica de la paciente D.S.Z. de la Clínica de Las Lajas en Ipiales, en donde fue atendida por pediatras y neurocirujano, con diagnóstico de Síndrome de Hipertensión Endocraneana y tumor de fosa posterior. Se incluye reporte del TAC cerebral que confirma los hallazgos clínicos al confirmar tumor de la línea mediavertical con extensión hacia ambos lados, obstrucción de ventrículo e hidrocefalia importante, con posibilidades diagnósticas de Meduloblastoma o Ependimoma.
- Historia Clínica del Hospital Infantil de Los Ángeles de la ciudad de Pasto, que demuestra la atención en dicha institución de manera eficiente por parte de los servicios de urgencias y pediatría. Se solicita nuevo estudio tomográfico que confirma lo hallado en Ipiales, añadiendo a la descripción la presencia de posible necrosis tumoral en una masa de casi cinco centímetros de diámetro en la fosa posterior. Allí consta la fecha y hora de atención del neurocirujano de turno Doctor C. donde se confirma la atención tardía del especialista.
- Versión libre del ciudadano médico L.F.C.C.
- Oficio de la Gerente General del Hospital de Las Lajas de Ipiales, en donde se informan las obligaciones del médico C., consignadas en el contrato de prestación de servicios respectivo.
- Descargos del médico acusado presentados por su defensor Dr. J.G.B. Allí se expresan una serie de argumentos justificatorios respecto de los turnos presenciales y de disponibilidad, resaltando el agravante del escaso número de neurocirujanos en el área y de la estabilidad en los signos vitales de la pequeña paciente ulteriormente fallecida. Asimismo, intenta justificar la razón de la Resonancia Magnética Nuclear para disminuir el riesgo quirúrgico respectivo.

- Oficio del Hospital Infantil de Los Ángeles de Pasto, explicando la mecánica de los turnos de disponibilidad.
- Peritazgo médico por parte de la neurocirujana J.M.P., quien luego de una experta opinión sobre el TAC y la RMN en casos de lesiones cerebrales, concluye diciendo: "...la hipertensión endocraneana es un evento que puede comprometer la vida del paciente y que obligara a tomar tales decisiones y en ese caso es el cuadro clínico el que prima sobre la imagen..."

DECISION DE PRIMERA INSTANCIA

El Tribunal Seccional de Etica Médica de Nariño efectúa un cuidadoso análisis del caso y de las pruebas recolectadas en el expediente, considerando que el doctor L.F.C.C., prestó una atención poco oportuna a la paciente D.G.S.Z. (qepd). Tampoco tuvo en cuenta resultados de Tomografía cerebral practicada en la ciudad de Ipiales y no dio valor definitivo al examen practicado en Pasto. Tampoco prestó atención a la gravedad del cuadro de hipertensión endocraneana. El médico investigado violó los artículos 2, 5, 10, 17 y 42 de la Ley 23 de 1981.

En el análisis de los descargos presentados por la defensa del acusado, contenido en folios 138 y 139, el juez a quo determinó que no se pueden tomar decisiones en casos de alta complejidad sin examinar de manera directa al paciente. Asimismo, critica el descargo en que menciona la disponibilidad de turnos simultáneos en varias entidades que ofrecen servicio de neurocirugía, advirtiendo que no tienen fundamento legal. De otro lado declara injustificable la falta de atención a un cuadro neurológico agudo que puede llevar al enfermo a la muerte, en aras de obtener un resultado de mayor precisión para la cirugía definitiva del tumor. Esto teniendo en cuenta que ante el cuadro urgente de edema cerebral e hipertensión endocraneana aguda se requería primero de una derivación de urgencia para luego planear la resección tumoral definitiva.

Con lo anterior los cargos elevados en contra del neurocirujano de marras no fueron desvirtuados por ninguno de los argumentos presentados, motivo por el cual la sala plena del tribunal seccional decide SANCIONAR AL DOCTOR L.F.C.C., con suspensión en el ejercicio de la Medicina por espacio de un mes.

LOS RECURSOS SOLICITADOS

El abogado J.G.B.R. identificado con cédula de ciudadanía número.... expedida en la ciudad de...y Tarjeta Profesional número.... del HCSJud, solicita recurso de reposición y en subsidio de apelación para que se revoque la decisión sancionatoria de la primera instancia y se lo absuelva de toda responsabilidad, con los siguientes argumentos:

- El actuar de su representado fue siempre diligente, pues asistió luego de un tiempo prudencial al ser llamado de urgencias para valorar la paciente D.G.S.Z. (qepd).
- Que el turno de disponibilidad no incluye la presencia permanente del especialista en la entidad que lo contrata. Y que su representado siempre estuvo presto al llamado de la institución cuando se catalogaba (sic) la necesidad de su presencia.
- Se viola el debido proceso y el derecho a la defensa al afirmar que su poderdante se encontraba prestando servicios simultáneos de su especialidad en mas de una entidad.
- Informa que su protegido recibió llamado de la enfermera M.S a las 16:00 horas del 20 de agosto de 2012 y que luego de “tiempo prudencial” se presentó a las 20:55 del mismo día. Y este tiempo debe tenerse en cuenta para no acusar a su defendido de tardanza en la atención de la enferma.
- Que la responsabilidad de la lentitud en el manejo de los casos esta supeditada a decisiones administrativas de la EPS, que en este caso debía autorizar los exámenes de imágenes diagnosticas, pues el hospital pediátrico en mención no posee equipos propios para tales estudios.
- Que desde la última valoración prestada por su defendido no fue requerido para volver a asistir al Hospital antes de la fecha y hora para practicar la cirugía programada.
- Efectúa una disquisición sobre la carga de la prueba, el pliego de cargos y la diligencia de descargos, indicando que el Estado es el que debe desvirtuar la presunción de inocencia.

- Que se esta aplicando el criterio de Responsabilidad objetiva.

Estos argumentos no fueron aceptados por el juez de primera instancia, enfatizando en los aspectos de:

- a- No se valoró a la paciente de manera adecuada y eficiente
- b- El contrato no exime al médico de practicar valoraciones posteriores
- c- Se trataba de un caso de urgencia y esto lo sabia el implicado desde el comienzo

Todos ellos son compartidos en su totalidad por esta superioridad

CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MÉDICA

I- RESPECTO DE LOS ARGUMENTOS DE LA APELACIÓN

1- El actuar de su representado fue siempre diligente, pues asistió luego de un tiempo prudencial al ser llamado de urgencias para valorar la paciente D.G.S.Z.

Lo anterior no es de recibo por esta segunda instancia, pues el comportamiento del acusado fue abiertamente negligente. Y denominar “tiempo prudencial” a un espacio de cinco horas en respuesta a un llamado de una urgencia neuroquirúrgica evidente, no tiene presentación en ningún foro médico, jurídico o bioético. Esta ausencia de diligencia fue probada en el expediente.

Como se expresa en la providencia 81-2009 de este tribunal nacional, con ponencia de este mismo magistrado que decide el actual recurso:

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

Decimos entonces que es negligente la persona que por descuido omite la realización de una conducta a la que estaba jurídicamente obligada o

cuando despliega tal conducta pero sin la diligencia necesaria para evitar un resultado dañoso no deseado.

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

La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto:

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

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

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

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

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

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

Un ejemplo claro de la negligencia consciente sería el caso en el que un paciente es programado para una cirugía sobre el páncreas y el médico no se reserva con anticipación la cantidad necesaria de sangre para trans-

fundir en caso de hemorragia, que es muy frecuente en este tipo de intervenciones. En el acto quirúrgico se presenta lesión de uno de los vasos pancreáticos con sangrado abundante que lleva al paciente a estado de choque hipovolémico y, al no disponerse de sangre, el paciente fallece.

En cuanto a la negligencia inconsciente, podría ilustrarse tal situación en el caso en que un especialista decida intervenir quirúrgicamente a un paciente y sabiendo que eventualmente podría requerir el concurso de un especialista de otra rama, omite avisar a éste de tal procedimiento.

Al llevar a cabo la intervención quirúrgica, efectivamente se presenta la complicación que se tenía como posible y por ella el paciente muere. Otro aspecto importante que podría considerarse como conducta negligente lo constituye el hecho de la autorización de equipos defectuosos en las instituciones hospitalarias, la falta de medios para atender complicaciones relacionadas con los procedimientos, la insuficiencia en los servicios de apoyo, la falta de medicaciones necesaria, etc.

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

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

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

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

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

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

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

En medicina, el deber de cuidado es permanente, y si bien es cierto que los médicos no pueden garantizar el éxito de un tratamiento o intervención, deberán responder por los daños si se prueba la presencia de una cualquiera de las causales de culpa.

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

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

y el arte de la cirugía, es apenas natural que si el juez se encuentra en las pruebas aportadas que esos requisitos faltaron y se produjo el daño, debe inferirse que tuvo como causa esa falta de acomodamiento...” (Consejo de Estado. Expediente 5902. 24 de Octubre de 1990. Magistrado ponente: Dr. Gustavo de Greiff Restrepo).

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

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

Como todo médico indica un riesgo, para que este riesgo no sea considerado una agresión, su finalidad debe ser una ayuda al organismo enfermo y debe basarse en ciertas normas: Licitud, ejecución típica, seguimiento de normas científicas universalmente aceptadas y profesionalismo. La sociedad, que a través de sus autoridades académicas y gubernamentales otorga un título profesional, supone la competencia de quien lo recibe y lo encuadra dentro de un régimen general de responsabilidad, pero siempre teniendo en cuenta las condiciones propias de su profesión u oficio.

