

República de Colombia



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”
ESCRITURAL

MAGISTRADA PONENTE: MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Bogotá, D. C., diecisiete (17) de noviembre de dos mil veintidós (2022).

(Proyecto discutido y aprobado en Sala de la fecha)

Expediente	250002326000201201007-00
Sentencia	SC3-11-22-2503
Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA
Demandante	ANA BELÉN RUIZ DELGADILLO Y OTROS
Demandados	NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD Y OTROS
Asunto	SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA
Tema	FALLA MEDICA – MUERTE POR TRAUMA CRANEOENCEFALICO ADULTO MAYOR CAE DE CAMILLA – SIN ACOMPAÑAMIENTO DE FAMILIAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Cumplido el trámite previsto en el artículo 206 y siguientes del Código Contencioso Administrativo – C.C.A, encuentra para que la Sala provea sentencia de primera instancia.

I. ANTECEDENTES

1.1. DEMANDA Y ARGUMENTOS DE LA PARTE ACTORA

1.1.1. Conforme reseña el libelo introductorio¹, para el 10 de junio de 2010, el señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA ingreso al CAMI del barrio Venecia de la ciudad de Bogotá, con cuadro de diarrea y vómito.

El 10 de junio, el paciente permaneció hospitalizado en el CAMI sin acompañante. A las 22+15, es valorado por el doctor Gómez, quien ordenó administrar oxígeno por bajo flujo, con cánula nasal a 2 lts. A las 23+15, intento levantarse de la camilla y presentó caída de su propia altura, valorado por el medico de turno, ordeno tomar RX de cráneo y cadera, y solicitó ambulancia para su traslado a la unidad de medicina interna para toma de radiografía. A las 15+15 descansa estable.

El 11 de junio, a las 11+10 el paciente es trasladado en ambulancia medicalizada al HOSPITAL DE MEISSEN, y en este centro hospitalario, presenta tres (3) paros cardiacos y una vez reanimado, por no contar con

¹ Ver folios 3 a 24 del cuaderno principal.

especialista – neurólogo, es remitido al HOSPITAL EL TUNAL, en la misma ambulancia y con acompañamiento de los mismos paramédicos.

A su arribo al HOSPITAL EL TUNAL, fue valorado por el neurólogo y trasladado al HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR para intervención, por presentar hematoma en el hemisferio izquierdo, con riesgo de muerte por mal pronóstico neurológico.

El 13 de junio de 2010, a las 21+25, fallece por causa trauma craneoencefálico.

En el descrito panorama aduce la activa, que las demandadas son extracontractualmente responsables, por el descuido a que fue sometido el señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA, contrastadas: i) la falta de cuidado que conllevó a que cayera de la camilla, impidiendo a la familia fungir como acompañante durante su hospitalización en la CAMI del barrio Venecia; ii) la omisión en cada una de las instituciones hospitalarias por las que tránsito, en la prestación del servicio médico quirúrgico, por cuanto no fue inmediata como era requerido, y iii) la inexistencia de consentimiento informado para surtir el tratamiento brindado.

Secuencia en la que formulan como pretensiones:

Se declare patrimonial y administrativamente responsables a la NACIÓN – MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, la ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ - SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA D.C., el CENTRO DE ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA - CAMI del Barrio Venecia², el HOSPITAL DE MEISSEN, el HOSPITAL EL TUNAL, y la EPS- SALUD TOTAL, por los daños y perjuicios causados a los demandantes, por causa del defectuoso funcionamiento, omisión, negligencia, descuido y falla en la prestación del servicio de salud, a los que devino la muerte del señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA, por lesión craneoencefálica, no intervenida oportunamente y sufrida mientras encontraba hospitalizado y cayó de una camilla.

Se condene a las accionadas al pago de los siguientes rubros y montos indemnizatorios, debidamente indexadas, con los intereses de mora causados desde la fecha de ejecutoria de la sentencia y hasta cuando se haga efectivo el pago:

- Perjuicios morales, en favor de cada uno de los demandantes: ANA BELEN RUIZ DELGADILLO, DAVID ANTONIO RUIZ DELGADILLO,

² Hoy Hospital Tunjuelito II Nivel

ANDREA RUIZ DELGADILLO, LUZ JENARA RUIZ DELGADILLO, ALEANDRINA RUIZ DELGADILLO, MARIA EUGENIA RUIZ DELGADILLO, MARIELA RUIZ DELGADILLO, ANADELINA RUIZ DELGADILLO, MARIA ANTONIA RUIZ DELGADILLO, IGNACIO RUIZ DELGADILLO y LUIS GENARO RUIZ DELGADILLO, suma equivalente a trescientos cincuenta (350) salarios mínimos legales mensuales vigentes – smlmv.

- Lucro cesante, las sumas dejadas de percibir por concepto de los salarios dejados de devengar por el señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA.
- Daño emergente, la suma de cincuenta millones (\$50.000.000) de pesos, correspondiente a los gastos funerarios derivados del fallecimiento del señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA.
- Daño a la alteración de las condiciones de existencia, en favor de cada uno de los demandantes, la suma equivalente a doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes - smlmv.

1.1.2. En oportunidad de alegar de conclusión, la activa se abstuvo de ejercer su derecho.

1.2. ARGUMENTOS DE LAS ACCIONADAS

1.2.1 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

En oportunidad de contestar la demanda, propone como excepciones: i) falta de legitimación en la causa por pasiva; ii) inexistencia de obligación; iii) inexistencia de solidaridad entre las demandadas y, iv) caducidad de la acción, y advierte que no se encuentran dentro de sus funciones y competencias la atención médica o quirúrgica de los pacientes.

En oportunidad de presentar alegatos de conclusión, reitera en su integridad los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, y solicita se declare la prosperidad de las excepciones propuestas en oportunidad.

1.2.2. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

En oportunidad de contestar la demanda, se opone a la prosperidad de las pretensiones y eleva como excepciones i) falta de legitimación en la causa por pasiva e, ii) ineptitud sustantiva de la demanda.

En alegatos de conclusión, guardó silencio.

1.2.3. HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE³

En Oportunidad para contestar la demanda, propone como excepciones: i) falta de legitimación en la causa por pasiva; ii) inexistencia de daño antijurídico imputable a ese IPS; iii) culpa exclusiva de la víctima, iv) inexistencia de solidaridad entre las demandadas. Advierte además en su defensa, que conforme al acta medica aportada, a los familiares del paciente se les informó, que debía estar acompañado, sin embargo, el señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA, permaneció solo y conllevó, a que al intentarse levantar de la camilla, sin avisar a las enfermeras, cayera causándose lesión. Asimismo, alega, que se prestó la atención médica requerida por el paciente y en las capacidades del centro médico, procediendo a la remisión a institución de mayor nivel ante la gravedad de su estado.

En alegatos de conclusión, la entidad guardo silencio.

1.2.4. HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Al contestar la demanda, solicita se desestimen las pretensiones elevadas en su contra, y refiere en su defensa, que con ocasión a la situación médica con la que ingreso el señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA a la institución, se le prestaron los servicios médicos pertinentes, necesarios y acertados para su tratamiento, sin que el hecho de su fallecimiento constituya una falla medica que le sea imputable.

En oportunidad de alegar de conclusión, guardó silencio.

1.2.5. SALUD TOTAL EPS

Al contestar la demanda, solicita se desestimen las pretensiones de la demanda y argumenta, que de los hechos que se relatan como causa de la muerte del señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA, ninguno es imputable a esa entidad, y señala que con ocasión a los contratos vigentes para la fecha de los hechos, entre esa EPS y las IPS demandadas, en el evento de encontrarse responsable a alguna de las mismas, la condena se profiera en sede de las mismas y no de la EPS, contrastada su ausencia de responsabilidad.

³ Antes CENTRO DE ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA "CAMI" del Barrio Venecia, hoy SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE. Según Acuerdo 641 de 6 de abril de 2016, hacen parte de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE, las Empresas Sociales del Estado de Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y el Tunal quienes se fusionaron.

En oportunidad para alegar de conclusión, la EPS guardo silencio.

II. TRÁMITE PROCESAL

2.1. Se admitió la demanda, con auto del 14 de septiembre de 2012, del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Tercera, Subsección "C", de descongestión (fls.17 del cuaderno principal del expediente).

2.2. Por auto del 7 de abril de 2014, se negó el llamamiento en garantía solicitado por la EPS - SALUD TOTAL, a los hospitales de Meissen II Nivel ESE y Tunjuelito II Nivel ESE; decisión revocada en sede de apelación, por el Consejo de Estado, con proveído del 15 de enero de 2016 (fl 350 c.5); en tal secuencia, **por auto del 11 de octubre de 2016**, se procedió a obedecer y cumplir lo dispuesto por el superior, y en tal sentido, **se admitió el llamamiento en garantía de los hospitales de Meissen II Nivel ESE y Tunjuelito II Nivel ESE.**

2.3. Con proveído del 11 de julio de 2019, **se dispuso abrir el proceso a pruebas**, decretándose las solicitadas por los extremos (fls. 351 ibídem).