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

La Lex Artis orienta a través de una serie de normas técnicas y procedimientos que pueden aplicarse en situaciones similares. Debido a la diferencia de criterios entre las personas, se aplica por analogía. Se basa en normas jurídicas, literatura médica, experiencia decantada de la práctica

médica por parte de personal debidamente adiestrado y elementos de juicio tomados de las ciencias y de la lógica en general.

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

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

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

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

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

2- Que el turno de disponibilidad no incluye la presencia permanente del especialista en la entidad que lo contrata. Y que su representado siempre estuvo presto al llamado de la institución cuando se catalogaba la necesidad de su presencia (sic).

A este respecto debe decirse que turno de disponibilidad no es ausencia total de presencia en el hospital. Y ciertamente no es ejercicio telefónico de la medicina.

Los turnos de disponibilidad se diseñaron por varias razones, incluyendo la escasez de especialistas en un área determinada, la limitada cantidad de ciertas patologías en determinadas áreas geográficas, la limitación presupuestal para pagar un turno presencial, etc.

Pero estar en turno de disponibilidad no implica desaparecer por completo del hospital cuando se presenta una urgencia, ni confiar el manejo de pacientes con gravísimas patologías a médicos de inferior categoría, ni muchísimo menos tomar decisiones con información telefónica.

Lo que agrava esta investigación es el hecho de haber sido informado el neurocirujano de una urgencia neuroquirúrgica con posibilidad de resolución temporal con una cirugía relativamente sencilla en manos de un especialista sofisticado, como un neurocirujano y no haber prestado atención inmediata a la situación clínica que amenazaba con muerte inminente, como en efecto sucedió.

3- Se viola el debido proceso y el derecho a la defensa al afirmar que su poderdante se encontraba prestando servicios simultáneos de su especialidad en más de una entidad.

Esta es una afirmación del mismo acusado en su diligencia de descargos. El tribunal seccional lo que hizo fue considerar esta posibilidad, advirtiendo que no se trataba de un argumento de recibo, pues no es legal ni ético trabajar simultáneamente en más de una institución al mismo tiempo y en situaciones de disponibilidad para emergencias graves.

4- Informa que su protegido recibió llamado de la enfermera M.S. a las 16:00 horas del 20 de agosto de 2012 y que luego de “tiempo prudencial” se presentó a las 20:55 del mismo día. Y este tiempo debe tenerse en cuenta para no acusar a su defendido de tardanza en la atención de la enferma.

Esta es una precaria afirmación. Si se aceptara que esto verdaderamente ocurrió, así hubieran sido esas cinco horas el lapso de tiempo entre la

llamada de urgencia y la atención al paciente, es demasiado tiempo para un caso de urgencia de cualquier tipo. Máxime en tratándose de campos de la medicina de muy difícil comprensión y cuya formación profesional toma larguísimos tiempos de estudio.

La priorización de los casos de acuerdo con el criterio del especialista es esencial. Y en el caso que nos ocupa, esta prioridad no se brindó a la infortunada criatura fallecida a consecuencia de la negligencia de un ultraespecialista en medicina.

Y como uno de los principios ancestrales de la Etica es “hacer con los demás lo que se quisiera que se haga con uno mismo”, para nadie resultará aceptable permanecer en un servicio de urgencias cinco horas con una paciente pediátrica en estado de urgencia neurológica demostrada, hasta la llegada del médico correspondiente.

Y las decisiones basadas en unos signos vitales informados telefónicamente, no son el criterio definitivo para decidir un manejo de una urgencia de este tipo, cuando ni siquiera se ha examinado personalmente al paciente. Pero lo más grave es la indiferencia del cirujano una vez conocida la situación en que se encontraba la niña fallecida, quien se desentendió del caso que, al complicarse, debió ser atendido por otro neurocirujano que se hallaba de turno.

Cierto es que la atención de pacientes en hospitales públicos es de tipo institucional. Pero cuando un médico se encuentra involucrado en el manejo de su paciente grave, debe comportarse con él en la misma forma en que lo haría con un paciente particular de pago directo. Esta diferencia es detestable, pues la atención debe ser la misma para cualquier enfermo. Y con mayor razón cuando se trata de una enfermedad neurológica gravísima y más en una paciente pediátrica, cuyos derechos se encuentran por encima de los derechos fundamentales de cualquier otra persona.

5- Que la responsabilidad de la lentitud en el manejo de los casos esta supeditada a decisiones administrativas de la EPS, que en este caso debía autorizar los exámenes de imágenes diagnosticas, pues el hospital pediátrico en mención no posee equipos propios para tales estudios.

Estamos de acuerdo con el desastre del sistema de salud, por más que se quiera disfrazar y maquillar con reformas legales que solamente benefician a los mercaderes que administran los sistemas de aseguramiento.

A este respecto mencionemos una situación crítica, cual es la contradicción entre la Ley 100 (Reforma al sistema de salud colombiano) y su abierta oposición con el Código de Ética médica (Ley 23 de 1981).

Para quienes hemos tenido la oportunidad de ejercer la medicina en el sistema anterior y la inconveniencia de practicar la profesión a través del diseñado por la Ley 100 de 1993, es claro que esta Ley, a pesar de enunciar unos principios que no le corresponden, que transgrede a diario y que desprecia a todo lo largo de sus artículos que protegen las ganancias de los intermediarios, no ha sido la forma adecuada de organizar el Sistema de Salud Colombiano.

Y si no, véanse sus desastrosos resultados: Los colombianos pésimamente atendidos, los médicos denigrados, las instituciones de salud quebradas, las EPS y sus predecesoras las ARS, repletas de dinero, cometiendo cuanta serie de hechos ilícitos pueda ser concebida y en la mas absoluta impunidad, los hospitales populares en vergonzosa quiebra por efecto de los manejos de varios de los actores del sistema, pero particularmente de las repudiadas EPS, cuya presencia en el sistema es redundante. Y para culminar con broche la cadena de sus vergonzosos exabruptos, ahora pretende que se las declare en “quiebra”.

El sistema diseñado por la Ley 100, a pesar de su declaración de principios (altruista en sus enunciados y demagógica en su práctica), no hizo otra cosa que concentrar recursos del Producto Interno Bruto que se encontraban dispersos, con un objetivo esencial: convertir la salud en un gran negocio cuyas ganancias fueran canalizadas hacia las arcas de las grandes entidades financieras, únicas ganadoras del juego entre oferta y demanda que proponen los nuevos ideólogos del capital en el presente siglo. Y estas enormes ganancias han ido parar a las cuentas bancarias de los “accionistas”, constituidos en gran parte los políticos que siempre han devengado ilícitas ganancias a costa del pueblo al que dicen representar.

El principio de EFICIENCIA se convirtió en una falacia, pues los recursos administrativos y económicos se quedaron en los intermediarios. La

UNIVERSALIDAD ha sido desmentida por el mismo diseño de los planes de salud, en donde salta a la vista la diferencia de clases en la atención sanitaria. La SOLIDARIDAD estatal no pasó de ser una buena intención, pues los mayores damnificados fueron los más débiles sociales. La INTEGRALIDAD no ha sido aplicable, pues afecta el negocio y ganancias de los mercaderes de la salud. La UNIDAD ha sido resquebrajada por el mismo gobierno, que sacó el cuerpo a las obligaciones que él mismo se impuso. Y la PARTICIPACION ha sido poco más que un mal chiste del cual nadie se ríe, pues si algún ente social no participa del manejo de los recursos es la misma comunidad.

En resumen, el fiasco que ha sido la aplicación de la Ley 100 de 1993 y sobre la cual tienen puestos los ojos gran cantidad de gobiernos en todo el mundo, ya no puede considerarse como el “modelo colombiano” sino como el “fracaso criollo”, cuyas consecuencias pueden apreciarse fácilmente en el curso de los primeros años de existencia de este engendro intelectual.

Pero uno de los aspectos mas delicados lo constituye la serie de contradicciones entre sus erráticas normas y las ordenadas en la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica Colombiano), que la transforman en un ente conceptual contradictorio, una ofensa profesional y un error jurídico que va a ser muy difícil corregir.

Observemos muy rápidamente algunos aspectos en contradicción entre las dos normas jurídicas.

Dice el Código de Etica Médica lo siguiente:

I- ALGUNOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Artículo 1. La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre ética médica:

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 distinciones 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.

CONTRADICCIÓN

A- PERFECCIONAMIENTO DE LA ESPECIE HUMANA? CON UNA ATENCION PESIMA, UNA RETENCION DE RECURSOS Y, LA NEGATIVA A APROBAR PROCEDIMIENTOS SALVADORES DE LA VIDA?

B- NO DISTINGO DE ORDEN ECONOMICO SOCIAL?. LA SIMPLE DIFERENCIACION DE CLASES EN LOS REGIMENES POS Y NO POS ES PRUEBA DE LO CONTRARIO

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.

CONTRADICCIONES

A- CUALES ELEMENTOS QUE LA TECNICA Y LAS CIENCIAS PONEN A DISPOSICION DEL MÉDICO?

B- SE HA DEMOSTRADO HASTA LA SACIEDAD QUE LA CARGA DE LAS ENFERMEDADES MAS GRAVES Y DE MAS ALTO COSTO LAS SUFREN LAS PERSONAS ASEDIADAS POR LA POBREZA. ELLAS DEBEN ACUDIR A HOSPITALES EN QUIEBRA POR LA FALTA DE RECURSOS Y EL DUDOSO MANEJO DE LOS POCOS QUE ALCANZAN A LLEGAR

El médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad.

CONTRADICCIONES

A- COMO SALVAGUARDAR LOS INTERESES DE LA CIENCIA Y LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON UN SISTEMA DE SALUD PRECARIO?

B- COMO PROTEGER AL PACIENTE DE SU SUFRIMIENTO CUANDO NI SIQUIERA LAS DROGAS BARATAS LAS PROPORCIONAN A TIEMPO?

Artículo 4. La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico el cual impone la más estricta reserva profesional.

CONTRADICCIONES

A- LA RELACION MÉDICO PACIENTE SE ACABO

B- LA RESERVA PROFESIONAL FUE VIOLADA PUBLICAMENTE

El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley.

CONTRADICCIONES

A- COMO SE PUEDE LOGRAR ESTO CUANDO LA MAYOR LIMITANTE ES EL MERCADER QUE ACTUA COMO INTERMEDIARIO?

El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados

CONTRADICCIONES

A- NO ES SOMETERLO A RIESGOS INNECESARIOS ESPERAR A UN INEFICIENTE SISTEMA DE REFERENCIA?

B- O A LA AUTORIZACION DE EXAMENES Y CIRUGIAS DEPENDIENTE DE COMITES ESPUREOS, COMPUESTOS POR MÉDICOS EN MUCHOS CASOS DE DUDOSA FORMACION?

Este es apenas un resumen muy somero y rápido de los inconvenientes éticos que presenta la Ley 100 de 1993, fracaso de un modelo económico, vergüenza de un modelo conceptual y franca desgracia de un sistema de salud.

Pese a lo anterior, en el caso en estudio se encuentra que las instituciones de salud IPS y los médicos que atendieron a la paciente D.G.S.Z hicieron todo lo posible por brindarle los beneficios de la medicina, con excepción del especialista F.C., por todas las consideraciones de esta parte motiva.

6- Que desde la última valoración prestada por su defendido no fue requerido para volver a asistir al Hospital antes de la fecha y hora para practicar la cirugía programada.

Y donde esta la responsabilidad en el manejo de un paciente grave con inminencia de muerte?.

El médico condenado y su defensor confunden la cirugía de derivación urgente con la cirugía definitiva del tumor. Las disertaciones del folio 147 así lo demuestran.

Un neurocirujano adecuadamente formado que conoce la situación crítica de un cuadro de hipertensión endocraneana ocasionado por un tumor cerebral en la infancia, actúa de manera inmediata antes del deterioro en los signos vitales, o al menos en el comienzo de la presentación de dichos síntomas, cosa que no ocurrió con esta infortunada infante. Y no se limita a “programar la cirugía de resección del tumor de manera tranquila y holgada”. Esa no es la actitud de un cirujano en ningún campo de la cirugía. Si algo caracteriza al cirujano es la rapidez de sus decisiones en casos que requieran intervenciones urgentes.

7- Efectúa una disquisición sobre la carga de la prueba, el pliego de cargos y la diligencia de descargos, indicando que el Estado es el que debe desvirtuar la presunción de inocencia.

Simplemente cabe responder que el mismo proceso disciplinario, instituido por el Estado, determina los requisitos procesales específicos de

la actuación ético disciplinaria. Y esta incluye el desvirtuar el pliego de cargos, una vez este es elevado con base en las pruebas aportadas al expediente.

Con lo anterior se siguen los lineamientos y rituales jurídicos expresamente indicados en la Ley 23 de 1981 y en leyes superiores que le son regulatorias.

Si la formación profesional y la calidad intelectual del abogado defensor se encuentran en desacuerdo con este sistema disciplinario, debe entonces acudir al poder legislativo para reformar la Ley o a la Jurisdicción Constitucional para acusar la inexecutable de las normas respectivas. Jurista es aquel que tiene el oficio de interpretar una norma y de aplicarla, llámese juez o magistrado. También puede incluirse en esta definición al Abogado litigante, porque al sustentar sus actuaciones judiciales no puede recurrir a otra cosa que lo que está en el ordenamiento jurídico. Por consiguiente, cuando el jurista esta en la función de servidor de la legalidad vigente como su aplicador, le debe obediencia irrestricta. En el caso del operador de justicia, debe atenerse al imperio de la ley, interpretar la norma de la manera más exegética posible y abstenerse de aplicar su criterio cuando es discordante con la Ley que se está aplicando.

Y lo debe hacer a pesar de que se aleje de la justicia o la equidad. Su criterio no puede sustituir a la norma. Por consiguiente no puede hacer crítica de la norma sino interpretarla en la forma que el Legislador quiso que se hiciera y asimismo aplicarla. A este respecto, muchas veces debe proferir sentencia con base en la aparente verdad que reposa en los expedientes, aún conociendo que dicha verdad puede ser relativa, dudosa y alejada de la verdad real. Por eso, quien aporta la mejor prueba puede obtener la titularidad del derecho en litigio. Como dice al viejo adagio: Dame la prueba y yo te concedo el derecho.

Por ejemplo, un propietario de veinte apartamentos que se encuentran arrendados, puede acudir a la Jurisdicción para iniciar un juicio de lanzamiento a una familia que se haya atrasado en sus pagos, de manera inmisericorde. Y a pesar de ser dueño de una fortuna enorme, puede exigir que sus deudores sean ignominiosamente arrojados a la calle. Esto podrá ser legal pero injusto, probando que muchas veces la ley y la justicia no necesariamente van de la mano.

El jurista no puede mezclar la obligatoriedad de aplicar una ley a un caso específico, con el acuerdo que pueda o no tener respecto de su conciencia personal, sus creencias filosóficas o sus convicciones religiosas. Por ejemplo, si a un Magistrado de un Tribunal de Ética Médica llega un caso de aborto para su evaluación, y la Corte Constitucional ha expresado que no puede haber penalización cuando existe alguno de los elementos que permitan efectuar un aborto por parte de un médico que no tenga objeciones de conciencia al respecto, mal podría ese magistrado condenarlo simplemente por sus convicciones religiosas, porque entraría en desobediencia jurídica con una sentencia vinculante de la Corte Constitucional y rondaría el campo del prevaricato con todas sus consecuencias legales.

La jurisprudencia no es norma, con excepción de la obligatoriedad de las sentencias de la Corte Constitucional en los aspectos que tienen que ver con la aplicación de las normas de la Carta Política. Lo que hacen los altos juristas es interpretar la norma y darle la aplicación más adecuada a la misma, y en esta forma sustentar su decisión. El jurista por lo tanto le debe obediencia irrestricta a la norma, pues su función es ser guardián de la legislación.

Es el respeto a la dogmática jurídica, no entendiendo la expresión "dogma" como aceptación ciega basada en la fe, sino como obediencia a la norma con el conocimiento de la misma. El jurista recibe las normas, códigos, constitución, reglamentos, ordenes etc. Esa es la dogmática. Es algo que tiene que aceptar entendiéndolo perfectamente, pero sin discutirlo en el momento de dictar sus sentencias, porque es servidor del Estado de Derecho y su ordenamiento jurídico.

Si cada jurista aplicara su propio criterio, habrá inseguridad jurídica.

Pese a que la norma se aleje de su propio criterio filosófico, religioso, moral o intelectual, debe aplicarla, a no ser que esa norma vaya en contra de otra norma superior a ella misma. Pero debe sujetarse al imperio de la Ley. Quien tiene el contacto con la realidad social y debe dar respuesta a las exigencias de la justicia en un contexto social es el Legislador y no el jurista. Por lo tanto, si el juez en general no aplica la norma y aplica su criterio, puede estar incurso en el delito de prevaricato.

El que interpreta la Ley es el Congreso de la Republica en primera instancia. Segundo aquellos que por creación constitucional tienen esa función, en el caso colombiano la Corte Constitucional que le hace un juicio a la ley para decir si está concordante con los principios constitucionales. El que litiga, así sus criterios sean extraordinarios, tiene que someterse a la formalidad legal vigente: Hechos, pretensiones y fundamentos de derecho. Es decir, no puede traer como sustento de sus pretensiones, sino aquello que está en el ordenamiento.

El operador judicial no puede criticar la norma porque es un servidor, un obediente miembro del engranaje que no discute, un aplicador de la norma vigente.

Lo puede hacer como persona privada o particular. El jurista litigante es un conocedor del derecho, de la ciencia jurídica. Y mas que nadie tiene la experiencia porque ha tenido el contacto con el alejamiento de la norma respecto de la justicia real. Por lo tanto es el más autorizado como persona privada pero no en ejercicio de alguna función pública.

Cuando el jurista es persona publica u oficial, Investido de facultades publicas, es decir, facultades que tienen origen en el ordenamiento jurídico y por ende en directa relación con el bien común y la seguridad jurídica del país, solamente puede actuar dentro de su jurisdicción (función pública de administrar justicia) y de su competencia (distribución de cada jurisdicción) y siempre dentro de la norma.

Si es funcionario publico, no puede ser juez y parte. Como jurista es juez y no puede enjuiciar la norma. Por pura seguridad jurídica debe someterse al ordenamiento.

8- Afirma que se esta aplicando el criterio de Responsabilidad objetiva
Esto es simplemente falso. Para demostrarlo es necesario definir algunos términos.

“ La responsabilidad objetiva o “ responsabilidad por el hecho”, proscriba por nuestros ordenamientos positivos, fue establecido para someter a un individuo a una “ sanción ” con la comprobación única de un nexo de causalidad física entre el autor y el hecho que se considera dañoso, independientemente de que en ese hecho ocurran fenómenos subjetivos.

El sujeto es responsable con la sola comisión material del hecho. En tal sistema de responsabilidad no se indaga por elementos subjetivos de la acción, ni si el resultado fue o no previsto, o si fue previsible. A este concepto de responsabilidad acuden las sociedades primitivas.

“ A contrario sensu, en la Responsabilidad subjetiva, no basta con la comprobación del nexo causal entre el autor y el resultado objetivo, es necesario además la existencia de un elemento subjetivo, el cual se denomina modernamente Culpabilidad.