2.4. Mediante proveído del 26 de septiembre de 2022, **se corrió traslado para alegar de conclusión** (fl. Samai), oportunidad en la que se ejerció prerrogativa conforme reseñó antes.

III. CONSIDERACIONES DE LA SALA

3.1. ASPECTOS DE EFICACIA Y VÁLIDEZ.

3.1.1. Reitera satisfecho el presupuesto de competencia, contrastadas en marco del numeral 6º del artículo 132 del Código Contencioso Administrativo⁴, la naturaleza y cuantía del asunto, y en orden del numeral 1º y el literal f) del numeral 2º del artículo 134D Ibídem⁵, el lugar de acaecimiento del hecho, génesis de la pretensión indemnizatoria.

⁴ CÓDIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.

"Artículo 132. En primera instancia. Los tribunales administrativos conocerán en primera instancia de los siguientes asuntos:

(...) 6. De los de reparación directa cuando la cuantía exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales. (...)." (Suspensivos, subrayado y negrillas fuera del texto).

⁵ IBÍDEM.

"Artículo 134 D. Competencia por factor del territorio. La competencia por razón del territorio se fijará con sujeción a las siguientes reglas:

2. En los asuntos del orden nacional se observarán las siguientes reglas:

(...)

f) En los de reparación directa se determinará por el lugar donde se produjeron los hechos, las omisiones o las operaciones administrativas;

(...)." (Suspensivos, subrayado y negrillas fuera del texto).

3.1.2. Encuentra cumplida la legitimación procesal en la causa, advertido que en medio de control de reparación directa la procesal por activa, se da con la invocación que hace el accionante de ser la víctima directa o indirecta del daño antijurídico que pretende le sea indemnizado, y por pasiva, con la imputación que hace el accionante contra la accionada, de ser la entidad pública causante del daño.

3.1.2.1. En este orden y como quiera que la legitimación material se acredita en curso del proceso, según resulte probada la condición que se alega, destaca en acercamiento a la misma, que los aquí accionantes, acreditaron su parentesco con la víctima directa, en virtud de los registros civiles de nacimiento aportados, a saber, ANA BELEN RUIZ DELGADILLO, DAVID ANTONIO RUIZ DELGADILLO, ANDREA RUIZ DELGADILLO, LUZ GENARA RUIZ DELGADILLO, ALEJANDRINA RUIZ DELGADILLO, MARIA EUGENIA RUIZ DELGADILLO, MARIELA RUIZ DELGADILLO, ANADELINA RUIZ DELGADILLO, MARIA ANTONIA RUIZ DELGADILLO, IGNACIO RUIZ DELGADILLO Y LUIS GENARO RUIZ DELGADILLO en su condición de hijos de LUIS GENARO RUIZ CEPEDA.

3.1.2.2. En cuanto a la legitimación material por pasiva de las IPS en las que el señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA, recibió atención entre el 10 y 13 de junio de 2010, a saber, HOSPITAL TUNJUELITO, HOSPITAL EL TUNAL, HOSPITAL MEISSEN (hoy SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE) HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, se encuentran en principio acreditada, aunado al precitado hecho, que la activa, respecto de los mismos, formula imputación de falla en el servicio, causa del daño antijurídico del que pretenden indemnización.

3.1.2.3. Prospera la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta por el MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL, la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD y la EPS SALUD TOTAL, por cuanto en su contra no se eleva cargo o imputación alguna de responsabilidad.

3.1.3. Evidencia observado el requisito de oportunidad de la demanda, y en consecuencia, no prospera la excepción de caducidad propuesta por el Ministerio de Salud y de Protección Social, conjugado que conforme prevé el numeral 8º del artículo 136 del Código Contencioso Administrativo - CCA, la acción de reparación directa caduca transcurridos dos (2) años a partir del día siguiente al acaecimiento del hecho génesis de la pretensión indemnizatoria, y decantando en el *sub-lite* se tiene que en tesis de la demanda, *el evento dañoso, muerte del señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA, acaeció el 13 de junio de 2010*, por consiguiente, el término máximo para radicar la demanda, vencía el 14 de junio de 2012 (fl 15 c2).

No obstante y contrastado que el conteo del término de caducidad se suspende, en virtud del artículo 21 de la Ley 640 de 2001, durante el trámite del requisito de procedibilidad de conciliación prejudicial, previsto en el artículo 42A de la Ley 270

de 1996, adicionado por el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009, asume importancia que en el presente asunto la solicitud de conciliación fue promovida el 18 de mayo de 2012 y se declaró fallida el 23 de agosto de 2012, lo que conlleva a establecer que los demandantes contaban para incoar la acción de reparación directa que nos ocupa, hasta el 14 de septiembre de 2012, y visto que la demanda fue interpuesta el 19 de junio anterior, es claro que en el presente asunto no opero el fenómeno de caducidad.

3.1.4. El proceso encuentra en estado de proferir sentencia de mérito, advertido que no se observa irregularidad procesal, menos aún con entidad para edificar nulidad, por cuanto el trámite se cumplió con sujeción al rito del proceso ordinario contencioso administrativo, previsto en el Decreto 01 de 1984 y normativa que lo adiciona y modifica.

3.2. FIJACIÓN DEL DEBATE

3.2.1. Conjugadas las anteriores decisiones parciales de falta de legitimación por pasiva del MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL, la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD y la EPS SALUD TOTAL, se tiene que la controversia gravita en torno a la responsabilidad patrimonial por falla en el servicio del HOSPITAL TUNJUELITO, el HOSPITAL EL TUNAL, el HOSPITAL MEISSEN (hoy SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE) y el HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, por los perjuicios infligidos a los demandantes, con ocasión al fallecimiento del señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA, el 13 de junio de 2010.

3.2.2- En tesis de la activa, el evento dañoso tuvo causa, en una deficiente prestación del servicio de salud, por falta de atención, vigilancia, control y cuidado, así como de oportuna asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, contrastado que, i) no se brindó acompañamiento permanente al paciente que impidiera su caída de la camilla, de la que derivó, trauma craneoencefálico, ni permitió que fuera prestado por sus parientes; ii) se difirió la efectiva prestación del servicio médico asistencial, por causa de la consecutiva remisión a diferentes centros hospitalarios; iii) no se obtuvo consentimiento previo informado, para la realización de los procedimientos y tratamientos aplicados al paciente, persona de ochenta y cuatro (84) años de edad.

3.2.3- En oposición y abordando en conjunto los argumentos de las IPS accionadas, aducen culpa de los parientes de la víctima directa; eficaz prestación del servicio, y urgencia vital en los procedimientos aplicados. Enuncian que los familiares del señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA, encontrando en la obligación de dar acompañamiento hospitalario al paciente y habiéndoles advertido que no lo dejaron solo, esa era su situación para cuando sin solicitar ayuda, intentó levantarse de la camilla y cayó de la misma; que las remisiones obedecieron

a la complejidad de la lesión y falta de especialistas para su atención, y que tratando de urgencia vital, sin presencia de parientes, debió aplicarse procedimiento de reanimación y demás sin consentimiento informado previo.

3.2.4. Panorama en el que emerge como problema jurídico:

¿El fallecimiento del señor Luis Genaro Ruiz Cepeda por trauma craneoencefálico sufrido al caer de camilla en el CAMI del barrio de Venecia, tuvo causa en deficiente prestación del servicio de salud, imputable al HOSPITAL TUNJUELITO, el HOSPITAL EL TUNAL, el HOSPITAL MEISSEN (hoy SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE) y el HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, o tuvo causa en omisión de sus parientes, en anunciar su retiro del centro médico generándose falta de acompañamiento durante su permanencia en el CAMI e imprevisibilidad de la caída y complejidad del cuadro sobreviniente a la misma?

3.3. ASPECTOS SUSTANCIALES.

En labor de desatar el interrogante planteado es tesis de la Sala, que el fallecimiento del señor Luis Genaro Ruiz Cepeda por trauma craneoencefálico sufrido al caer de camilla en el CAMI del barrio de Venecia, tuvo causa en la omisión de sus parientes en anunciar al personal médico – enfermeras que se ausentarían del lugar, generándose una falta de acompañamiento durante su permanencia en el mismo, resultando imprevista la caída del señor Ruiz y la complejidad del cuadro sobreviniente a la misma.