Según el principio de responsabilidad subjetiva, para poderse imputar una acción es indispensable que el sujeto tenga conciencia y voluntad de ejecutar el hecho o exista una “ pertenencia “del acto o hecho al sujeto, esto es, un vínculo psíquico.-

Nuestro ordenamiento penal ha determinado expresamente en una de sus normas rectoras: la proscripción de toda forma de responsabilidad objetiva. Y esto aplica, sin duda alguna, a la actividad médica.

En épocas anteriores, se castigaba al médico simplemente por el hecho de haberse producido un daño. 2.000 años antes de nuestra era, en el ordenamiento penal más antiguo de que se tenga noticia, se establecía: "Si el paciente, operado de la herida grave o del ojo, muere o pierde el ojo, se le cortarían las manos al médico" (Código de Hammurabi). Es decir, únicamente por el hecho de producirse un resultado dañino, el médico debía responder. Es lo que se entiende por "responsabilidad objetiva".

Obviamente el desarrollo de la cultura ha ido dando paso al principio de la responsabilidad subjetiva para castigar al hombre únicamente en el evento de que pueda demostrarse que incurrió en una falta de atención no excusable. Ese elemento interno, ese querer, esa voluntad de hacer o no hacer, que dirige la conducta, es la base de la responsabilidad penal en nuestro Derecho. Sin el nexo psicológico entre lo realizado con voluntad y el daño causado, no es posible estructurar un juicio de reproche.

Subsiste, fuera de la órbita penal, un intento por condenar al médico con base en criterios objetivos: el daño, por ejemplo, en materia administrativa. Pero estos intentos están llamados a fracasar en la medida en que

se entienda que el médico es un hombre y que, como tal, puede fallar sin culpa.

En ningún momento puede afirmarse que en el presente proceso se están aplicando criterios de responsabilidad objetiva.

II- ACTO MÉDICO

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.

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.

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

- 1-SECRETO PROFESIONAL
- 2-INFORMACION ADECUADA Y CONSENTIMIENTO
- 3-OBLIGACION DE CONOCIMIENTO
- 4-OBLIGACION DE DILIGENCIA Y TECNICA
- 5-OBLIGACION DE ASISTENCIA Y CONSEJO

6-CERTIFICADO MÉDICO

7-OBLIGACION DE CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO.

Una vez el médico establezca una relación profesional con su paciente, la terapéutica deberá continuar hasta que el enfermo sane, o cambie voluntariamente de médico, o sea remitido a manos de otro especialista.

Sin embargo, existe el área de la medicina institucional, en donde por razones de organización burocrática el paciente debe ser controlado por el médico de turno.

En este caso, la relación médico-paciente que ya ha sido alterada por el tipo de ejercicio, también cambia un poco debido a la "despersonalización" en el manejo de los enfermos.

Pero el manejo iniciado por un médico sobre un paciente, debe ser continuado por alguien de al menos similares condiciones profesionales. No por alguien menos capacitado. Además, un especialista no abandona a un enfermo bajo su cuidado sino por razones de naturaleza incontrovertible, lo cual no ocurre en el presente caso.

III- NO SE HA SUGERIDO EN FORMA DIRECTA, PERO DEBE CONSIDERARSE EL ERRADO CONCEPTO DE ITINERANCIA QUIRURGICA.

La auto denominación de "cirujano itinerante" NO exime de responsabilidad a quien se desplaza por el país o por una ciudad en múltiples instituciones, interviniendo seres humanos en condiciones delicadas, simplemente porque el contrato de servicios médicos no incluye la vigilancia de complicaciones por un tiempo prudencial mínimo.

O es que la itinerancia permite actuar como un técnico manual, operando a una persona y alejándose rápidamente de su vigilancia directa, para dejarla en manos de inexpertos e imperitos que no se encuentran en capacidad de tomar decisiones por falta de conocimientos elementales de la especialidad de los itinerantes?.

La itinerancia de estos personajes no puede ser argumento para amparar la negligencia de su actuar. Y no es buena práctica médica abandonar el

paciente, aduciendo que se ha cumplido con el contrato pactado. Esto podrá ser legal desde el punto de vista de un contrato civil que se refiera a cosas. Pero en medicina se está tratando con seres humanos. Y desde este punto de vista, el abandono de pacientes siempre será motivo de reproche, así el responsable se autodenomine "cirujano itinerante"

IV- LA POSICION DE GARANTE

Esta puede contemplarse desde dos puntos de vista: Institucional y organizacional. En el primer caso (institucional), normalmente existe en el funcionamiento social una serie de normas perfectamente establecidas.

Y esto es aplicable a las instituciones de cualquier tipo que existen en la estructura del Estado. Una persona que pertenezca a una de esas instituciones se encuentra en posición de garante respecto de los miembros de esa institución. El ejemplo más elemental es la familia: cada uno de sus miembros es garante de la integridad de los demás.

El padre es garante de los hijos y de la esposa. Esta es garante de su marido y sus hijos. Y los hijos lo son de los padres. En la misma forma, un jefe es garante del subalterno, como también lo es el subalterno de su respectivo superior. Es el simple enunciado centenario de "amar al prójimo como a sí mismo", pero colocado a nivel de consideración jurídica para vivir en sociedad.

En el plano organizacional, también se está en posición de garante de manera individual. Y esto es más cierto cuando una persona maneja una fuente de riesgo., pues es garante de esa fuente de riesgo y de los miembros de la sociedad que resulten afectados por su falta de control del mismo. Ejemplos de lo anterior son el responsable de la señalización de los trenes, el controlador aéreo, la persona a cargo de los explosivos de una guarnición y el médico en muchas situaciones. En casos extremos, como cuando se pierden sustancias explosivas, quien estaba a cargo de las mismas responde no solamente por ellas, sino por las acciones que con ellas se lleven a cabo, muchas veces a título de partícipe.

V- RESPECTO DE LA COMPASION MÉDICA

En Providencia No. 50-2013 (Magistrado ponente: Dr. FERNANDO GUZMÁN MORA) se expresó:

Sir William Osler decía:

“Bien lejos el enemigo más peligroso que tenemos que pelear es tener que pelear la apatía – indiferencia de cualquier causa, no de carencia de conocimiento, sino de desinterés, de absorción en otros propósitos, de un desprecio alimentado de auto-satisfacción”

La posición asumida por el Médico en el presente caso es una clara muestra de desprecio por el sufrimiento humano.

Acudimos al autor Leonardo Boff, quien expresa

Tres escenas aterradoras, el terremoto en Japón, seguido de un tsunami devastador, la pérdida de gases radioactivos de las centrales nucleares afectadas, y los deslizamientos de tierras ocurridos en las ciudades serranas de Río de Janeiro, sin duda han provocado en nosotros dos actitudes: compasión y solidaridad.

Primero irrumpe la compasión. Ente las virtudes humanas, tal vez sea la más humana de todas, porque no solo nos abre al otro como expresión de amor dolorido, sino al otro más victimado y mortificado. Poco importa la ideología, la religión, el status social y cultural de las personas. La compasión anula esas diferencias y hace que tendamos las manos a las víctimas. Quedarnos cínicamente indiferentes demuestra una suprema inhumanidad que nos transforma en enemigos de nuestra propia humanidad. Delante de la desgracia del otro no hay modo de no ser los samaritanos compasivos de la parábola bíblica.

La compasión implica asumir la pasión del otro. Es trasladarse al lugar del otro para estar a su lado, para sufrir con él, para llorar con él, para sentir con él el corazón destrozado. Tal vez no tengamos nada que darle y las palabras se nos mueran en la garganta, pero lo importante es estar a su lado y no permitir que sufra solo.

Aunque estemos a miles de kilómetros de distancia de nuestros hermanos y hermanas de Japón o cerca de nuestros vecinos de las ciudades serranas cariocas, su padecimiento es nuestro padecimiento, su desespero es nuestro desespero, los gritos desgarradores que lanzan al cielo preguntando: ¿por qué, Dios mío, por qué?, son nuestros gritos desgarradores. Y compartimos el mismo dolor de no recibir ninguna explicación razonable. Y aunque la hubiera, no anularía la devastación, no levantaría las casas destruidas, ni resucitaría a los seres queridos fallecidos, especialmente a los niños inocentes.

La compasión tiene algo de singular: no exige ninguna reflexión previa, ni argumento que la fundamente. Ella simplemente se nos impone porque somos esencialmente seres com-pasivos. La compasión refuta por sí misma la noción del biólogo Richard Dawkins del «gene egoísta». O el presupuesto de Charles Darwin de que la competición y el triunfo del más fuerte regirían la dinámica de la evolución. Al contrario: no existen genes solitarios, todos están inter-retro-conectados y nosotros humanos formamos parte de incontables tejidos de relaciones que nos hacen seres de cooperación y de solidaridad.

Cada vez más científicos provenientes de la mecánica cuántica, de la astrofísica y de la bioantropología sostienen la tesis de que la ley suprema del proceso cosmogénico es el entrelazamiento de todos con todos y no la competición que excluye. El sutil equilibrio de la Tierra, considerada como un superorganismo que se auto-regula, requiere la cooperación de un sinnúmero de factores que interactúan unos con otros, con las energías del universo, con la atmósfera, con la biosfera y con el propio sistema-Tierra. Esta cooperación es responsable de su equilibrio, ahora perturbado por la excesiva presión que nuestra sociedad consumista y derrochadora hace sobre todos los ecosistemas y que se manifiesta por la crisis ecológica generalizada.

En la compasión se da el encuentro de todas las religiones, del Oriente y del Occidente, de todas las éticas, de todas las filosofías y de todas las culturas. En el centro está la dignidad y la autoridad de los que sufren, provocando en nosotros la compasión activa.