Advertido trataba de paciente de ochenta y cuatro (84) años de edad, quien al ingresar al CAMI, presentaba cuadro de gastroenteritis infecciosa, en condición consiente, alerta y orientado, sin informe sobre limitación a su movilidad, y no se probó violación a protocolos de seguridad para con el paciente, y por el contrario, se acredita en virtud de registro en su historia clínica, que se advirtió a su acompañante, no se le debía dejar solo.

Asimismo emerge acreditado del HOSPITAL TUNJUELITO, el HOSPITAL EL TUNAL, el HOSPITAL MEISSEN (hoy SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE) y el HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, que brindaron al paciente en marco de los servicios de los que disponían, la atención que demandada su cuadro clínico, explicando sus consecutivas remisiones, a la no disponibilidad del especialista que requería para manejo de su fractura craneoencefálica, sin que en contraste con la realidad procesal encuentre acreditada mora, mal manejo o indebidos procedimientos.

Tampoco encuentra acreditado, que alguno de los procedimientos aplicados al señor LUIS GENARO RUIZ CEPEDA, sin obtener consentimiento informado, hubiera tenido incidencia en el acaecimiento del evento dañoso, y avizora por el contrario, que la reanimación y otros, asumieron en su momento, como de urgencia vital.

En fundamento, esta Sala abordará los siguientes tópicos: (i) título de imputación en responsabilidad médica-asistencial del Estado; (ii) consentimiento informado; (iii) valoración y carga probatoria en falla médica, y (iv) antecedente jurisprudencial caída de camilla falla servicio médico asistencial, como premisas normativas:

3.3.1 La falla probada en el servicio y la pérdida de oportunidad son los títulos de imputación en responsabilidad estatal por la actividad médico hospitalaria; advertido que si bien en el derecho de daños el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991, no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir,⁶ y bajo el indicado paradigma la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación, para la solución de los casos puestos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga al juez la obligación de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación, por cuanto su uso debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria del caso en concreto.

Es igualmente cierto, que la Sección Tercera del Consejo de Estado, ha consolidado una subregla en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual, es la falla probada del servicio, el título de imputación bajo el cual, de común, es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, y exige que encuentren probadas la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y el daño⁷. En tanto que la pérdida de oportunidad, asume como título de imputación de excepción, tratando de pretensión indemnizatoria por daño a la salud.

De la falla en el servicio de salud, es de indicar que en su evolución jurisprudencial, el órgano de cierre de esta jurisdicción transitó por los regímenes de falla presunta del servicio y carga dinámica de la prueba, retornando a partir del año 2006⁸, al régimen de falla probada del servicio⁹.

6 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia del 13 de junio de 2016. Expediente 850012331000200500630-01(37.387). C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.

7 **IB.** Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente 660012331000200100063-01(25075). C.P. Danilo Rojas Betancourt.

8 **IB.** Sentencia del 31 de agosto de 2006. Expediente 15772. C.P. Ruth Stella Correa.

9 Ver evolución en Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, Sentencia del 26 de febrero de 2015, Expediente 25000-23-26-000-2005-01356-01(38149); C.P. Olga Mélida Valle De La Hoz.

3.3.1.1. La falla en el servicio es el título jurídico de imputación por excelencia¹⁰, que contiene un control de legalidad del acontecer del Estado en la prestación de los servicios que provee, y que presupone que exista una obligación legal o normativa a cargo de la autoridad pública, incumplida por su acción u omisión, que deriva en un daño antijurídico indemnizable. Control de legalidad que en imputación de responsabilidad por falla en el servicio médico asistencial, se realiza en principio, en marco de los contenidos obligacionales establecidos en la Ley 23 de 1981¹¹ y su reglamentación.

Se configura falla en el servicio de salud, cuando la atención médica no cumple con los estándares de calidad fijados por el arte de la ciencia médica, vigente para el momento de ocurrencia del daño; o cuando el servicio médico no es cubierto en forma diligente, con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tuvieron al alcance, en forma continua y oportuna.

La responsabilidad por error en diagnóstico médico ubica en el precitado contexto de falla probada del servicio, advertido que el diagnóstico es uno de los momentos de mayor relevancia en prestación del servicio médico, como quiera que sus resultados vinculan toda la actividad posterior que corresponde al tratamiento médico y manejo de la patología y en secuencia, la recuperación o no de la salud.

De acuerdo con la doctrina extranjera, existen dos fases o etapas en labor de realizar el diagnóstico: la primera que corresponde a la valoración del paciente, incluida la realización de exámenes diagnósticos, y la segunda, en la que se surte el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la etapa precedente, y puntualiza al respecto:

*“Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento.
(...).*

El diagnóstico, por su parte, puede descomponerse en dos tipos de actuaciones, distinción que tiene vital importancia al momento de analizar la culpa del profesional.

En una primera etapa, o fase previa, se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entran todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etc. Aquí el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado. Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que en más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios.

10 Ver sobre noción de falla del servicio y elementos en Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 19 de junio de 2008, Expediente 76001-23-31-000-1994-00736-01(15263), C.P. Myriam Guerrero de Escobar.

11 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

En una segunda etapa, una vez recolectados todos los datos obtenidos en el proceso anterior, corresponde el análisis de los mismos y su interpretación, “coordinándolos y relacionándolos entre sí, siendo también precisa su comparación y contraste con los diversos cuadros patológicos y conocidos por la ciencia médica; es decir, se trata en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio”¹².

Esta operación valorativa de todos los antecedentes es la que presenta los mayores inconvenientes al momento de juzgar la conducta médica, pues como en definitiva se trata de un juicio incierto, la culpa profesional debe valorarse con sumo cuidado, y siempre teniendo en cuenta que no estamos frente a una operación matemática¹³.

Para que el diagnóstico sea acertado, se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de estas etapas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente. Si así lo hace, su responsabilidad no quedará comprometida, aunque al final se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones.

En línea con lo anterior, la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado ha señalado, que solo el error de diagnóstico que es consecuencia de una deficiente prestación del servicio médico hospitalario puede llegar a comprometer la responsabilidad extracontractual de la administración, y finiquita en consecuencia, que lo decisivo no es establecer si el médico se equivocó, sino si empleó los recursos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, y advierte en este sentido:

“(...) Se impone, entonces, concluir que al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo.

Al respecto, autores como Ataz López y Lorenzetti, citados por Vázquez Ferreyra, han expresado, refiriéndose a la responsabilidad civil de los médicos, que 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.¹⁴ Y dadas las limitaciones de la medicina, debe aceptarse que, en muchos casos, habiendo claridad sobre la imputabilidad del daño a la acción u omisión de los profesionales que tuvieron a su cargo la atención del paciente, éste puede resultar obligado a soportarlo¹⁵.(Suspensivos fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, puede afirmarse que para imputar responsabilidad a la

¹² [5] Fernández Costales, *Responsabilidad civil médica y hospitalaria*, p. 116.

¹³ Roberto Vázquez Ferreyra, *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*, editorial Hammurabi, 2ª edición, Buenos Aires, 2002, pp. 106-107.

¹⁴ [33] Ver VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto, *Op. Cit.* p. 96, 97.

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández, reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio, de 10 de febrero de 2011, exp. 19.040, C.P. Danilo Rojas Betancourth, de 31 de mayo de 2013, exp. 31724, C.P. Danilo Rojas Betancourth y de 9 de octubre de 2014, exp. 32348, C.P. Danilo Rojas Betancourth, entre otras.

administración por daños derivados de un error de valoración, es necesario demostrar que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque, por ejemplo, el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria¹⁶; omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico¹⁷; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad¹⁸.

3.3.1.2. La pérdida de oportunidad se define como la frustración de una esperanza, dirigida a la consecución de un resultado que pondría a la persona en una situación más favorable a la previa o la evitación de un perjuicio¹⁹. En este orden presupone un elemento de incertidumbre sobre las probabilidades del resultado beneficioso, y un elemento de certeza respecto a que la falla en el servicio le arrebató la posibilidad de participar en las probabilidades.

Se exige un grado de incertidumbre razonable, bajo la consideración que no toda probabilidad es susceptible de edificar una pérdida de oportunidad, sino solo aquella que permite razonar que, ante la inexistencia de la falla en el servicio, la persona tendría la probabilidad de obtener el resultado favorable.

Es de precisar además, que la pérdida de oportunidad se ha abordado desde dos enfoques²⁰: **(i)** como un daño autónomo, del que deriva un perjuicio con identidad propia que puede indemnizarse²¹, y **(ii)** como factor de imputación o instrumento de facilitación probatoria y se utiliza para suplir la falta de prueba en el nexo causal directo entre la falla del servicio y el daño.