La segunda actitud, afín a la compasión, es la solidaridad. Obedece a la misma lógica de la compasión. Vamos al encuentro del otro para salvarle

la vida, llevarle agua, alimentos, abrigo y especialmente calor humano. Sabemos por la antropogénesis que nos hicimos humanos cuando superamos la fase de la búsqueda individual de los medios de subsistencia y empezamos a buscarlos colectivamente y a distribuirlos cooperativamente entre todos. Lo que nos humanizó ayer, también nos humaniza hoy. Por eso es tan conmovedor ver como tanta gente de todas partes se moviliza para ayudar a las víctimas y a través de la solidaridad darles lo que necesitan y sobre todo la esperanza de que, a pesar de la desgracia, sigue valiendo la pena vivir.

En el presente caso no hay el más mínimo asomo de compasión ni solidaridad humana.

CONCLUSIONES

- El doctor L.F.C. actuó en el presente caso de manera negligente, descuidada, irresponsable y falta de Ética
- Con su actuar violó los artículos 2, 5, 10, 17 y 42 de la Ley 23 de 1981.
- Tampoco cumplió con sus deberes institucionales respecto del turno de disponibilidad, el cual no debe ser asimilado a la ausencia total del hospital cuando se es requerido.
- La atención prestada a una paciente pediátrica en gravísimo estado de salud fue demorada, poco eficiente y constituye demostración de indolencia o ignorancia ante la situación clínica presentada
- Aunque es evidente que la Ley 100 de 1993 es un ejemplo del fracaso en la reforma de salud en Colombia, los médicos que atendieron a la paciente fallecida actuaron de manera eficiente y acorde con la Lex Artis Médica, excepto el especialista C., cuya actuación ya ha sido analizada.
- La defensa del condenado efectúa una serie de disertaciones sobre los aspectos procesales de la norma ético médica, que son de pobre naturaleza conceptual y no se compadecen con el seguimiento de las normas procesales del proceso ético disciplinario médico, las cuales son de obligatorio cumplimiento, aplicación y acatamiento.

- No hubo ninguna manifestación de la compasión humana que debe acompañar al ejercicio de la medicina por parte del médico C.
- Jamás se aplicó el sistema de responsabilidad objetiva en el presente caso.

Son suficientes las consideraciones anteriores para que el TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA en uso de sus atribuciones legales.

RESUELVA:

ARTÍCULO PRIMERO: Confirmar como en efecto confirma la sanción de SUSPENSIÓN EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR ESPACIO DE UN MES al doctor L.F.C.C., identificado con cédula de ciudadanía número.... expedida en..., por transgredir los artículos 2, 5, 10, 17 y 42 de la Ley 23 de 1981 **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. MARTHA LUCÍA BOTERO CASTRO. Secretaría.



Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina de Colombia para enfrentar los conflictos éticos secundarios a la crisis de Covid-19 en el inicio y mantenimiento de medidas de soporte vital avanzado.

**Bogotá, Mayo 14 de 2020
(Versión revisada Julio 10 de 2020)**

Tabla de contenido

Equipo de trabajo.....	356
Agradecimientos.....	356
1. Contexto.....	357
2. Principios.....	359
3. Recomendaciones.....	362
3.1. Recomendaciones de justicia procedimental	362
3.2. Recomendaciones generales para la toma de decisiones.....	363
3.3. Recomendaciones específicas para la realización del triaje para SVA.....	365
3.4. Recomendaciones para un actuar ético en el manejo del paciente que será tratado en la UCI.....	366
3.5. Recomendaciones sobre el acompañamiento y el manejo del final de la vida.....	369
3.6. Recomendaciones sobre la protección y cuidado de los trabajadores de la salud.....	370
Referencias.....	372

Equipo de trabajo:

- Ramón Abel Castaño Yepes, Académico Correspondiente.
- Gloria Arias Nieto, Académica Correspondiente.
- Oswaldo Borrás Gaona, Académico Correspondiente.
- Alejandro Nino Murcia, Académico Correspondiente.
- Liliana Támara Patiño, Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos.
- Julieta Moreno Molina, Consultora Ministerio de Salud y Protección Social.

Agradecimientos:

El equipo de trabajo agradece las contribuciones de las siguientes instituciones y personas:

- Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos, en especial a los Doctores Fernando Sánchez Torres, Edgar Montoya Ángel, Rosemary León Buitrago, Ricardo Roa Castellanos, Gonzalo D. Prada González, Elena Rey Lozano, Fabio Raúl Trompa Ayala, Benjamín Herazo Acuña, Carlos Gaviria Neira, Alejandro Castaño Bedoya, y Luis María Murillo.
- Grupo de Investigación en Bioética y Bioderecho de la Universidad del Rosario, en especial a los Doctores Ana Isabel Gómez Córdoba, Piedad Bolívar Goez, Boris Julián Pinto Bustamante, Diana Bernal Camargo y Carlos Enrique Trillos Peña.
- Al Doctor Maurizio Bonati, del Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

1. Contexto.

La profesión médica, fiel a su compromiso de buscar el beneficio de los pacientes y lograr los mejores resultados posibles en el proceso de atención, respetando sus derechos y voluntad, se enfrenta al reto de la pandemia de Covid-19 y la consecuente situación de emergencia sanitaria, la cual conlleva un estado de excepcionalidad que modifica de manera fundamental algunos elementos tradicionales de la práctica médica.

La infección por el virus SARS-Cov2 y la enfermedad causada por este, denominada Covid-19, es una condición nueva para el conocimiento médico. En consecuencia, la evidencia científica crece rápidamente y se modifica con mayor frecuencia de lo habitual. A pesar de ello, a la fecha de elaboración del presente documento aún no se cuenta con una vacuna o con evidencia suficiente acerca de tratamientos farmacológicos específicos para el virus; sin embargo, sí se dispone de herramientas de diagnóstico, manejo de síntomas, soporte vital y paliación.

En lo concerniente al soporte vital, específicamente la atención en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), u otras medidas de soporte vital como la atención en Unidades de Cuidados Intermedios, la Ventilación Mecánica Invasiva, la Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) o la diálisis en estados agudos, así como otros medios o procedimientos que busquen sostener la vida y mejorar la posibilidad de supervivencia, las cuales para efectos del presente documento se denominarán Soporte Vital Avanzado (SVA), se prevé una difícil situación, pues las proyecciones de los modelos matemáticos disponibles muestran que, es probable que el número de casos que requerirán este tipo de soporte superará la oferta disponible durante los picos de la pandemia.¹

Dentro del marco de la declaración de pandemia por Covid-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud, el Gobierno colombiano declaró un estado de emergencia sanitaria, con el objeto de dar vía a la asignación excepcional de recursos públicos para responder a la emergencia por Covid-19, y como medida anticipatoria y preparatoria, ha hecho un esfuerzo por incrementar la

¹ La estimación de la OMS, con base en las estadísticas de Wu Han en 2020, señala que un 6,1% de los pacientes diagnosticados con Covid-19 requerirán atención en unidad de cuidado intensivo.

oferta de camas de UCI y de equipos de Ventilación Mecánica Invasiva. Al mismo tiempo el Gobierno ha recomendado al sector prestador que, en la medida de lo posible, se liberen los recursos existentes para mejorar la disponibilidad de estos durante los picos de demanda, así como les ha recomendado contar con reglas claras para permitir el triaje organizado por niveles de cuidado a través de recomendaciones específicas o protocolos estandarizados para los profesionales.

A pesar de tales esfuerzos, y teniendo en cuenta el comportamiento que ha mostrado la pandemia por Covid-19 en otros países, se espera que, inevitablemente, en algunas instituciones prestadoras, durante algunos espacios de tiempo, los picos de demanda superen la oferta disponible de recursos tecnológicos y humanos para el SVA. Ante una circunstancia de oferta insuficiente para responder a la demanda aumentada, se hace necesario recurrir a una lógica basada en el principio de justicia distributiva, según el cual se debe maximizar el resultado agregado en salud para la sociedad. Esto supone que será necesario, solo de manera excepcional, y cuando se demuestre escasez, dar prioridad al beneficio colectivo sobre el beneficio individual. Dentro del marco de derechos humanos, la protección del derecho fundamental a la salud en el contexto de la emergencia se entiende como el acceso a la atención sanitaria de máximo nivel que pueda proporcionarse, buscando el grado máximo de salud que se pueda lograr.

Para hacer operativa esta lógica, se debe aplicar un proceso de triaje, el cual consiste en utilizar criterios específicos para priorizar la asignación del recurso escaso según la probabilidad que un paciente dado tenga de obtener resultados exitosos en salud cuando se beneficia del recurso en cuestión, para este caso específico, el SVA. Esta priorización implica, inevitablemente, que otro u otros pacientes no podrán beneficiarse de la asignación de este recurso escaso.

El proceder ético del médico frente al SVA, por fuera del escenario de crisis, está basado en buscar el beneficio para el paciente, sin tener en cuenta las consecuencias distributivas de tales decisiones. La modificación de este proceder ético, para dar prelación al principio de justicia distributiva en las circunstancias excepcionales de la emergencia, genera una gran carga moral y emocional en el médico que se ve obligado a tomar este tipo de

decisiones. Cabe anotar que esta carga moral y emocional no se limita a los médicos, sino que también impacta a otros profesionales de la salud, y a la sociedad en general, para quienes puede ser especialmente difícil aceptar que sea imposible salvar todas las vidas.

Ante esta retadora situación, se hace necesario establecer unas recomendaciones para enfrentar las decisiones de triaje de SVA, de tal manera que estas sean vistas como válidas, justas, eficaces y transparentes para que gocen de la mayor legitimidad posible, y que además sean imparciales y equitativas. Estas recomendaciones tienen como objetivos: 1) ayudar a preservar la confianza de la sociedad en el proceder ético del médico en estas circunstancias excepcionales; 2) mejorar la aceptación social de la inescapable realidad de la limitación de recursos tecnológicos y humanos durante los picos de demanda de SVA; 3) reducir la carga moral y emocional del médico que se ve obligado a realizar triaje de SVA; y 4) contribuir al desarrollo de la *lex-artis* en la situación excepcional que obliga a tomar decisiones de triaje de SVA.

Por último, cabe resaltar que las recomendaciones de este documento son aplicables solamente dentro del contexto de la emergencia sanitaria declarada por el gobierno nacional, a causa de la pandemia de Covid-19. Su alcance solamente se refiere a la decisión de asignar recursos para SVA para pacientes de Covid-19 y para pacientes con otras condiciones que lo requieran, en las circunstancias en las que la demanda de SVA supera los recursos disponibles. Aunque la pandemia de Covid-19 genera otros dilemas éticos frente a asuntos como el uso de tratamientos experimentales, la restricción a las libertades individuales, entre otros, este documento solo se enfoca en los dilemas éticos asociados al SVA.

2. Principios.

Justicia distributiva: Cuando los recursos son insuficientes para satisfacer las necesidades de las personas, su distribución debe partir de la base de buscar el mayor bienestar agregado posible. Este principio obliga a que, en la elección de pacientes para SVA en esta situación excepcional, se busque maximizar el bienestar agregado. En esta situación de excepción el principio de justicia distributiva tendrá prelación sobre el principio de beneficencia, pero siempre respetando la dignidad humana

y protegiendo el derecho fundamental a la salud al máximo nivel que sea factible de proporcionar, dada la insuficiencia del recurso para SVA.

Autonomía del paciente: Como medida de respeto a las personas, todo paciente tiene el derecho a elegir: 1) si quiere o no participar en la toma de decisiones y 2) si recibe o no los tratamientos disponibles, después de haber recibido información sobre los riesgos y los beneficios, expresando en consecuencia su libre e inequívoco consentimiento para la intervención o el rechazo de la misma. Para proteger la autonomía de las personas se deberá siempre proveer información transparente y objetiva, incluyendo información concreta sobre la posibilidad de que en condiciones de escasez y de necesidad de realizar triaje para SVA, sus preferencias y derechos individuales puedan verse limitados. Salvo en las situaciones de excepción previstas en el marco regulatorio, se preservará el deber de informar al paciente y se respetará la autonomía del paciente para aceptar o rechazar tratamientos.

Beneficencia: A pesar de que, en un contexto de emergencia y de exceso de demanda, es aceptado realizar triaje, se debe buscar el mejor beneficio para todos los pacientes en cada una de las posibilidades de atención disponibles. Esto implica que, para cada paciente, respetando su autonomía para aceptar o rechazar tratamientos, se debe definir: 1) el nivel de cuidado requerido, tanto para el inicio de SVA como para su suspensión en caso de que sea necesario; 2) el cumplimiento o no de los criterios de elegibilidad para SVA; y 3) inicio de medidas paliativas en caso de no iniciar o de suspender el SVA.

No maleficencia: Tanto en los pacientes en los que se inicie SVA como en los que no se inicie o les sea suspendido, las acciones disponibles se ponderarán en términos de no causar daño a los pacientes ni allegados. Esto incluye no abandonar el cuidado y actuar respetando el tipo de cuidado asignado de acuerdo con criterios objetivos. El no iniciar SVA o el suspenderlo, cuando, en circunstancias de no emergencia, el paciente podría haber tenido la oportunidad de recibirlo, no se debe entender como una forma de causar daño, sino como una forma de buscar un beneficio agregado mayor. Tomar decisiones con base en la mejor evidencia disponible es una forma de evitar el daño, pero dado que la evidencia sobre Covid-19 se modifica con mayor frecuencia de lo habitual, las conductas médicas deben conservar la flexibilidad necesaria para ajustarse a esta

evidencia en rápida evolución. Adicionalmente, esta ausencia de evidencia concluyente debe servir para llevar las expectativas de la sociedad sobre probabilidad de contagio, probabilidad de curación y probabilidad de muerte, a su correcto nivel y evitar falsas expectativas.

Respeto a la dignidad humana: Todas las acciones de cuidado integral de las personas, independientemente de la circunstancia de emergencia, se deben realizar y garantizar en el marco del respeto de su dignidad humana y los derechos humanos, por lo que los pacientes y sus familiares siempre serán reconocidos como personas independientemente de cualquier otra característica o rasgo individual.

Proporcionalidad: Este principio establece que las medidas terapéuticas que se definan deben mostrar una razonable relación entre los medios empleados, y el fin previsible para el paciente. Es decir, no es justificable realizar acciones heroicas en la atención de un paciente que requiere SVA si no existe una probabilidad razonable de que el paciente se recuperará de su estado agudo.

Utilidad: El principio de utilidad establece que las acciones son correctas en la medida que promueven el bienestar de individuos o comunidades. Los esfuerzos para maximizar la utilidad requieren consideraciones de proporcionalidad para equilibrar los beneficios potenciales de cualquier actividad frente a cualquier riesgo o daño resultado de esta, y tienen en cuenta la eficiencia para lograr los mayores beneficios al menor costo posible.

Equidad: La distribución de los recursos para el SVA debe buscar que aquellas personas con mayores necesidades reciban más que aquellas con menores necesidades. Sin embargo, en las condiciones excepcionales de emergencia, la escasez de recursos es más crítica y es posible que, ante la necesidad de realizar triaje, no se puedan satisfacer estas necesidades plenamente a algunas personas.

Imparcialidad y no discriminación: En consonancia con el respeto a los derechos humanos, y en reconocimiento a la dignidad de todas las personas, ninguna persona perteneciente a una población vulnerable de la sociedad debe tener un chance inferior de ser seleccionada para SVA

que otra persona en condiciones similares, pero no perteneciente esta. La edad por sí sola no debe ser un criterio de decisión, sino el estado de salud general del paciente y su probabilidad de recuperación. Así como la edad, la presencia de cualquier condición de discapacidad no se considera un criterio exclusivo de no inicio ni de suspensión de SVA.

Transparencia: Los principios, criterios y recomendaciones que se aplicarán en la toma de decisiones de triaje, se hacen explícitos en este documento. Las decisiones de triaje se tomarán siguiendo los principios, criterios y recomendaciones que aquí se plantean.

3. Recomendaciones.

Con base en los principios enunciados en la sección 2, y teniendo en cuenta el contexto y las circunstancias excepcionales de la emergencia por Covid-19, a continuación se plantean las recomendaciones para enfrentar los conflictos éticos que emergen en la asignación de recursos limitados para SVA.

3.1. Recomendaciones de justicia procedimental.

Con el fin de que el resultado de la asignación de recursos limitados para SVA sea aceptado como legítimo, tanto por la sociedad en general como por los pacientes afectados, sus familiares y otras personas relevantes, se debe garantizar que la definición de las recomendaciones del presente documento y el proceso para la toma de decisiones sean imparciales. Para este fin se deben cumplir los siguientes atributos:

Rendición de cuentas: Tanto las recomendaciones del presente documento como su aplicación en la vida real deben estar disponibles para el escrutinio público y de las instituciones profesionales.

Publicidad: Los principios, criterios y recomendaciones de este documento se deben poner a disposición del público para que este conozca de su existencia y delibere sobre su pertinencia y aceptabilidad. Aunque no se espera que en una situación de triaje haya deliberación, pues la situación de urgencia obliga a tomar decisiones de manera rápida, sí se espera que haya deliberación en espacios diferentes a la línea del frente.

Razonabilidad de los principios: Los principios establecidos son razonables, y por tratarse de una situación excepcional de emergencia causada por la Covid-19, su aplicación y su ordenamiento jerárquico son razonables. En condiciones de no emergencia algunos de estos principios, su aplicación y su ordenamiento jerárquico, pueden ser diferentes.

Apelaciones: Los grupos de interés pueden manifestar sus diferencias con estas recomendaciones y se deben abrir espacios de deliberación que permitan fortalecer la confianza de la sociedad en la profesión médica y en la respuesta del gobierno a la emergencia. Esta deliberación no debe ocurrir en la línea del frente sino en otros espacios por fuera de esta.

Conflictos de intereses: El médico no tomará decisiones de triaje para favorecer familiares o personas relevantes a sus intereses personales. En estos casos la decisión debe ser tomada por otro médico, excepto si no hay otro médico disponible. Tampoco tomará decisiones basadas en recomendaciones administrativas o de terceros.

3.2. Recomendaciones generales para la toma de decisiones.

Ningún principio o criterio deberá ser usado de forma aislada. Estos principios y criterios deben ser considerados de manera conjunta, y deben ser siempre ponderados de acuerdo a la mejor evidencia disponible, actuando con flexibilidad y adaptabilidad a la nueva evidencia disponible para garantizar el mejor cuidado y atención posible. En consecuencia, se listan las siguientes recomendaciones generales sobre la decisión de realizar triaje para SVA:

- 1) Definir criterios de activación y desactivación del triaje. Dado que las condiciones de oferta y demanda en un hospital dado cambian en el tiempo, es necesario definir los criterios para activar el triaje para SVA cuando la demanda supere la oferta, y para desactivarlo cuando deje de existir esta situación. Dentro de cada institución prestadora, las decisiones de activar y desactivar el triaje deben quedar formalizadas para delimitar con precisión las condiciones de excepcionalidad durante las cuales se aplicarán las recomendaciones relacionadas con el triaje. Cada institución prestadora deberá definir con precisión este formalismo.