Paradigmas en orden de los cuales, la indemnización del perjuicio en pérdida de oportunidad, se viene abordando también y básicamente bajo dos (2) esquemas: **(i)**

¹⁶ En la sentencia de 10 de febrero de 2000, la Sección Tercera del Consejo de Estado imputó responsabilidad a la Universidad Industrial de Santander por la muerte de un joven universitario, como consecuencia de un shock séptico causado por apendicitis aguda, tras encontrar demostrado que el paciente ingresó al servicio médico de la entidad, con un diagnóstico presuntivo de esta enfermedad que constaba en la historia clínica, y que el médico de turno, no solo omitió ordenar los exámenes necesarios para confirmarlo o descartarlo, sino que realizó una impresión diagnóstica distinta, sin siquiera haber examinado físicamente al paciente. Exp. 11.878, C.P. Alíer Eduardo Hernández.

¹⁷ En la sentencia de 27 de abril de 2011, la Sala imputó responsabilidad al ISS por el daño a la salud de un menor de edad, afectado por un shock séptico en la vesícula, en el hígado y en el peritoneo, luego de constatar que éste ingresó a la unidad programática de la entidad con un fuerte dolor abdominal, y que los médicos le formularon un tratamiento desinflamatorio y analgésico, sin practicarle otros exámenes o pruebas adicionales, que confirmaran que la enfermedad que lo aquejaba en realidad no era de gravedad y que podía controlarse con tales medicamentos. Exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹⁸ Al respecto, la doctrina ha señalado que el error inexcusable no es cualquier error, sino aquél “objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En consecuencia, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por tanto, no genera responsabilidad”. Alberto Bueres, citado por Vásquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 121.

¹⁹ **CONSEJO DE ESTADO.** Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25869. M.P. Dr. Enrique Gil Botero.

²⁰ **IBÍDEM.** Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25.869. C.P. Enrique Gil Botero.

²¹ **IB.** Sentencia del 25 de agosto de 2011. Expediente 19718. C.P. Mauricio Fajardo Gómez. En este fallo se reconoce este rubro indemnizatorio de manera autónoma a los demandantes, padres e hijos, de la víctima directa del daño y diferente al daño moral.

la indemnización como daño autónomo, y **(ii)** la indemnización del perjuicio en una proporción reducida, equivalente al porcentaje de oportunidad pérdida.

Asumiendo como requisitos que deben concurrir para que exista la pérdida de oportunidad como daño indemnizable, los siguientes:

- i. Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio; es decir, no se trata de la vulneración de un derecho subjetivo consolidado sino el grado de probabilidad en grado suficiente de que el hecho dañoso le cercenó la expectativa de obtener la ganancia o bien o evitar perjuicio.
- ii. Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; es decir, lo indemnizable es que debido al hecho dañoso se pierde la probabilidad de obtener la ventaja o bien o evitar la desventaja, se diferencia del lucro cesante, por ejemplo, porque este rubro consiste en la pérdida de ganancia cierta mientras que el primero es una pérdida de una ganancia probable.
- iii. La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; es decir, aquí se analiza la idoneidad fáctica y jurídica del afectado para obtener o alcanzar el provecho²² la causa del daño, torna desacertada la aplicación de la figura de la pérdida de oportunidad, y consecuente el análisis del nexo causal desde la perspectiva de la probabilidad. De forma que aplica en sede de la imputación fáctica, ante la insuficiencia de prueba del nexo causal entre hecho dañoso y daño, o en situaciones de duda o incertidumbre en el nexo causal.

Aproximándose en cada caso en concreto y dependiendo de las pruebas técnicas de que disponga, al porcentaje de probabilidad sobre el cual se debe establecer el grado de pérdida de la oportunidad y, consecuencialmente, el impacto de tal valor en el monto a indemnizar, y la forma de indemnizar la pérdida de la oportunidad, debe ser proporcional al porcentaje que se restó el beneficio con la falla en el servicio.

3.3.2. En responsabilidad médica del Estado, la carga de la prueba gravita en cabeza de la activa, y aunque admite la libertad probatoria, incluido el indicio, exige para su configuración, encuentre probado el daño, la actividad médica y el nexo causal entre uno y otro, o la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste²³, y en este orden, en valoración de la falla médica o pérdida de oportunidad, el juez encuentra en el deber de hacer un análisis riguroso de los medios a su alcance para establecer si existió o no, y en especial, deberá examinar la información consignada en la historia clínica con el fin

22 **IB.** Sentencia del 31 de mayo de 2016. Expediente 630012331000200300261-01(38267). C.P. Danilo Rojas Betancourth.

23 **ONSEJO DE ESTADO.** Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente Número 66001-23-31-000-2001-00063-01 (25075). C.P. Danilo Rojas Betancourth.

de establecer las acciones que se llevaron a cabo para orientar el diagnóstico de la enfermedad, y en la medida de lo posible, recaudar el concepto de peritos o expertos para aclarar aspectos de carácter científico que escapan a su conocimiento, y teniendo como tamiz que, *“el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico”*²⁴.

Por consiguiente y conforme es común a la pretensión de reparación directa, la activa podrá valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia, y enfatiza en ello, la prueba indiciaria, susceptible de construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño causado, advirtiéndose que dicho nexo no puede presumirse²⁵.

Secuencia en la que retomando la doctrina del Consejo de Estado, se tienen los siguientes criterios:

- (i) Por regla general, al demandante le corresponde probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los que resulte “excesivamente difícil o prácticamente imposible” hacerlo.
- (ii) De igual manera, corresponde al actor aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los casos en los cuales “resulte muy difícil –si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”.
- (iii) En la apreciación de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa efectiva del daño.
- (iv) La valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas con alteraciones en su salud.
- (v) El análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio²⁶

De forma y reitera en ello, que en materia de responsabilidad médica, deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, a saber, el

²⁴ Roberto Vázquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 124.

²⁵ **IBÍDEM**. Sentencia del 07 de diciembre de 2016. Expediente No. 250002326000200400434-01(34216). C.P. Marta Nubia Velásquez Rico.

²⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de abril de 2005, exp. 14786, C.P. Ruth Stella Correa Palacio

daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel²⁷, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria.

3.3.3- El consentimiento informado asume como desarrollo específico de varios derechos fundamentales, en especial de la autonomía personal del paciente. En este sentido ha decantado la Corte Constitucional y señala:

“(...) el paciente tiene el derecho a conocer, de manera preferente y de manos de su médico tratante, la información concerniente a su enfermedad, a los procedimientos y/o a los medicamentos que podrán ser empleados para el mejoramiento de su estado de salud, con el fin de que pueda contar con los suficientes elementos de juicio que le permitan, en uso de sus derechos a la libertad, a la autodeterminación y a la autonomía personal, otorgar o no su asentimiento acerca de las actuaciones médicas que incidirán en su salud, y en su propia vida”²⁸

Asume también interés, que el consentimiento informado debe cumplir con las exigencias contenidas en los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981 y los artículos 9 a 12 del Decreto 3380 de 1981¹³, y en contexto de ello, indica el Consejo de Estado²⁹, que el paciente debe ser debidamente informado de las consecuencias del tratamiento que se le va a realizar y destaca bajo el indicado tamiz que,

“(...) el consentimiento, para someterse a una intervención médico-quirúrgica debe ser expreso, y aconsejable que se documente, y que siempre se consigne su obtención en la historia clínica, debe provenir en principio del paciente, salvo las excepciones consagradas en la ley y atendidas las particulares circunstancias fácticas que indicarán al Juez sobre la aplicación del principio.

El consentimiento idóneo se presenta cuando el paciente acepta o rehúsa el procedimiento recomendado luego de tener una información completa acerca de todas las alternativas y los posibles riesgos que implique dicha acción y con posterioridad a este ejercicio tomar la decisión que crea más conveniente.

(...)

El consentimiento que exonera, no es el otorgado en abstracto, in genere, esto es para todo y para todo el tiempo, sino el referido a los riesgos concretos de cada procedimiento; sin que sea suficiente por otra parte la manifestación por parte del galeno en términos científicos de las terapias o procedimientos a que deberá someterse el paciente, sino que deben hacerse inteligibles a éste para que conozca ante todo los riesgos que ellos implican y así libremente exprese su voluntad de someterse, confiado a su médico”³⁰.

Asimismo, ha precisado que el consentimiento va más allá de una simple formalidad y se puede deducir del comportamiento médico:

“El consentimiento informado va más allá de la suscripción de un documento, al médico se le exige que no limite este importante acto al diligenciamiento de un formato. También es deber del juez verificar si por otros medios probatorios se logra determinar la existencia del consentimiento informado, definido como aquella obligación de carácter legal que tiene un médico de explicar a su paciente, en forma clara, completa y veraz, su patología y opciones terapéuticas, con la exposición de beneficios y riesgos, a fin de que el paciente, ejerciendo su derecho a autodeterminarse, acepte o rechace las alternativas planteadas”

²⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia de 30 de julio de 2008, exp. 15726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar; sentencia de 21 de febrero de 2011, exp. 19125, C.P. (E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras.