2) Antes de activar el triaje en una institución prestadora, en la medida de lo posible se debe procurar trasladar pacientes a otras instituciones prestadoras mediante los mecanismos de coordinación local instituidos. Lo anterior teniendo en cuenta la utilidad o futilidad del traslado según la severidad del caso y la probabilidad de deterioro durante este. Adicionalmente, para adelantar el traslado debe tenerse en cuenta que ello no implique dejar a la institución remitora sin el recurso humano y tecnológico que requiere para atender sus necesidades locales.

3) Rechazar el criterio de asignación por “orden de llegada”. Este criterio es injusto y no imparcial, puesto que favorece a las personas que viven cerca a las instituciones prestadoras, o que enfrentan menos barreras de acceso para llegar a estas, y no permite aplicar los principios enunciados previamente en especial el principio de justicia distributiva.

4) No aplicar el criterio de valor social del paciente. En una sociedad plural no es posible afirmar que una persona sea intrínsecamente más valiosa que otra; en consecuencia, el valor social percibido de una persona no será un criterio de decisión.

5) Tener en cuenta el valor instrumental de los trabajadores de la salud de la línea del frente. Esta recomendación se basa en dos elementos: i) Las habilidades y capacidades de estos son requeridas para enfrentar la emergencia, es decir, si enferman o fallecen, habrá menos trabajadores de la salud para tratar al resto de personas enfermas; y ii) el principio de reciprocidad, según el cual, al estar expuestos a un riesgo desproporcionado para enfrentar una amenaza colectiva, la sociedad les debe dar un tratamiento especial que compense dicha exposición a riesgo.

6) Tener en cuenta que las decisiones de selección de pacientes no se basan en criterios absolutos que se apliquen en todas las circunstancias, sino que son relativos a los demás pacientes que en un momento dado compiten por la asignación del SVA sean pacientes con Covid-19 o con condiciones médicas diferentes a Covid-19 que requieran SVA. Esto en razón a que las circunstancias de insuficiencia de oferta y las características de los pacientes elegibles para SVA son diferentes

entre una institución prestadora y otra, o entre momentos distintos en una misma institución prestadora.

7) Procurar que la toma de decisiones se haga de manera colegiada. En la medida de lo posible, se debe evitar que un médico tome individualmente la decisión de no iniciar o de suspender SVA en pacientes que, siendo elegibles para este, quedan excluidos al aplicar el triaje. Este tipo de decisiones generan una alta carga moral y emocional en el médico, por lo cual debe: i) buscar apoyo de los Comités de Ética Hospitalaria allí donde se cuente con estos; ii) si no se cuenta con estos comités, debe buscar el apoyo de una segunda opinión con otro médico de la institución; iii) en caso de que esto no sea posible, debe buscar el apoyo de una segunda opinión por fuera de la institución.

8) Las recomendaciones incluidas en este documento deben ser operacionalizadas en detalle en las instituciones prestadoras, de acuerdo con los lineamientos y normas de las autoridades de salud y del gobierno en general.

3.3. Recomendaciones específicas para la realización del triaje para SVA.

En condiciones de no emergencia, existen unos criterios convencionales de elegibilidad para SVA que son basados en evidencia y que son generalmente aceptados por la profesión médica y por la sociedad.

Estos criterios están definidos en función de la probabilidad de recuperación del paciente en el corto plazo sin que requiera SVA una vez superado el episodio agudo, y teniendo en cuenta el consentimiento del paciente o su representante. Sin embargo, en una situación de oferta insuficiente de SVA, es necesario adicionar otros criterios generales, puesto que el aplicar los criterios convencionales de elegibilidad puede dar como resultado que haya muchos más pacientes elegibles que recursos de SVA disponibles.

En consecuencia, se listan las siguientes recomendaciones para la realización del triaje para SVA:

1) Aplicar inicialmente los criterios convencionales de elegibilidad para SVA.² Estos criterios se basan en mediciones objetivas y verificables y se deben aplicar en función de la probabilidad de recuperación del paciente en el corto plazo sin que requiera SVA una vez superado el episodio agudo. Un criterio de no elegibilidad para SVA es la decisión del paciente de no aceptarlo.

2) En caso de que, después de aplicar los criterios convencionales de elegibilidad para SVA, haya más pacientes elegibles que recurso disponible, la elección se debe basar en el análisis simultáneo de los siguientes cuatro criterios: (i) pronóstico de supervivencia a corto plazo, dados los factores predictores de supervivencia específicos para Covid-19 que se hayan identificado en la literatura científica; estos factores predictores deben ser actualizados periódicamente en la medida que la nueva evidencia científica sobre Covid-19 así lo requiera;³ (ii) pronóstico de supervivencia a largo plazo o mayor expectativa de vida; (iii) presencia de comorbilidades que afecten el pronóstico de largo plazo; y (iv) qué tantos recursos de SVA se espera que consumirá el paciente.

3) La consideración de manera simultánea de los cuatro criterios enunciados en el numeral 2) implica que ninguno de ellos se debe aplicar de manera aislada, no se deben aplicar de manera secuencial, y solo deben aplicarse después de aplicar los criterios convencionales de elegibilidad para SVA, como lo indica el numeral 1).

3.4. Recomendaciones para un actuar ético en el manejo del paciente que será tratado en la UCI.

Una vez se ha definido que el paciente es elegible para el ingreso a la UCI, es necesario verificar que el tratamiento instaurado esté logrando el beneficio esperado, pues de no lograrse, y en caso de haber exceso de demanda, se debe considerar la posibilidad de suspenderlo. Tanto la decisión de iniciar como la de suspender tratamiento, deben respetar la autonomía del paciente, dentro de los términos establecidos por la legislación y jurisprudencia

² Se deben consultar los criterios establecidos por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI).

³ Se deben consultar los criterios establecidos por la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).

colombianas. En consecuencia, se listan las siguientes recomendaciones para el actuar ético en la UCI:

1) A todo paciente a quien se le inicia SVA se le debe diseñar un plan de manejo con metas explícitas basadas en parámetros biomédicos y los tiempos esperados de logro de estas metas. Este plan de manejo debe respetar la autonomía del paciente para aceptar o rechazar las medidas de SVA, autonomía que se debe materializar, en la medida de lo posible, en el consentimiento informado y en el Documento de Voluntad Anticipada.

2) El plan de manejo debe ser revisado cada 24 horas y si el paciente no logra las metas establecidas, se debe considerar la suspensión del SVA y el inicio de la adecuación de los esfuerzos terapéuticos. La suspensión no es justificable éticamente con el fin de tener oferta disponible de SVA ante una mera expectativa de pacientes futuros.

3) Salvo las excepciones al deber de informar que se consideran en el marco regulatorio vigente, se debe dar información de forma temprana y continua al paciente o a su representante, con el propósito de garantizar la comunicación sobre las preferencias individuales frente a las atenciones específicas que se pueden ofrecer y sobre el curso de la enfermedad. Lo anterior debe incluir información sobre el plan de manejo completo y la posibilidad de que sea necesaria la adecuación del esfuerzo terapéutico.

4) Cuando el exceso de demanda es tal que no es posible establecer comunicación efectiva con el paciente y/o con su representante y/o con sus familiares debido al escaso tiempo disponible para entrar en este tipo de comunicaciones, el médico tomará las decisiones que sean pertinentes en ejercicio de su capacidad técnica con responsabilidad y proporcionalidad, y las registrará posteriormente en la historia clínica.

5) Salvo las excepciones al deber de informar que se consideran en el marco regulatorio vigente, en el momento del ingreso al hospital se debe solicitar información al paciente o a su representante sobre la existencia de Documentos de Voluntad Anticipada o el deseo de suscribir uno como medida de autogobierno y ejercicio de derechos. Estos documentos deben enfocarse en la aceptación de medidas de

soporte avanzado progresivamente o de rechazo de las mismas, con particular atención a los pacientes que por deterioro del estado general pudieran tener alteraciones cognitivas o requerir aislamiento y en quienes se evidencia una discrepancia entre sus preferencias y las de su representante o familiares.

6) Cuando el paciente ha expresado voluntariamente mediante consentimiento informado o Documentos de Voluntad Anticipada su rechazo a ser ingresado a UCI o a recibir SVA, esta decisión debe ser respetada, independientemente del pronóstico que tenga el paciente en el momento de enfrentar la decisión de ingreso a UCI o de inicio de SVA.

7) Salvo las excepciones al deber de informar que se consideran en el marco regulatorio vigente, se debe informar al paciente sobre la potestad que tiene de rechazar las terapias, en cuyo caso debe informarse sobre el posible beneficio del uso de SVA y las alternativas disponibles, y registrar de forma clara en la historia clínica que el paciente rechaza de forma directa el inicio de los soportes, indicando los soportes rechazados y la comprensión de las consecuencias de la no instauración de estos.

8) En caso de usar consentimientos informados escritos o documentos de rechazo terapéutico, su uso debe ser claro y consistente para todos los pacientes, y deben realizarse en el momento de la atención con un proceso consecuente con la recepción de información clara y objetiva. Ambos son documentos que firma la persona que se encuentra como paciente. Debe tenerse en cuenta que en un consentimiento sustituto no se pueden rechazar medidas útiles.