²⁸ Corte Constitucional, sentencia T-1229 de 2005.

²⁹ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN A CONSEJERA PONENTE: MARÍA ADRIANA MARÍN Bogotá D.C., treinta (30) de agosto de dos mil veintidós (2022) Radicación número: 76001-23-31-000-2010-01727-02 (66340) Actor: ALEJANDRA FIGUEROA Y OTROS Demandado: HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO ESE Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

³⁰ ibidem

Ahora bien, como excepciones se tiene que cuando el paciente posea un riesgo para la salud pública, podría obviarse el consentimiento informado en caso de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente.

3.3.4- La responsabilidad extracontractual del Estado, por la ocurrencia de eventos adversos, caso de la caída de un paciente de su camilla, no es de resultado, sino que atiende a los criterios de la falla del servicio³¹, y por consiguiente, debe verificarse la trasgresión al principio de seguridad respecto de las obligaciones de cuidado, vigilancia, protección, entre otras, y se debe constatar si el daño tuvo origen en la violación al deber objetivo de cuidado, es decir, si provino de una negligencia, impericia, imprudencia o una violación de reglamentos por parte del personal administrativo del hospital respectivo, así como debe analizarse la posible configuración de una causa extraña.

Precisa en este tópico el Consejo de Estado, *que acude al concepto del evento adverso para el análisis de la responsabilidad de la Administración Pública, por el incumplimiento de obligaciones que siendo propias de la prestación del servicio médico asistencial, son ajenas al deber de tratamiento de la patología de base del paciente, y se trata, por consiguiente, de la verificación de las obligaciones propias de los denominados actos extra médicos.* Advierte en esta secuencia que se han deslindado la responsabilidad derivada de la falla del servicio médico, de aquella que se relaciona con el desconocimiento del deber de protección y cuidado de los pacientes durante su permanencia en el establecimiento sanitario, por tener un fundamento o criterio obligacional disímil; *el primero supone el desconocimiento a los parámetros de la lex artis y reglamentos científicos, mientras que el segundo está asociado al incumplimiento de un deber jurídico de garantizar la seguridad del paciente, sin que la responsabilidad de la administración sanitaria se torne objetiva en el segundo supuesto.*

En panorama donde debe tenerse en cuenta, que este deber objetivo de cuidado, *varía en función del tipo de paciente, y las obligaciones de cuidado y vigilancia deben ser la consecuencia de un juicio proporcional a la edad o capacidad de discernimiento del paciente, donde la exigencia resulta ser mayor frente a los pacientes menores o con limitaciones físicas, psicológicas o con patologías que puedan afectar su esfera cognitiva.*

Asimismo, deberán analizarse los elementos configurativos de eximente de responsabilidad: i) irresistibilidad; ii) imprevisibilidad y iii) su exterioridad respecto del demandado, *contrastado que puede ocurrir, que la entidad hospitalaria haya cumplido con la obligación de seguridad, no obstante, se presenta una causa*

31 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN A Consejero ponente: JOSÉ ROBERTO SÁCHICA MÉNDEZ Bogotá, D.C., veintidós (22) de noviembre de dos mil veintiuno (2021) Radicación número: 68001-23-31-000-2012-00235-01(56684) Actor: EULALIA DÍAZ OSES Y OTROS Demandado: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

extraña caso de la culpa exclusiva de la víctima o hecho de un tercero, por manera que, en cada caso.

“(…) no se acreditó que el daño hubiere sido imputable a la demandada, puesto que no se demostró ninguna omisión respecto del cumplimiento de los protocolos de protección o cuidado de pacientes, dado que la parte actora no mencionó, ni mucho menos probó qué tipo de medidas se habrían omitido en ese sentido; por el contrario, se encuentra probado que el hospital demandado suministró un elemento para recolectar la orina (pisingo), efectuó recomendaciones al paciente y a sus familiares y, además, autorizó el acompañamiento permanente de un familiar o acompañante pero ninguna de estas medidas fueron acatadas por la parte actora, hecho imputable de forma exclusiva a su propia culpa (…)”³²

Destaca además el órgano de cierre de esta jurisdicción, la conceptualización que respecto de eventos adversos, contiene la Resolución 1446 de 2006, del entonces Ministerio de la Protección Social, y de la que transcribe así: *“Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. (…)”*.

3.4. CASO CONCRETO

3.4.1. Aspectos Probatorios

3.4.1.1. En el sub-lite, la comunidad probatoria encuentra conformada por documental y pericia – necropsia, y destaca de la documental es eficaz, conjugado que en esquema normativo del artículo 246 del Código General del Proceso - CGP³³, no es exigible que obre en origina o copia auténtica, y aúna que agregada al proceso, los sujetos procesales, no le tacharon de falsa. Asimismo, la prueba técnica, asume eficacia, contrastado que satisface los presupuestos de coherencia y fundamentación, exigible de la pericia.

3.4.1.2- En consecuencia, se tienen los siguientes **medios de prueba:**

Historias clínicas		
Hospital Tunjuelito	Urgencias adulto, fecha de ingreso 10 de junio de 2010 10:51, paciente Luis Genaro Ruiz Cepeda, diagnostico diarrea y gastroenteritis origen infeccioso	FI 20 c2
Hospital Tunjuelito – notas de enfermería	Procedimientos de urgencias: 10-06-10 19+00 Recibo paciente en camilla despierto, consiente, alerta, orientado con líquidos endovenosos permeables, paciente con diagnóstico de EDA, paciente en buen estado general, toma de coproscópico para nueva valoración con reporte paciente en compañía de familiar. 20+00 se controla y registra signos, glucometría, 108 mg/dl paciente quien satura 84% sin oz se informa al médico de turno. Paciente sin dificultad respiratoria no cianosis peribucal. Paciente estable sin cambios. 21+30 paciente acepta y tolera VO pendiente recoger muestra para coproscópico paciente duerme.	C 2

³² Ibidem

³³ *“(…)Las copias tendrán el mismo valor probatorio del original, salvo cuando por disposición legal sea necesaria la presentación del original o de una determinada copia (…)”*.