9) Debe tenerse en cuenta que la adecuación de los esfuerzos terapéuticos no requiere ningún tipo de documento o formalismo diferente al registro suficiente en la historia clínica sobre la conducta. La adecuación de los esfuerzos terapéuticos es una conducta médica, y por lo tanto es el médico quien, en ejercicio de su capacidad técnica con responsabilidad y proporcionalidad, define en qué circunstancias un paciente no se beneficia de un medio, procedimiento o tratamiento. La decisión de adecuación de los esfuerzos terapéuticos no se debe

transferir al paciente o los familiares, aunque estos pueden solicitarla de forma activa como forma del ejercicio del derecho a morir con dignidad. Si bien, la adecuación de los esfuerzos terapéuticos hace parte de las formas del ejercicio del derecho a morir con dignidad para evitar la obstinación terapéutica y la prolongación biológica de la vida por medio de intervenciones fútiles, en el escenario de Covid-19 se incluye como medida inicial ante la posibilidad de que no haya indicaciones para el inicio de SVA, o ante la circunstancia excepcional en la que por escasez del recurso no sea posible iniciar el SVA o sea necesaria su suspensión.

10) En cuanto a la aplicación de intervenciones experimentales, dentro del plan de manejo del paciente y durante el período de excepción de la emergencia sanitaria, se podrán considerar este tipo de intervenciones sin que necesariamente estén enmarcadas dentro de un ensayo clínico, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: i) que no exista una alternativa terapéutica efectiva comprobada, o que hayan fallado las alternativas disponibles; ii) que no sea posible iniciar un estudio clínico inmediatamente; iii) que haya datos disponibles que apoyen de manera preliminar la eficacia y seguridad de la intervención, al menos basados en estudios de laboratorio en animales, o que su uso por fuera de estudios clínicos haya sido sugerido por las sociedades científicas de la profesión médica; iv) que cuenten con aprobación del Invima para su uso experimental, y la aprobación de un comité de ética; v) que se garanticen los recursos adecuados para minimizar los riesgos de seguridad; vi) que se obtenga el consentimiento informado del paciente o su representante; vii) que se cuente con un sistema de monitorización de la intervención y que los resultados sean documentados y compartidos oportunamente con la comunidad médica y científica.

3.5. Recomendaciones sobre el acompañamiento y el manejo del final de la vida.

No es aceptable el abandono de un paciente por el hecho de haber llegado a la etapa del final de la vida. La garantía del alivio sintomático y el acompañamiento al proceso de final de la vida hacen parte del cuidado integral de los pacientes. En consecuencia, se listan las siguientes recomendaciones para el acompañamiento y el manejo de final de la vida:

1) Se debe revisar permanentemente la necesidad de alivio sintomático según la evolución clínica del paciente, específicamente en términos de control del dolor y sufrimiento secundarios a la presencia de disnea, secreciones respiratorias, tos, ansiedad y presencia de delirium, u otros síntomas propios de la condición médica del paciente. Los cuidados de final de la vida se deben garantizar a todos los pacientes que los requieran, independientemente de que se disponga o no de equipos humanos especializados en cuidados paliativos.

2) En caso del paciente que manifiesta su decisión de rechazo terapéutico, cuando su deterioro sea previsible como consecuencia de dicha manifestación, se debe trasladar al paciente a un espacio diferente a la UCI.

3) Informar al paciente y a sus familiares que, en caso de fallecimiento del paciente, el acompañamiento al cadáver se hará estrictamente bajo los protocolos establecidos por las autoridades de salud pública, debido al alto riesgo de contagio para los acompañantes.

4) Se deben garantizar medidas especiales de apoyo psicológico para los familiares y acompañantes del fallecido, dadas las circunstancias excepcionales de aislamiento del cadáver, que no permiten la realización del duelo como se haría en circunstancias de no emergencia sanitaria.

3.6. Recomendaciones sobre la protección y cuidado de los trabajadores de la salud.

Los trabajadores de la salud, especialmente aquellos que están en la línea del frente, es decir, en contacto con pacientes con Covid-19, enfrentan un riesgo mayor de contagio de la enfermedad en comparación con el resto de la población, por lo cual se deben tomar medidas especiales para su protección frente a este riesgo.

Adicionalmente, es necesario reducir al mínimo posible el riesgo de contagio del personal de la línea del frente pues en la medida en que adquieran la enfermedad o fallezcan como consecuencia de esta, su ausencia temporal o permanente incrementará el riesgo de que la demanda supere los recursos disponibles.

- 1) A los médicos y demás trabajadores de la salud de la línea del frente se les deben suministrar los recursos necesarios para reducir la exposición al riesgo de contagio por Covid-19 durante sus actividades laborales, específicamente: i) Elementos de protección personal, según el tipo de exposición al riesgo de contagio; y ii) adecuado entrenamiento, según los roles a desempeñar durante la emergencia, para reducir el riesgo de contagio.
- 2) En caso de no contar con los elementos de protección personal adecuados, el médico podrá rehusarse a prestar los servicios de atención a pacientes con Covid-19.
- 3) Fuera del contexto de la línea del frente, el personal de salud tiene las mismas obligaciones que el resto de la sociedad, en relación con el distanciamiento físico, medidas de higiene, uso de mascarillas, y las demás que establezca el gobierno.
- 4) Adicionalmente, se deben definir los criterios de protección del personal de salud en las situaciones en las que se requiera resucitación cardiopulmonar, especialmente cuando los riesgos de exposición al contagio del personal de salud sean mayores que los beneficios esperados de la resucitación.
- 5) Se debe contar con medidas de apoyo psicológico para manejar el estrés del personal de la línea del frente, causado por el temor al contagio, la sobrecarga de trabajo y la carga moral y emocional de tener que negar a pacientes el acceso a SVA.
- 6) Los trabajadores de la salud con factores de riesgo de mayor severidad de Covid-19, según la mejor evidencia disponible, no deben estar expuestos al contacto directo con pacientes de Covid-19.

Referencias

Los siguientes documentos sirvieron como referencia para construir el marco ético de los principios y las recomendaciones:

- Berlinger N, Wynia M, Powell T, et al (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions and Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Novel Coronavirus Pandemic. The Hastings Center. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>
- Biddison ELD, Faden R, Gwon HS. Et al (2019). Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. *Chest*. 155(4):848-854.
- Comité Internacional de Bioética de la UNESCO y Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología de la UNESCO (2020). Declaración sobre el Covid-19: Consideraciones Éticas desde una Perspectiva Global. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_spa
- Dunham AM, Rieder TN, Numbyrd C (2020). A Bioethical Perspective for Navigating Moral Dilemmas Amidst the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. Disponible en: https://journals.lww.com/jaaos/Citation/9000/A_Bioethical_Perspective_for_Navigating_Moral.99133.aspx
- Emmanuel E, Persad G, Upshur R, et al (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 *NEJM*. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114>
- Truog RD, Mitchell C, Daley GQ (2020). The Toughest Triage: Allocating Ventilators in a Pandemic. *NEJM*. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689>
- White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B (2009). Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions. *Annals of Internal Medicine*. 150:132-138.

- White DB, Lo B (2020). A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. JAMA. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763953>
- World Health Organization (2020). Report of the WHO-China Joint Mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Feb 28, 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))
- World Health Organization (2016). Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>

Adicionalmente, se consultaron las siguientes declaraciones emitidas por organismos públicos y por asociaciones médicas para identificar los temas a incluir y la estructura general de las recomendaciones:

- Colombia:

- Grupo ACIN- IETS de Consenso Colombiano para recomendaciones de atención COVID19 (2020). Consenso Colombiano de Atención, Diagnóstico y Manejo de la Infección por SARS-COV-2/ COVID-19 en Establecimientos de Atención de la Salud. Recomendaciones Basadas en Consenso de Expertos e Informadas en la Evidencia. Disponible en: <http://www.iets.org.co/Archivos/853-2765-1-PB.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020). Recomendaciones Generales para la Toma de Decisiones Éticas en los Servicios de Salud Durante la Pandemia Covid-19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS13.pdf>

- Alemania: DIVI: Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfallund der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Disponible en: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>

- Austria: Bioethikkommission Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie. Disponible en: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/200402_Covid_Bioethik.pdf

- Chile: Sánchez I (2020). Lineamientos éticos en la atención de pacientes en una situación de pandemia. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/noticias/lineamientos-eticos-en-la-atencion-de-pacientes-en-situacion-de-pandemia/>

- España:

- Montalvo F, Altisent R, Bellver V, et al (2020). Informe del Comité de Bioética de España sobre los Aspectos Bioéticos de la Priorización de Recursos Sanitarios en el Contexto de la Crisis del Coronavirus. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>

- Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (2020). Recomendaciones Éticas para la Toma de Decisiones en la Situación Excepcional de crisis por Pandemia Covid-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos-Semicyuc. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

- Estados Unidos: Estado de Alabama (2010). Criteria for Mechanical Ventilator Triage Following Proclamation of Mass-Casualty Respiratory Emergency. Disponible en: https://adap.ua.edu/uploads/5/7/8/9/57892141/alabamas_ventilator_rationing_plan.pdf

- Francia: Comité Consultatif National d'Éthique (2020). Contribution du Comité Consultatif National d'Éthique: Enjeux Éthiques Face à une Pandémie. Disponible en: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf

- Italia: SIAARTI (2020). Raccomandazioni di Etica Clinica per L'ammissione a Trattamenti Intensivi e per la Loro Sospensione, in Con-

dizioni Eccezionali di Squilibrio tra Necessità e Risorse Disponibili. Disponible en: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

- México: Medina MJ, Palacios C (2020). Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica. Disponible en: <https://www.ugto.mx/accionesug/images/pdf/guia-bioetica.pdf>

- Reino Unido: British Medical Association (2020). COVID-19 – Ethical Issues. A Guidance Note. Disponible en: <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>

Por último, el marco normativo relevante para este documento incluyó las siguientes normas:

- Ley 23 de 1981.
- Decreto 3380 de 1981.
- Resolución 229 de 2020.
- Resolución 2665 de 2018.