	<p>22+15 paciente descansa tranquilo no recoge muestra, paciente es valorado por el Dr Gómez quien ordena administrar oxígeno por bajo flujo. Cánula nasal a 21lts alcanza a saturar 91%.</p> <p>23+15 paciente sin compañía de familiar quien intenta levantarse y al quererse movilizar de la camilla con barandas pierde equilibrio y presenta caída de su propia altura, siendo valorado inmediatamente por médico de turno paciente con hematoma en parietal derecho y refiere dolor en M10 quien ordena tomar RX de cráneo y cadera. Se solicita ambulancia para traslado de paciente a la unidad de medicina interna para toma de radiografía a paciente. Orientado, consiente con glasgow 15/15 descansa estable.</p> <p>11-06-10</p> <p>7+01 recibo paciente en camilla consiente, alerta con líquidos (...) presenta hematoma en parte posterior de la cabeza (ilegible)</p> <p>Toma de TAC (ilegible) en Engativá, falta ambulancia para traslado (ilegible)</p> <p>9+10 paciente no responde se pasa a reanimación (ilegible)</p> <p>10+50 se toma muestra de CH para control, mínima respuesta al dolor se informa al doctor de turno y se comenta con el director acerca de la prioridad de la remisión del paciente.</p> <p>11+10 llega ambulancia medicalizada.</p>	
Hospital Meissen	<p>de</p> <p>Solicitud de interconsulta 11 de junio de 2010 hora 13:30 Luis Genaro Ruiz, diagnostico ICE SEVERO, PX FEMUR, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.</p> <p>“MOTIVO DE CONSULTA: REMITIDO POR ENAGTIVA (sic) PARA TOMA DE TAC PACIENTE HACE BRADICARDIA</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE QUIEN SEGÚN CAMILLERO Y MEDICO DE AMBULANCIA, SE ENCONTRABA BAJO ATENCION MEDICA SUFRE CAIDA NO ESPECIFICADA DESDE CAMILLA O PROPIA ALTURA SUFRIENDO TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO Y FRACTURA TROCANTERICA FEMUR DERECHO, POSTERIOR A ELLO SE ENVIA A ESTE HOSPITAL PARA TAC EN DONDE PRESENTA BRADICARDIA Y ALTERACION TOTAL DE LA CONCIENCIA CON DETERIORO DE GLSGOW PSTENSIBLE DEFORMIDAD EN EXTREMIDAD INFERIOR RELATADA, SE OBSERVA EN TAC IMPORTANTE HEMORRAGIA SUBDURLA IZQUIERDO FROPNTOPARIENTAL(sic) SE PASA A REANIMACION Y SE DA SOPORTE VENTILARORIO CON TRACCION DE PIERNA AFECTADA.</p> <p>(...)</p> <p>REMISION URGENTE”</p> <p>De</p> <p>11+50 ingresa paciente al servicio de radiografía, remitido de Venecia – Secretaria Distrital de Salud, con ambulancia medicalizada Dx de ingreso fractura (ilegible) derecha, (...) se sugiere entubar al paciente y se procede en sala de rayos x (...) 12+40 se traslada al paciente a sala de reanimación (...)</p> <p>12+45 se canaliza al paciente (...)</p> <p>12+51 factores de riesgo respiratorio: (ilegible) trauma craneoencefálico (ilegible)</p>	CD
Hospital El Tunal	<p>11 de junio de 2010 hora 3:29, “PACIENTE QUIEN ESTABA HOSPITALIZADO EN CAMI DE VENECIA POR PRESENTAR DIARREA Y VOMITO AL BAJARSE SOLO DE LA CAMILLA SE CAYO Y SUFRIO TCE Y FRACTURA DE CADERA DERECHA”</p> <p>“PACIENTE DIRIGIDO POR CRUE DE HOSPITAL RENUNCIA SIN CONFIRMAR, SE HABLA VIA TELEFONICA CON EL DR. REYES MEDICO REGULADOR COMUNICANDO LA NO DISPONIBILIDAD TAC CRANEO SIMPLE EN LA INSTITUCION, DEBIDO A ESTO NO ES POSIBLE MANEJO NEORQUIRURGICO EN ESTA INSTITUCION POR REQUERIR TAC CRANEO SIMPLE EN EL POSTOPERATORIO MEDICO REGULADOR MANIFIESTA SE HACE REMISION A HOSPITAL SIMON BOLIVAR”</p> <p>DIAGNOSTICO</p> <p>“1. TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO</p> <p>2. FRACTURA CADERA DERECHA</p> <p>P/EN</p> <p>2 VALORACION POR NEUROLOGIA</p> <p>1. CSU-AC</p> <p>2. HOJA NEUROLOGICA</p> <p>3. RESPUESTA CRUE (ILEGIBLE) III NIVEL</p>	CD
Hospital Simón Bolívar	<p>11 de junio de 2010 19:25 Remitido Hospital el Tunal</p> <p>“enfermedad actual y antecedentes pertinentes. Paciente que presento caída desde su propia altura con posterior TCE en región temporal izquierdo (ilegible) hace 12 horas- ingres a la instalación con ghsgow 3, se revisa TAC cerebral que evidencio hematoma severo en el hemisferio izquierdo. (...)</p> <p>“riesgo de muerte en próximas horas.</p> <p>20+20 Paciente de 84 años DX 1. TCE severo 2. Trauma en cadera Se habla con familiar Carlos A. Prieto (nieto) sobre el mal pronóstico del paciente y la imposibilidad de cirugía del paciente, entiende el familiar y da</p>	Fl. 114 c 1

	<p>consentimiento para no realizar maniobras de reanimación avanzada. Se continua con manejo paleativo.</p> <p>13 de junio de 2010 06+30 pésimo pronostico neurológico, muerte inminente Medida de soporte básico sin cambios Mal pronóstico neurológico Parte de gravedad a la familia.</p> <p>Fallece a las 21+25 horas</p>	
<p>Análisis de investigación de los reportes "GESTION DEL EVENTO ADVERSO" del 17 de junio de 2010</p>	<p>Paciente de 85 años de sexo masculino ingresa al servicio de urgencias el día 10 de junio del 2010 por cuadro clínico EDA, intolerancia a la vía oral caída. según relatoría del doctor Gómez paciente en el turno de la noche ya compensado, hidratado tolerándola vía oral, el cual según valoración por enfermería presenta desaturación por lo cual es valorado por el médico de turno observando hipo ventilación basal derecha, por lo que decide ordenar oxígeno por cánula y dejar en observación e informar a los familiares por parte del médico que debería estar acompañado el paciente, ante lo cual el familiar salió al parecer a comprar algo de comida y no regresó. el gerente pregunta si esta nota de información al familiar para acompañar al paciente se encuentra en la historia clínica, el doctor Páez pregunta si se conoce el protocolo de información al paciente lo cual es confirmado por el personal de enfermería asistente con excepción del doctor Gómez por estar recién llegado a la unidad.</p> <p>paciente a las 11 y 50 p.m., el día 10 de junio intenta bajarse de la camilla sin dar aviso al personal de enfermería y se cae presentando trauma en cadera y región parietal derechos se solicita RX cadera y de cráneo para lo cual es trasladado a la unidad de Medicina interna a la 1 y 50 am y regresa a las 3.00 am del 11 de junio con RX el cráneo normal. la enfermera jefe informa a la coordinación de la unidad quien solicita comunicación con ortopedista y remisión para manejo de tercer nivel de atención. por lo cual se solicita valoración por ortopedia y TAC cerebral simple. Presentaba Glasgow 15 sobre 15. a las 5:05 am se comunica con ortopedista dando órdenes de manejo con retracción pendiente al ingreso a la institución. no se inicia remisión a tercer nivel porque no fue posible comunicarse con familiares durante toda la noche para su autorización. pero familiar a las 6:00 am. el médico tratante habla con el familiar del paciente, informando que el padre se encuentra alerta orientado reconociendo a su hijo, se comenta lo sucedido informando la solicitud del TAC y el estado actual del paciente. el familiar comentó que el familiar caminaba con un bastón y agregó como antecedente osteoporosis. el coordinador de la unidad comenta lo sucedido con el gerente y habla nuevamente con el familiar (hijo) sí explicando lo sucedido, brindando todo el apoyo logístico y asistencial por parte del hospital para obtener la recuperación del paciente, ante lo cual refiere que seguramente su padre imaginó estar en su casa y trató de levantarse para ir al baño y como antecedente que había logrado superar en el pasado al parecer un proceso cerebral anterior. a las 9:10 am paciente pálido, diaforético y se empieza a descompensar, no responde al primer llamado con Glasgow 12 sobre 15. el doctor Gómez decide quedarse con el paciente y pasarlo a sala de reanimación aplicando medicamentos dexametasona, metoc alopramida, metoprolol, sonda vesical, deteriorándose el Glasgow a 10 sobre 15. ante la demora de la ambulancia medical izada se decide realizar un traslado primario por el estado crítico anotada. se comenta con el CRUE nuevamente (10:15 am) el doctor Rodríguez (del CRUE) comenta que no está indicado el traslado primario por el Glasgow. era ambulancia médica alisada y se toma la decisión de no trasladar al hospital de engativá para el TAC, sino al hospital de meissen por la cercanía. el traslado es efectuado hacia las 11:10 am. no voy a considerarlo de GAL paciente al hospital con Glasgow de 6 sobre 15 neurológicamente inestable y hemodinámica mente estable. y la se prepara equipo y se decide intubar al paciente por descompensación en el área de TAC, se toma el TAC evidenciando hemorragia epidural, rural y subaracnoidea. hemorragia parenquimatosa a estudio posterior. paciente se encuentra hemodinámica mente estable no responde al dolor con Glasgow cuatro sobre 15. se deja paciente para la valoración por neurocirugía. por información de los familiares el paciente fue trasladado del hospital de meissen al hospital del tunal en donde refieren no practicar la cirugía por falta de TAC de control posterior. la institución se comunica permanentemente con los familiares y con el abogado de la familia, quienes solicitan apoyo a la coordinación de la unidad para el traslado desde el hospital el tunal, quién apoya con el CRUE el traslado posterior al hospital Simón Bolívar. por información de los familiares con los que nos comunicamos de manera permanente informaron que fallece en aproximadamente las 11:00 h pm del 11 de junio.</p> <p>al revisar nuevamente el mecanismo de decaída. el paciente es hospitalizado en observación en el cuarto de procedimientos menores teniendo en cuenta que el servicio de observación se encontraba lleno. el médico (doctor Gómez) refiere que el paciente intentó levantarse de la camilla sin avisar a enfermería apoyándose contra la pared ocasionando caída y la lesión antes descrita. el servicio de urgencia existían 7 pacientes incluido el paciente. la asesora jurídica pregunta la razón por la cual se deja el paciente hospitalizado en el cuarto de procedimientos menores. respuesta porque las camillas de expansión se encontraban ocupadas y la demanda</p>	<p>FI 76 al 85 c 1</p>

	<p>de pacientes que llegó esa noche al servicio de urgencias superó la capacidad. cuál era el estado de la camilla en la que se encontraba hospitalizado (el gerente pregunta a enfermería) la coordinadora de enfermería lee nota de la historia clínica haciendo referencia a que se encuentra paciente en camilla con baranda. la enfermera jefe turno Constanza ratifica lo anotado por el doctor Gómez e informa que el paciente fue encontrado en el piso en el lado derecho de la camilla. en qué estado consiente, fue levantado y se inicia el trámite escrito. la jefa se encontraba en el servicio aplicando medicamentos a pacientes hospitalizados en el momento de la caída. el paciente había sido valorado 5 minutos antes por enfermería.</p> <p>(...)</p> <p>Factores personales interpersonales. falla en prevención de un riesgo. falla en hacer seguir las reglas en el caso particular información al paciente, aunque el médico tratante al informar a los familiares del Estado del paciente recomendó a los familiares su compañía. enfermera jefa y médicos presentes todo el tiempo en el servicio de urgencias. no hubo fallas de entrenamiento ni en el seguimiento por cuanto hacía menos de 5 minutos la enfermera había realizado la visita con supervisión del paciente.</p> <p>(...)</p> <p>Evento adverso atribuible a en la prevención del daño, el hospital actuó de manera diligente en el acompañamiento y apoyo permanente desde la presentación del evento garantizando cobertura de transporte ambulancia, gastos de hospitalización rehabilitación respaldado por la gerencia inicialmente. el acompañamiento de médico permanente en el transporte extrainstitucional y seguimiento y apoyo personal telefónico a los familiares por parte de la coordinación.</p>	
<p>Necropsia – Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses</p>	<p>DIAGNOSTICO FINAL TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO Hematoma subdural Herniacion subfalcina de derecha a izquierda Contusiones con patrol de aceleración – desaceleración, Signos de hipertensión endocraneana OPINION PERICIAL</p> <p>En la necropsia se encuentra cadáver de un hombre adulto sin señales externas de trauma reciente, con signos de intervención médica consistente con huellas de punción en miembros superiores, al examen interior se evidencia trauma cráneo encefálico consistente con hematoma subdural, herniación subfalcina de derecha a izquierda – contusiones con patrol de aceleración y desaceleración y signos de hipertensión endocraneana asociado a cambios en el parénquima pulmonar que sugiere infección, lesiones que explican la muerte.</p>	

3.4.1.3 En contexto del reseñado acervo probatorio, se tienen con relevancia para la controversia, los siguientes **hechos probados**:

- El 10 de junio de 2010 a las 10:51 am, el señor Luis Genaro Ruiz Cepeda, de 84 años de edad, ingreso al Hospital Tunjuelito, siendo atendido por el medico de turno Dr. Gómez, quien en primera valoración diagnostico diarrea, gastroenteritis de origen infeccioso; encontrando en observación, el paciente presentó desaturación, con hipo ventilación basal derecha, por lo que se ordenó el suministro de oxígeno por cánula. Recibe tratamiento, se mantiene hospitalizado, ordenándose el suministro de bajo flujo de oxígeno, e informar a los familiares que el paciente debe estar acompañado.
- Conforme quedo anotado en análisis de investigación de los reportes “GESTION DEL EVENTO ADVERSO”, el familiar salió al parecer a comprar algo de comida y no regresó.
- Siendo las 23+15 el paciente sin acompañante intento levantarse de la camilla, con barandas, sin informar a las enfermeras, perdiendo el equilibrio, presentando caída de su propia altura, siendo valorado por medico de turno, presento hematoma en parietal derecho, se ordenó tomar RX de cráneo y

cajera, y es trasladado a medicina interna para radiografía. Paciente orientado, descansa estable.

- El 11 de junio siguiente, se ordenó toma de TAC, y con autorización de familiar fue trasladado al Hospital de Meissen.
- A las 11:50 a.m., arribo al Hospital de Meissen, con diagnóstico de TCE SEVERO, PX FEMUR, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, remitido para toma de TAC, se entuba, se realiza rayos X y el paciente hace bradicardia por lo que es trasladado a sala de reanimación, es canalizado a las 12+50, y atendiendo a la complejidad de su estado, es remitido a Hospital de mayor complejidad.
- A las 3+29 p.m., arribo al Hospital El Tunal, y por no disponer esa institución de TAC cráneo simple, necesario para manejo neuroquirúrgico, se remite al Hospital Simón Bolívar.
- A las 19:25, ingresó al Hospital Simón Bolívar en malas condiciones, en TAC cerebral evidencio hematoma severo en el hemisferio izquierdo, advirtiéndose riesgo de muerte en próximas horas.
- A las 20+20 se habla con nieto, Carlos A. Prieto, sobre el mal pronóstico del paciente y la imposibilidad de cirugía, el familiar da consentimiento para no realizar maniobras de reanimación avanzada, y se continua con manejo paliativo.
- El 13 de junio de 2010, siendo las 21+25 horas, el paciente fallece, por TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO

3.4.2. Análisis del caso y decisión

3.4.2.1- De los medios de prueba arrimados al proceso, emerge desvirtuada la imputabilidad del daño a las IPS – accionadas, y sin vocación de prosperidad las pretensiones de la demanda, contrastado que su valoración en conjunto no permite configurar falla en el servicio, ni su nexos causal con el fallecimiento del señor Luis Genaro Ruiz Cepeda.

3.4.2.1.1. Es así que conforme emerge, valorando en conjunto con el documento adiado 17 de junio de 2010, contentivo de la investigación por reporte de “GESTION DEL EVENTO ADVERSO”, las historias clínicas del señor Ruiz Cepeda, las notas de enfermería y su necropsia; conjugado además, que la activa no acreditó incumplimiento de ninguno de los protocolos de seguridad para con el paciente; que la caída de la camilla en el CAMI del barrio de Venecia y la fractura craneoencefálica

derivada de esta contingencia, se advierte que tal como lo afirman los demandantes, el señor Ruiz Cepeda no tuvo acompañamiento durante su estadía en el centro médico, en tesis de aquellos por no permitirse su estancia en el CAMI, hecho este no acreditado, y por el contrario, se encuentra probado que a los familiares del paciente les fue informado el deber de acompañamiento durante su hospitalización.

Ahora bien, advierte la Sala que para el momento en el que el señor Ruiz Cepeda sufrió su caída, se encontraba solo, sin que se encuentre acreditado que los aquellos pusieran en conocimiento de las enfermeras que no acompañarían al paciente durante su hospitalización, situación está que permite tener como imprevisible la caída del señor Ruiz, quien no aviso a las enfermeras de turno que se iba a levantar de la camilla, sino que opto por hacerlo solo, pese a su estado médico, generándose así el accidente a todas luces imprevisible.

3.4.2.1.2. Premisa que fortalece, considerado el hecho, que al ingresar al CAMI del barrio Venecia, el señor Luis Genaro Ruiz Cepeda, encontraba en condición consiente, alerta y orientado, sin informe sobre limitación a su movilidad, y por consiguiente, no inferible que debió someterse a especial protocolo de seguridad para el paciente, o que conllevara a tener un mayor cuidado y/o atención asistencial diferencial, con entrega del utensilio "pisingo"; tampoco encuentra acreditado que el paciente solicitara ayuda a las enfermeras para movilizarse al baño o para pararse de la camilla.

3.4.2.1.3. Reitera la Sala, que en tesis de la activa, el demandado HOSPITAL TUNJUELITO - antes CENTRO DE ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA "CAMI" del Barrio Venecia, es responsable de los perjuicios causados por no brindar acompañamiento permanente al paciente, y en contrario evidencia que no se demostró omisión respecto del cumplimiento de protocolos de protección o cuidado del paciente, y encuentra acreditada la presencia de enfermera jefe y médicos durante su permanencia en el servicio de urgencias, y seguimiento al paciente, contrastado que minutos antes de la caída, la enfermera había realizado visita con supervisión del paciente.

3.4.2.1.4 Asimismo destaca conforme viene decantando, que se informó por el personal médico del Centro de Asistencia Médica Inmediata - CAMI del Barrio Venecia, que la paciente seria hospitalizado y el deber de estar acompañado por algún familiar, supuesto fáctico acreditado en el análisis de investigación de los reportes "GESTION DEL EVENTO ADVERSO" del 17 de junio de 2010. Por cuanto éste asume como prueba documental y no fue desvirtuada ni controvertida por la activa; en tal secuencia, las instrucciones impartidas a los familiares no fueron acatadas por aquellos, tampoco avisaron a las enfermeras que se ausentarían del lugar toda la noche, lo que permite tener el accidente – caída de camilla-, por el señor Ruiz como un hecho imprevisible.

3.4.2.1.5- Superada en orden de las valoraciones que anteceden, y en favor del accionado HOSPITAL TUNJUELITO - antes CENTRO DE ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA "CAMI" del Barrio Venecia, la imputación de falla en el servicio con ocasión de la caída del señor Luis Genaro Ruiz Cepeda de la camilla y fractura craneoencefálica sufrida por razón de la misma, se tiene de los actos médicos cumplidos, que encuentra probado del precitado HOSPITAL TUNJUELITO, el HOSPITAL EL TUNAL, el HOSPITAL MEISSEN (hoy SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE) y el HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, que brindaron al paciente en marco de los servicios de los que disponían, la atención que demandada su cuadro clínico, explicando sus consecutivas remisiones, a la no disponibilidad del especialista que requería para manejo de su fractura craneoencefálica, sin que en contraste con la realidad procesal encuentre acreditada mora, mal manejo o indebidos procedimientos.

3.4.2.1.6- En este orden, asume interés, que no probó de ninguno de los procedimientos aplicados al señor Luis Genaro Ruiz Cepeda, que hubiera tenido incidencia en su fallecimiento, y avizora, por el contrario, probado que la reanimación y otros, asumieron en su momento, como de urgencia vital, y por consiguiente, no condicionado al previo consentimiento informado, máxime conjugado el hecho de la no permanente presencia de sus familiares.

Aquí precisa esta Sala, que si bien el consentimiento informado va más allá de una simple formalidad y se puede deducir del comportamiento médico, pues el medico informa a su paciente, en forma clara, completa y veraz, su patología y opciones terapéuticas, con la exposición de beneficios y riesgos, a fin de que el paciente, ejerciendo su derecho a autodeterminarse, acepte o rechace las alternativas planteadas, no es menos cierto la existencia de la excepción a tal requerimiento cuando el paciente se encuentre en riesgo inmediato grave para su integridad física.

Secuencia en la que procede señalar además, que bien no puede desconocerse que la remisión del paciente en el HOSPITAL DE TUNJUELITO a medicina interna para radiografía, no contó con el consentimiento de sus familiares, no es menos cierto, que explica por su ausencia en el centro médico y la imposibilidad de contactarse vía telefónica, y ante el riesgo inmediato que significaba la lesión craneoencefálica sufrida por el paciente, y no configura en consecuencia, una falla en el servicio de la IPS demandada, y en modo alguno con incidencia en el fallecimiento del señor Luis Genaro Ruiz Cepeda.

De otra parte, no advierte el demandante que otro tratamiento y tramite hospitalario se surtió sin su autorización en la atención brindada al señor Luis Genaro Ruiz Cepeda, y de existir, no encuentra acreditado y enfatiza en ello, que el tratamiento brindado aun sin consentimiento informado fungiera como una falla medica causa de del fallecimiento del señor Luis Genaro Ruiz Cepeda.

3.4.2.1.7- No encuentra probado, que la atención médica prestada al señor Luis Genaro Ruiz Cepeda, no fuera permanente y oportuna, por razón a su remisión consecutiva a diferentes centros hospitalarios, contrastado primeramente y reitera en ello, que las referidas remisiones motivaron en las limitaciones que tienen en relación directa con su nivel de atención, cada una de las IPS que integran el sistema nacional de salud, y en marco de ello, las aquí accionadas: HOSPITAL TUNJUELITO, el HOSPITAL EL TUNAL, el HOSPITAL MEISSEN (hoy SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE) y el HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR.

3.4.2.1.8- Es así que conforme acreditan las historias clínicas y notas de enfermería, el señor Luis Genaro Ruiz Cepeda de 84 años de edad, ingreso el 10 de junio de 2010 a las **10:51 am** al HOSPITAL TUNJUELITO, siendo atendido por el médico de turno Dr. Gómez, quien en primera valoración diagnóstico diarrea, gastroenteritis de origen infeccioso, y luego encontrando en observación el paciente, por haber presentado desaturación, observando hipo ventilación basal derecha, ordenó el suministro de oxígeno por cánula, y consecuentemente, el paciente se mantiene hospitalizado, ordenándose el suministro de bajo flujo de oxígeno.

Sobre las **23+15** el paciente sin acompañante intento levantarse de la camilla, con barandas, sin informar a las enfermeras, perdiendo el equilibrio, presentando caída de su propia altura, siendo atendido y valorado de manera inmediata por el médico de turno, quien evidenció hematoma en parietal derecho y ordenó tomar RX de cráneo y cadera, siendo trasladado el paciente a medicina interna para radiografía, en condición orientado y estable.

El 11 de junio siguiente, se ordenó toma de TAC, y con autorización de familiar fue trasladado al HOSPITAL DE MEISSEN, a donde ingreso a las **11:50 a.m.**, se entuba y realiza rayos X, presentando cuadro de bradicardia por lo que es trasladado a sala de reanimación, donde es canalizado a las **12+50 p.m.** y atendiendo a la complejidad de su estado, es remitido a IPS de mayor complejidad.

A las **3+29 p.m.**, arribo el paciente al HOSPITAL EL TUNAL, sin embargo y en razón a no disponer de TAC cráneo simple, no era posible su manejo neuroquirúrgico, y dispone consecuentemente su remisión al HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, a donde ingreso a las **19:25**, en malas condiciones y con apoyo en TAC cerebral, se evidencio hematoma severo en el hemisferio izquierdo, advirtiéndose riesgo de muerte en próximas horas.

Siendo las **20+20**, se informa al nieto del paciente, el señor Carlos A. Prieto, sobre el mal pronóstico y la imposibilidad de realizar cirugía por la grave condición del señor Luis Genaro Ruiz Cepeda, y aquel da consentimiento para no realizar maniobras de reanimación avanzada. Se continua con manejo paliativo y el 13 de

junio de 2010 a las **21+25** horas, fallece, por causa del TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO.

3.4.2.1.9- En el descrito panorama y como quiera que también encuentra probado, que las referidas remisiones del paciente de una IPS a otra, se cumplieron, con acompañamiento de médico permanente y en transporte extrainstitucional medicado; asume categórico en fundamentación de la no acreditación de falla en el servicio, que la referencia y contrarreferencia del paciente, fue acertada, oportuna y sin interrupción en la prestación del servicio de salud, y destaca esta Sala, que no obra prueba de la que se determine que no era necesaria la remisión del paciente a hospitales de mayor complejidad, ni que fueran las remisiones hospitalarias las causantes de su fallecimiento por no atención oportuna.

3.4.2.1.10- Por consiguiente, se tiene que del HOSPITAL DE TUNJUELITO, para el 11 de junio de 2010, el paciente debía ser remitido a IPS de mayor complejidad para la realización de examen TAC, y con ocasión a ello arribo al HOSPITAL DE MEISSEN, a las 11:50, en donde fue atendido de urgencias, es entubado, realiza rayos X y por presentar bradicardia es llevado a reanimación y canalizado; remitido por su gravedad al HOSPITAL EL TUNAL, arribo a las 3+29, y por no disponer de TAC cráneo simple, se remite al HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, a donde arribo a las 19:25 del 11 de junio de 2010 y permaneció en manejo paliativo hasta su fallecimiento, por razón a que previa su valoración con apoyo en TAC cráneo simple, determinó por la gravedad de la condición del señor Luis Genaro Ruiz Cepeda, la imposibilidad de intervenirlos quirúrgicamente.

3.4.3.- No encontrando de la activa, que en su conducta procesal, actuó con temeridad manifiesta, no procede su condena en costas, en condición de extremo procesal vencido.

Como quiera que tratándose de proceso que por preceptiva del artículo 308 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA, se regula conforme ha venido decantando, por el régimen anterior, se tiene que de conformidad con el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo CCA, reformado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, la condena en costas exige que se establezca temeridad del extremo procesal que se grava con aquella, y en contraste con la conducta procesal de los aquí accionantes, no se satisface el precitado requerimiento normativo.

En mérito de lo expuesto, **EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA – SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: Declarar probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, del MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, el DISTRITO CAPITAL DE BOGOTÁ - SECRETARIA DE SALUD y la EPS SALUD TOTAL, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Negar las pretensiones de la demanda, en orden de las argumentaciones que anteceden.

TERCERO: Sin condena en costas en esta instancia.

CUARTO: Ejecutoriada la presente providencia **liquídense** por Secretaría los gastos de proceso. **Devuélvase** los remanentes al interesado. Pasados dos (2) años, sin que hubieren sido reclamados dichos remanentes, la Secretaría declarará la prescripción a favor de la Rama Judicial.

QUINTO: Cumplido lo anterior, por Secretaría de esta Subsección **archívese** el expediente dejando las constancias del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

Firmado electrónicamente plataforma SAMAI

MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO
Magistrada

FERNANDO IREGUI CAMELO
Magistrado

JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA
Magistrado

LY